



T.C.

**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK EKONOMİSİNDE
TÜKETİCİNİN SAĞLIK HİZMET TALEBİNE
YÖNELİK BİR ÇALIŞMA: KONYA ÖRNEĞİ**

**MERVE TOPCU
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
PROF.DR. ZEKERİYA MIZIRAK**

KONYA-2021





T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI

SAĞLIK EKONOMİSİNDE
TÜKETİCİNİN SAĞLIK HİZMET TALEBİNE
YÖNELİK BİR ÇALIŞMA: KONYA ÖRNEĞİ

MERVE TOPCU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
PROF.DR. ZEKERİYA MIZIRAK

KONYA-2021

 KONYA	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü	 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ KONYA SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
--	---	---

Bilimsel Etik Sayfası

Öğrencinin	Adı Soyadı	Merve Topcu		
	Numarası	18810901006		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İktisat/ İktisat		
	Programı	Tezli Yüksek Lisans	X	
		Doktora		
Tezin Adı	Sağlık Ekonomisinde Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine Yönelik Bir Çalışma: Konya Örneği			

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

Öğrencinin Adı Soyadı/
İmzası

Merve Topcu

 KONYA	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü	 SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
---	--	---

ÖZET

Öğrencinin	Adı Soyadı	Merve Topcu		
	Numarası	18810901006		
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İktisat/ İktisat		
	Programı	Tezli Yüksek Lisans	X	
		Doktora		
	Tez Danışmanı	Prof.Dr. Zekeriya Mızırak		
Tezin Adı	Sağlık Ekonomisinde Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine Yönelik Bir Çalışma: Konya Örneği			

Bu çalışmanın amacı; tüketici teorisinden hareketle tüketicinin sağlık hizmet talebine yönelik yapıyı keşfetmek ve tüketicinin sağlık hizmet talebini ölçen bir ölçme aracı geliştirmektir.

Çalışma Konya Büyükşehir Belediyesi il sınırları içerisinde merkez üç ilçede yaşayan 18-65 yaş aralığında bireylere, online 892 anket uygulanmıştır. Anket ile toplanan veriler SPSS ve IBM SPSS AMOS programları kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. KMO değeri 0.802 ve Bartlett küresellik testi ise ($\chi^2=3489.867$, $p = 0.000$) anlamlı olduğu bulunmuştur. AFA için temel bileşenler analizi, varimax yöntemi ile analiz gerçekleştirilmiş olup ölçek maddelerine ait faktör yüklerinin 0.52 ile 0.86 arasında değişmekte olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğe ait alt boyutlar “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği”, “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” olarak belirlenmiş ve toplam açıklanan varyans %49.05 olduğu bulunmuştur. Yapı geçerliliği için DFA yapılmış ve DFA model uyumu değerleri incelendiğinde, $\chi^2/sd = 3.87$, RMSEA= 0.06, SRMR=0.06, IFI =0.92, CFI= 0.92, GFI=0.95, AGFI=0.93, TLI = 0.90 model uyumlu bulunmuştur. Güvenilirlik analizi için Cronbach Alfa değeri “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” alt faktörü için 0.68, “Sağlık Hizmeti Niteliği” alt faktörü için 0.70, “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” alt faktörü için 0.80, ölçeğin geneli için Cronbach Alfa 0.76 değeri hesaplanmıştır. Ölçek toplam 16 madde ile 3 alt faktörlü son halini almıştır. En son ölçek alt boyutları ile demografik değişkenler T testi ve Anova analizine tabi tutulmuştur. Sağlık hizmet ihtiyacı ve yaş arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuş, sağlık hizmeti ödeme isteği ile de ilçe, eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebi, Sağlık Hizmeti İhtiyacı, Sağlık Hizmeti Niteliği, Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği, Konya İli

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
 Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fak. A1-Blok 42090 Meram Yeni Yol /Meram /KONYA
 Tel: 0 332 201 0060 Faks: 0 332 201 0065 Web: www.konya.edu.tr E-posta: sosbil@konya.edu.tr

 KONYA	T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü	 NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ KONYA SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
---	--	--

ABSTRACT

Author's	Name and Surname	Merve Topcu		
	Student Number	18810901006		
	Department	Economics/Economics		
	Study Programme	Master's Degree (M.A.)	X	
		Doctoral Degree (Ph.D.)		
	Supervisor	Assoc. Prof. Dr. Zekeriya Mızırak		
	Title of the Thesis/Dissertation	A Study on Consumer's Healthcare Service Demand in Health Economics: The Case of Konya		

The aim of this study; Based on the consumer theory, to explore the structure of the consumer's health service demand and to develop a measurement tool that measures the consumer's health service demand.

Research 892 online questionnaires were applied to individuals between the ages of 18-65 living in three central districts within the provincial borders of Konya Metropolitan Municipality. The data collected by the questionnaire were analyzed using SPSS and IBM SPSS AMOS programs. The validity and reliability analyzes of the scale were made. KMO value was 0.802 and Bartlett test of sphericity ($\chi^2 = 3489.867$, $p = 0.000$) was found to be significant. Principal component analysis for EFA and analysis were performed with varimax method, and factor loads of scale items were found to vary between 0.52 and 0.86. The sub-dimensions of the scale were determined as "Healthcare Service Need", "Healthcare Service Characteristic" and "Healthcare Service Willingness to Pay" and the total explained variance was found to be 49.05%. CFA was performed for construct validity and when CFA model fit values were examined, it was found that $\chi^2/sd = 3.87$, $RMSEA = 0.06$, $SRMR = 0.06$, $IFI = 0.92$, $CFI = 0.92$, $GFI = 0.95$, $AGFI = 0.93$, $TLI = 0.90$. For the reliability analysis, the Cronbach Alpha value was calculated as 0.68 for the "Healthcare Service Need" sub-factor, 0.70 for the "Healthcare Service Characteristic" sub-factor, 0.80 for the "Healthcare Service Willingness to Pay" sub-factor, and a Cronbach Alpha value of 0.76 for the overall scale. The scale was finalized with a total of 16 items and 3 sub-factors. The last scale sub-dimensions and demographic variables were subjected to T test and Anova analysis. It was found that there was a significant difference between the need for healthcare services and age, and there were significant differences between the willingness to pay for healthcare services and the district, education level and income level.

Keywords: Consumer's Healthcare Service Demand, Healthcare Service Need, Healthcare Service Characteristic, Healthcare Service Willingness to Pay, Konya Province

İÇİNDEKİLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL FORMU	i
BİLİMSEL ETİK SAYFASI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖNSÖZ	xi
GİRİŞ.....	1

1. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİNİN GENEL ÇERÇEVESİ

1.1.Sağlık Ekonomisi Nedir?	4
1.2.Sağlık Ekonomisine Neden İhtiyaç Duyuyoruz?	11
1.2.1.Sağlık Ekonomisinin Büyüklüğü.....	11
1.2.2.Sağlığın Belirsizliği ve Risk Kaynağı Olması.....	13
1.2.3.Sağlık Ekonomisinde Kamu Finansmanı	14
1.3.Sağlık Ekonomisinin Konusu ve İlişkiler Ağı	15
1.3.1.Sağlık ve Sağlık Hizmetleri İlişkisi	17
1.3.1.1.Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Üzerindeki Etkisi.....	17
1.3.1.2.Sağlığın Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi.....	17
1.3.2. Sağlık ve Ekonomik Performans İlişkisi	18
1.3.2.1.Sağlığın Ekonomik Performans Üzerindeki Etkisi.....	18
1.3.2.2.Ekonomik Performansın Sağlık Üzerindeki Etkisi.....	19
1.3.3. Sağlık Hizmetleri ve Ekonomik Performans İlişkisi	20
1.3.3.1.Ekonomik Performansın Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi.....	20
1.3.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Performans Üzerindeki Etkisi.....	21
1.4.Sağlık Ekonomisinin İşleyişi Nasıldır?	21
1.5.Sağlık Ekonomisinin Alanı ve Gelişimi.....	24

2. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİNİN SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ BOYUTU

2.1.Sağlık Kavramı.....	29
2.1.1.Sağlık Kavramı Tanımlama Modelleri.....	31
2.1.1.1.Tıbbi Model	31
2.1.1.2.Holistik Model	32
2.1.1.3.Yaşam Modeli.....	32
2.1.1.4.Ekolojik Modeli	33
2.1.2.Sağlığı Etkileyen Faktörler.....	35
2.1.2.1.Çevresel (Fiziki) Faktörler.....	37
2.1.2.2.Sosyal ve Ekonomik Faktörler.....	37
2.1.2.3.Sağlıklı Seçimler ve Davranışsal Faktörler	40
2.1.2.4.Sağlık Hizmeti Faktörü.....	41
2.1.2.5.Biyolojik Faktörler.....	41
2.2.Sağlık Hizmetleri Kavramı	42
2.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	44
2.2.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	45
2.2.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	46
2.2.1.3.Rehabilitasyon Hizmetleri	48
2.2.1.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	49
2.2.2.Sağlık Hizmetleri Piyasası ve Özellikleri.....	50
2.2.2.1.Atomsite Durumunun Değerlendirilmesi	51
2.2.2.2.Homojenlik Durumunun Değerlendirilmesi	53
2.2.2.3.Simetrik Bilgi Durumunun Değerlendirilmesi	54
2.2.2.4.Mobilite Durumunun Değerlendirilmesi	54

3. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

3.1.Sağlık Hizmet Talebi Kavramı.....	57
3.1.2.Sağlık Hizmet Talebi Belirleyicileri.....	62
3.1.2.1. Sağlık Hizmeti Talebi ve Fiyat	63
3.1.2.2. Sağlık Hizmeti Talebi ve Gelir	64
3.1.2.3.Sağlık Hizmeti Talebi ve Sağlık Statüsü	66
3.1.2.4.Sağlık Hizmeti Talebi ve Sağlık Hizmeti Türü	67

3.1.2.5.Sağlık Hizmeti Talebi ve Finansman.....	68
3.1.2.6.Sağlık Hizmeti Talebi ve Tedarikçinin Rolü	70
3.1.2.7. Sağlık Hizmeti Talebi ve Zaman	71
3.1.2.8. Sağlık Hizmet Talebi ve Demografik Faktörler	72
3.1.2.9.Sağlık Hizmeti Talebi ve Diğer Faktörler.....	73
3.2.Tüketiciler ve Sağlık Hizmeti Talebi	76
3.2.1.Sağlık Hizmeti İhtiyacı.....	85
3.2.2.Sağlık Hizmeti Niteliği.....	88
3.2.3.Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği.....	89
3.3.Sağlık Hizmetleri Talebi ile İlgili Araştırmalar	92
3.4.Araştırmanın Amacı	101
3.5.Araştırmanın Önemi.....	101

4. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

4.1.Araştırmanın Modeli	104
4.2.Araştırmanın Problemi ve Hipotezler	107
4.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	109
4.4.Verileri toplama Yöntemi ve Aracı	110
4.5.Verilerin Analizi ve Bulgular.....	112
4.5.1.Araştırmanın Değişkenlerine İlişkin Betimleyici İstatistikler	112
4.5.2.Tüketicinin Sağlık Hizmetleri Talebi ile İlgili Ölçek Geliştirme İstatistikleri	118
4.5.2.1.Kapsam Geçerliliği	119
4.5.2.2.Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğunun Değerlendirilmesi.....	120
4.5.2.3.Faktör Deseninin Belirlenmesi	121
4.5.2.4.Güvenilirlik.....	130
4.5.3.Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini Açıklayan Faktörler Arasındaki Farklılıkların İstatistiği	133
TARTIŞMA ve SONUÇ	149
KAYNAKLAR	166
EKLER	187

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Belirli Evren Büyüklükleri için Kabul Edilebilir Örneklem Büyüklükleri	110
Tablo 4.2. Ankete Katılanların Demografik Özellikleri	112
Tablo 4.3. Sağlık Hizmetinin Sunum Şekillerine Göre Talep Edilme Düzeyleri....	113
Tablo 4.4. Sağlık Hizmetinin Zaman Periyoduna Göre Talep Edilme Düzeyleri ...	115
Tablo 4.5. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebi ile İlgili Faktörler	117
Tablo 4.6. KMO and Bartlett's Testi Sonuçları	121
Tablo 4.7. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebi Ölçeğine İlişkin Faktörler	124
Tablo 4.8. DFA Uyumuna İlişkin İstatistiksel Değerler	126
Tablo 4.9. DFA Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri.....	129
Tablo 4.10. Güvenilirlik İstatistiği.....	131
Tablo 4.11. Sağlık Hizmeti Talebi Ölçeği Madde Toplam Kolerasyonları.....	132
Tablo 4.12. Cinsiyete Göre Faktörlerin T Testi Analizi	134
Tablo 4.13. Yaşa Göre Faktörlerin Anova Analizi	135
Tablo 4.14. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti İhtiyacının Yaşa Göre Farklılığı.....	136
Tablo 4.15. İlçeye Göre Faktörlerin Anova Analizi	139
Tablo 4.16. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğinin İlçeye Göre Farklılığı.....	140
Tablo 4.17. Eğitim Durumuna Göre Faktörlerin Anova Analizi	141
Tablo 4.18. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğinin Eğitim Durumuna Göre Farklılığı.....	142
Tablo 4.19. Gelir Durumuna Göre Faktörlerin Anova Analizi.....	144
Tablo 4.20. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğinin Gelir Durumuna Göre Farklılığı	145

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Sağlık Ekonomisinin Yapısı	6
Şekil 1.2. Sağlık Ekonomisinin Konusu ve İlişkiler Ağı	16
Şekil 1.3. Sağlık Ekonomisinin İşleyişi	22
Şekil 1.4. Ülkelerin Kalkınmasındaki Yapısal Değişimin Sağlık Ekonomisi Gelişimine Etkisi	26
Şekil 1.5. Sağlık Ekonomisinin Temel ve Genişletilmiş Alanı	27
Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Şekillerine Göre Sınıflandırılması	44
Şekil 3.1. Tüketici Denge Analizi.....	77
Şekil 3.2 a) Ordinal Tüketici Denge Analizi, b) Tüketicinin Bireysel Talep Eğrisi..	80
Şekil 3.3 a) Kardinal Tüketici Denge Analizi, b) Tüketicinin Bireysel Talep Eğrisi	83
Şekil 3.4. Ödeme İstekliliğine göre Talep	91
Şekil 4.1. Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine İlişkin Araştırma Modeli	106
Şekil 4.2. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talep Ölçeği, DFA Analizi için Oluşturulan Model.....	128

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFA: Açımlayıcı Faktör Analizi

AİHW: Australian Institute of Health and Welfare

BMWi: Federal Ministry for Economic Affairs and Energy

CESCR: UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights

DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WEF: World Economic Form

WHO: World Organization of Health

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince hazırlamış olduğum araştırma ve tez çalışmasının her aşamasında içten, yapıcı, destekleyici tarzıyla araştırmamın şekillenmesi, yürütülmesi ve sonuçlanmasında, yol gösteren, destek olan, deneyimlerini paylaşarak akademik gelişimimi sağlayan, mesleki yardımlarını aldığım her zaman bilgi ve deneyimleriyle yolumu açan değerli danışman hocam sayın Prof. Dr. Zekeriya MIZIRAK'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmama engin bilgi birikimi ve ileri öngörüsü ile ışık tutan kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Birol MERCAN'a teşekkür ederim. Olumlu ve yapıcı bakış açısı ile yardımlarını esirgemeyen kendisinden çok şey öğrendiğim, saygıdeğer hocam sayın Prof. Dr. İsmail SEYREK'e teşekkür ederim. İstatistiksel analizlerdeki desteği için kıymetli hocam sayın Arş. Gör. Dr. Tolga SEKİ'ye teşekkür ederim.

Akademik anlamda beni buraya taşıyan, eğitimimde beni destekleyen ve bana yardımlarını esirgemeyen hocalarıma, tez çalışmama katkı sağlayan herkese, teşekkürü bir borç bilirim.

Yaşamım boyunca desteklerini esirgemeyen, beni bir an olsun yalnız bırakmayan, varlıklarıyla güçlü olmamı sağlayan bu zor ve uzun yolda hep yanımda olan aileme yürekten teşekkür ederim.

İyi ki varsınız.

Merve Topcu

GİRİŞ

Bir ülke ekonomisinin üretim, tüketim ve yatırım süreçlerinde yer alan sağlıklı insanlar, ekonomilerin büyümesinde, gelişmesinde ve kalkınmasında en önemli etkidir. Özellikle bireyler, emek ve girişimci vasfıyla bir ekonomik kaynak niteliğindedir; bireylerin sağlığı, beşeri sermaye faktörü olarak üretim sürecinin bir girdisidir (Mühlbacher, 2008: 546-548). Diğer yandan bireylerin sağlıklı olmak için yaptığı her türlü harcama sağlık tüketiminin konusunu oluşturarak sağlığın tüketim malı olarak ele alınmasına ve bu tüketim ise bireylerin sağlığına yaptığı bir yatırım olarak değerlendirilmektedir (Grossman, 1972: 223-225). Böylelikle sağlık ve ekonomi alanı iç içe geçmektedir. Her geçen gün tüm ülkeler, sağlığın daha iyi konumlandırılması için çaba harcamakta ve buna bağlı olarak ortaya çıkan harcama, maliyet, finansman gibi ekonomik konulara geldiğindeyse bir bilim dalı olarak sağlık ekonomisi gündeme gelmektedir. Sağlık ekonomisi; sağlık, sağlık hizmetleri ve ekonomik performans arasındaki faaliyetler ile makro açıdan şekillenirken (Stoddart, 2003: 6) mikro açıdan ise sağlık hizmet talebi ve arzı temelinde gelişme göstermektedir (Santerre ve Neun, 2016: 5,7).

Sağlık ekonomisinde sağlık seviyesini korumak ya da daha üst seviyelere ulaştırmak için sağlık hizmetleri bir araç olarak kullanılmaktadır. Böylelikle sağlık hizmetlerine dayanan sağlık hizmetleri piyasasının konusu sağlık piyasası içerisinde yer alan temel yapı taşlarından arz ve talebe göre denge sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu dengeyi yakalama konusunda sağlık piyasası diğer piyasalardan farklılıklar göstermektedir. Sağlık hizmetinin sunumu sağlık hizmet talebi düzeylerine dayandırılarak sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve varoluş sebebi tüketicinin sağlık hizmetleri talebine göre şekillenmektedir (Thomas, 2021:91). Bireyler arasındaki sağlık ve hastalık kalıplarındaki değişiklikler, tüketicilerin talep ettiği sağlık hizmetlerinin artan miktarı ve zamanla artan sağlık harcamaları, talep edilen hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde kullanımı konusu özellikle sağlık hizmetleri talebine ilişkin olarak dikkati çekmektedir (Cruz-Gomes, Amorim-Lopes ve Almada-Lobo: 2019: 92). Ayrıca sağlık hizmetleri talebi, piyasadaki mal ve hizmetlerin talebine kıyasla daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla tüketici

sağlık hizmeti talebinde bulunurken potansiyel maliyetler, riskler ve faydalar hakkında sınırlı bilgi ile hareket ettiği için fırsat maliyetlerini düşünmesi gerekmektedir (Lee, 2009: 96). Böylece tüketicinin sağlık hizmeti talep yapısının keşfi önemli hale gelmektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetine artan talebin sebeplerinin neler olduğunun, geleceğe yönelik olarak araştırılmasında tüketicinin sağlık hizmet talebinin ölçülmesinde kullanılan sağlık hizmeti miktarı veya hastaneye gitme sıklığı gibi nicel ölçütlerden ziyade tüketicinin sağlık hizmet talebini oluşturan nitel değişkenler değerlendirilmektedir.

Tüketicinin sağlık hizmeti talebinin nitel tarafını ise sağlık hizmeti ihtiyacı, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme isteği oluşturmaktadır. Tüketiciler sağlık ve sağlık hizmeti ihtiyaçlarını sağlık hizmeti talebi şeklinde gerçekleştirebilirler (Dewar, 2010: 26). Sağlık hizmetinin niteliği ise hastane ve hekimin tercihinde etkili olduğu gözlenmektedir. Bireylerin sağlık için sağlık hizmeti ihtiyaçları ve istekleri sınırsız olabilir. Hasta olan bireyler sağlığı için en yüksek bedeli ödemeye hazırdır (Fuchs, 1972: 61,62) fakat bireylerin mali ödeme gücü varsa sağlığını etkin bir şekilde iyileştirebilir ya da ülkelerin sağlık sistemine bağlı olarak herkesin sağlığını eşit şekilde sağlığını koruyacak düzenlemelerin bir sonucu olarak maddi olanakları elvermeyenlere ise bedelsiz ya da cüzi bedellerle sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Bu sebeple kişilerin sağlık hizmeti satın alma güçleri ya da sağlık hizmetini ödeme istekleri ile bu ihtiyaçlar ve istekler sınırlanabilir. Tüketiciler ancak sağlık hizmeti ödeme istekleri ile fiyatı kabul ederler ya da ödemeye hazır şekilde bulunarak sağlık hizmeti talebinde bulunabilirler (Pavel, Chakrabarty ve Gow, 2015:1). Bu bağlamda tüketicinin sınırlı gelirle maksimum fayda elde etmek için sağlık hizmetleri talebini oluşturma amacı; bireylerin sağlık ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlarının ortaya çıkması sonucu sağlık hizmeti niteliklerini değerlendirerek sağlık hizmetini ödeme isteği ile oluşmaktadır. Böylelikle sağlık hizmeti talebindeki insan davranışlarının öğrenilmeye çalışılması ve belli davranış eğilimlerinin belirlenmesiyle talebe yönelik öngörülebilir bir yapı oluşturulabilir. Bu çalışmada hem sağlık ekonomisine yeni bir boyut kazandırmak hem de tüketicinin sağlık hizmet talebinin altında yatan sebeplerin neler olduğu konusunda önceden öngörülebilir bir yapı oluşturmak bakımından tüketici teorisinden hareketle tüketicinin sağlık hizmet talebine ilişkin yapıyı

keşfetmek ve tüketicinin sağlık hizmet talebini ölçen bir ölçüm aracı geliştirmek amaçlanmaktadır.

Bu çalışma özgünlüğü, Konya ilinde tüketicinin sağlık hizmet talebine ilişkin yapı keşfinin tüketici teorisinden hareket edilerek ilk kez Açıklayıcı Faktör Analizi ile yapılması ve yapı geçerliliğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi ile test edilerek tüketicinin sağlık hizmetlerine yönelik talep ölçeğinin ilk kez oluşturulması ile ortaya koymaktadır. Ayrıca bu çalışmanın tüketicinin sağlık hizmeti talep yapısına ilişkin nitel değişkenlerin araştırma kapsamında incelenmesine olanak tanınması ve tüketicinin sağlık hizmet talebinin vurgulanması sayesinde ispatlanabilir bir yapı ortaya koyması bakımından diğer çalışmalardan ayrılacağı ve bununla birlikte sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık arama davranışı ve hastane seçimine ilişkin faktörlerin tespit edilmesini kolaylaştırmasıyla da literatüre katkı sağlayacağı yönünde düşünülmektedir.

Çalışmanın birinci bölümünde; sağlık ekonomisi kavramı, sağlık ekonomisine ihtiyaç duyulma gerekçesi, sağlık ekonomisinin işlevi, gelişimi, ekonomik konjonktürdeki yeri ve geleceği ile ilgili değerlendirmelerden bahsedilmektedir. İkinci bölümde; sağlık ekonomisinin sağlık ve sağlık hizmeti boyutu ele alınarak öncelikle sağlık kavramı, sağlığı tanımlama modelleri ve sağlık kavramını etkileyen faktörlere yer verilmekte ardından sağlık hizmeti kavramı, yapısı, sınıflandırılması ve sağlık hizmeti piyasasının özelliklerine değinilmektedir. Üçüncü bölümde; sağlık hizmeti talebi kavramı, sağlık hizmeti talebi belirleyicileri, tüketici teorisinden hareketle bireysel talep eğrisinin elde edilmesi ele alınarak tüketicinin sağlık hizmet talebinin gizil değişkenleri; sağlık hizmeti ihtiyacı, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme isteği açıklanmakta ayrıca sağlık hizmet talebine ilişkin çalışmalar, araştırmanın amacı ve önemine yer verilmektedir. Dördüncü ve son bölümde araştırmanın modeli, araştırma problemi, araştırma örnekleme ve veri toplama yöntemine dair bilgilere yer verilerek en son olarak da anket sonucu elde edilen verilerin analizi ve bulgulardan bahsedilmektedir.

SAĞLIK EKONOMİSİNİN GENEL ÇERÇEVESİ

Bu bölümde ilk olarak sağlık ekonomisi kavramı ve sağlık ekonomisine ihtiyaç duyulma gerekçesine yer verilmiştir. Ardından sağlık ekonomisi makro açıdan; sağlık, sağlık hizmetleri, ekonomik performans ilişkileri ele alınmış, sonrasında da mikro açıdan; sağlık hizmet talebi ve sağlık hizmet arzı temelinde sağlık ekonomisinin işleyişinden bahsedilmiştir. En son olarak sağlık ekonomisinin gelişimi, ekonomik konjonktürdeki yeri ve geleceği ile ilgili değerlendirmelerden bahsedilmektedir.

1.1.Sağlık Ekonomisi Nedir?

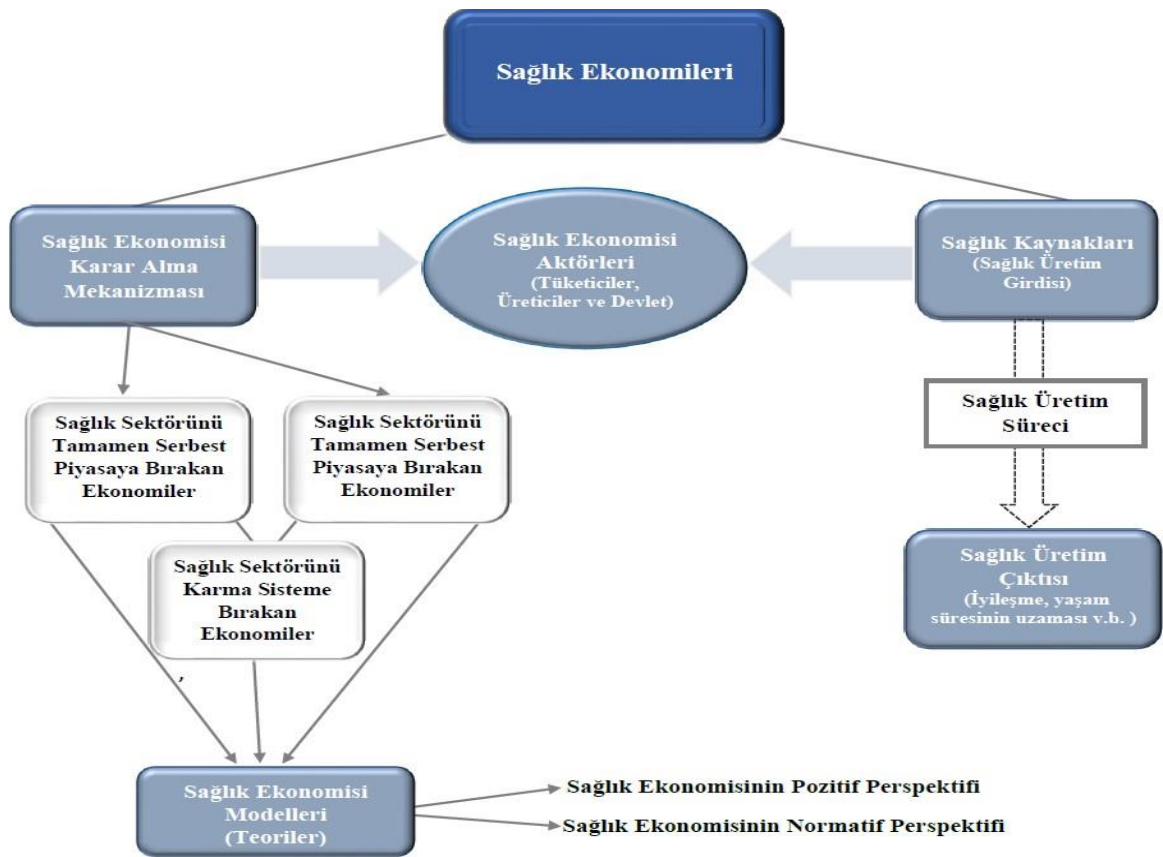
Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminde yer alan prensiplerin, tanımlamaların, teorilerin ve araçların; sağlık ile ilişkili alanlarda uygulanmasıdır. Bir bilim dalı olan ekonomi, sınırlı olan kaynakların bölüşümü ve dağıtımı ile ilgiliyken; sağlık ekonomisi, birey ve toplum sağlığını iyi hale getirmek için kıt olan kaynakların sağlık ile ilgili faaliyet alanlarına tahsisi ile ilgilenmektedir ve böylece gerek sağlık ekonomisindeki sağlık hizmeti sistemine gerekse sağlık sisteminde bulunan çeşitli faaliyetlere ve bireylere yeniden kaynak tahsisini içerir (Kobelt, 2013: 1). Sağlık sektörü ve ekonomi arasındaki bağ sağlık alanının daha çok piyasa ile ilgili ilişkilerinden kaynaklanmaktadır. Sağlık ve sağlığa ilişkin süreçlerin genel olarak piyasa bağlamında sürdürülmesi, ekonomi bilimi araçlarıyla dikkate alınması ve değerlendirilmesi, ekonomik analizler bakımından sağlık idarecileri tarafından kullanılması, sağlık ekonomisini gündeme getirir (Ünal, 2013: 2). Sağlık ekonomisi genel olarak sağlık sorunları ile baş ederken çeşitli ekonomik araçlar kullanır ve bu böylece düzenleyici sağlık politikalarının tasarlanması, önerilmesi ve uygulanabilmesi için sağlık sorunlarının ekonomik yönlerinin daha iyi anlaşılmasını teşvik eder. Bu bakımdan sağlık ekonomisi analizlerinin yapılması için ekonomik analizin tam olarak anlaşılması önemlidir (Santerre ve Neun, 2013: 4). Sağlık ekonomisi, sağlık politikası hedeflerini gerçekleştirmek ve güçlendirmek için uygulayıcılara faydalar sağlama açısından vazgeçilmez bir etmendir. Bununla birlikte ilaç ve tıbbi ekipmanlar ile ilgili teknolojik ve inovatif gelişmeler, sağlığı finanse etme ile ilgili bakış açıları, sağlık piyasası içerisinde özel sektörün varlığı, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde işleyişinde fayda maliyet analizinin kullanılmasıyla arzın adaletli ve eşit bir şekilde

sağlanması sağık ekonomisinin yer alması, sağık ekonomisine olan ilgiyi her geçen gün artırmaktadır (Çoban, 2019: 10).

Sağık ekonomisi, iktisat biliminin bir dalı olarak inceleme alanında yer almakla birlikte ekonomi disiplinin teorik ve ampirik yöntemlerinin bireyler, sağık hizmeti sunucuları ve hükümetler aracılığıyla sağık ve sağık bakımı konularında karar verme analizine uygulanmasını hedefler. Sağık ekonomisinin faaliyet alanı yalnızca ekonomik analizler yardımıyla ilginç bir konu olarak sağık ve sağık hizmetlerine yapılan bir uygulama gibi düşünülmemelidir. Sağık ekonomisi, sağlam bir şekilde ekonomi teorisi temellerine dayanmaktadır bununla birlikte özellikle iyileşmeyi bekleyen hastaların, sağık hizmeti sağlayan tesislerin, sağık personellerinin ve doktorların davranışlarını inceleyerek sağık hizmetlerinde kaynak dağıtım ve bölüşümü kararlarını kolay hale getirmek, analitik teknikleri anlamak ve yararlanmak için geliştirilmiş bir teorinin odağını oluşturmaktadır. Bu bağlamda sağık ekonomisi alanı; epidemiyoloji, psikoloji, sosyoloji, yöneylem araştırması istatistik ve matematik gibi farklı bilim alanları ile etkileşime geçerek uzmanlaşmış bir alan haline evrilmiştir. Ayrıca, sağık ekonomisi genellikle sağık hizmetleri araştırması niteliğinde değerlendirilen sağığa uygulanan bir seri analitik yöntemin değerli bir parçası olarak da kabul edilmektedir (Morris, vd., 2012: 3).

Ekonomi bilimi, ülke içerisindeki ekonomik aktörlerin harcama ve üretim gibi faaliyetlerinin, merkezi planlama ya da serbest piyasa ağırlığına göre oluşturulmuş karar mekanizmaları aracılığıyla kıt olan kaynakların arz, talep ve piyasa yönlü hareketler neticesinde tahsisi ile ilgili kararların nasıl alındığına ilişkin çalışmalardır. Bu şekilde ekonominin anlamının tam olarak tanımlanması için gereken üç temel kavram vardır. Bunlar: (1) ekonomik ajanlar, (2) kıt kaynaklar ve (3) karar alma mekanizmalarıdır. (1) Ekonomik ajanlar: üretici, tüketici ve devlettir; (2) kıt kaynaklar; sermaye, emek, doğa, girişimcidir ve (3) karar verme mekanizmaları; merkezi planlama, serbest piyasa veya karma sistemden meydana gelmektedir. Ekonomide tahsis gerçekleşirken denge ve optimizasyon sağlanmaya çalışılmaktadır. Değer yargılarından kaçınarak oluşturulan ekonomi modeli pozitif ekonomiyi temsil ederken eşitlik ve verimlilik gibi değer yargılarını içeren ve politika hedeflerine Martinez-Giralt, 2012: 4). Bu çerçevede sağık ekonomisi kavramı, sağık ekonomisi

karar mekanizmalarının ağırlığı ölçüsünde, sağlık sektörü içerisindeki sağlık ekonomisi aktörlerinin, kıt olan sağlık kaynaklarından en yüksek faydayı sağlamak ve sağlık üretim çıktısının elde etmek amacıyla eşitlik ve verimlilik hedefleri doğrultusunda pozitif ve normatif perspektifte yapılan ekonomik analizler yardımıyla sağlık sektörüne sağlık kaynak tahsisinin yapılmasıdır ve ayrıca sağlık ekonomisi aktörlerinin kısıtlı sağlık kaynakları karşısında çeşitli alternatifler arasında seçim yapma ve karar alma süreçleri içerisindeki davranışlarının ve rollerinin incelenmesidir. Sağlık ekonomisinin yapısı aşağıda Şekil 1.1 yardımıyla açıklanmaya çalışılmaktadır.



Şekil 1.1. Sağlık Ekonomisinin Yapısı

Kaynak: Barros ve Martinez- Giralt, 2012: 4; Grossman, 1972: 223-225; Morris vd., 2012: 10; Preker, 2018: 31,32 bilgiler ışığında geliştirilmiştir.¹

Dünya geneli içerisinde yaşamını sürdüren büyük bir çoğunluk, sağlık ekonomisine değer vermek için önemli gerekçelere sahiptir. Bireyler sağlık

¹ Barros ve Martinez-Giralt'ın (2012) ekonomiyi anlamak için oluşturmuş olduğu şekil sağlık ekonomisi için uyarlanmıştır. Ayrıca Grossman'ın (1972) bireyin sağlık üretimi; Morris, Devlin, Parkin ve Spencer'ın (2012) sağlık hizmeti üretimi; Preker'in (2018) sağlık ekonomisi performans süreci konusundaki bilgiler dikkate alınarak ekleme yapılmıştır.

ekonomisinin kendisi için önemli olup olmadığı kararına varırken kendisine şu soruları sormalıdır (Bhattacharya, Hyde ve Tu, 2014: 1):

- Sağlık durumum bozulduğunda yararlanabileceğim sınırlı bir kaynağa sahip miyim?
- Geleceği kesin bir şekilde öngörme yetisine sahip değil miyim?
- Vatandaşlarına vergi sorumluluğu yükleyen bir ülkede mi yaşıyorum?

Bireylerin bu soruların herhangi birine verdiği “evet” cevabı sağlık ekonomisinin bireyin kendi refahı açısından sağlık ekonomisine değer vermesi gerektiğini ortaya koyar. Sağlık ekonomisini bu şekilde anlamak kişinin kendisini daha sağlıklı ve mutlu hissetmesine yardımcı olur (Bhattacharya vd., 2014: 1). Kişilerin ve toplumların sağlıkları temel ihtiyaçlar bağlamında “vazgeçilemez bir değer” dir. Sağlık değer para ya da herhangi bir şeyle ölçülemez. Bu bakımdan sağlığın “değişim değeri yoktur” yani ticarete karşılığı bulunmaz fakat sağlığın “kullanım değeri” bulunmaktadır. Yani bireyler tüketim aktiviteleri ile sağlıklı olmaya ve sağlık üretmeye katkıda bulunurlar fakat sağlığın doğrudan alınıp satıldığı bir piyasa söz konusu değildir. Dolayısıyla buradan çıkan sonuç sağlığın; sağlık hizmetleri, emniyet kemeri, yangın söndürücüler, kepekli ekmek gibi mal ve hizmetlerin bir özelliğini temsil etmesidir. Bu bakımdan sağlık hizmetleri tüketime konu olur ve sağlık üretimine yardım ederek sağlığı etkiler. Böylece sağlık hizmetlerinin tüketimi sağlığa yapılan “yatırım faydası” olarak değerlendirilir. Sağlık hizmetlerine yapılan talep ile bireylerin sağlık isteğine bağlı olarak “türetilmiş talebi” oluşturarak bireylerin diğer tüm üretim ve tüketim faaliyetlerinden yararlanabilmesi amaçlanır. Ekonomi açısından düşünüldüğünde, ekonominin temel dayanağı mal ve hizmetlerin talebi, arzı ve dağıtımı ile ilgidir. Bu durumda ise sağlık ekonomisinin odağında değişim değeri bulunmayan, sağlık ile karakterize edilen mal ve hizmetler ile ifade edilen sağlık oluşturmaktadır. Bu bakımdan sağlık ekonomisi kavramı, sağlık hizmetleri ekonomisi olarak da değerlendirilebilir (McGuire, Henderson ve Mooney, 2005: 2,29).

Sağlık ekonomisi, sağlık sektöründeki ekonomik aktörlerden olan tüketicilerin, üreticilerin, finansörlerin davranışlarını ve ülke yöneticilerinin sağlık ekonomisi içindeki rolünü analiz etmeye çalışır (Dewar, 2017: 10) ve sağlık sektöründe istihdam edenlere, karar vericilere, ülke yöneticilerine ya da topluma, kaynakların en faydalı

şekilde nasıl kullanılması gerektiği ile ilgili seçimlerde bulunmalarına yardım ederek akılcı² ve net bir tablo çizer (Jefferson, Demicheli ve Mugford, 2000: 1). Aynı zamanda sağlık ekonomisinin sağlık sektöründe çeşitli faaliyetleri ve rolleri bulunmaktadır. Bunlardan başlıcası sağlık sektöründe kararlar vermek, verimliliği artırmak ve eşitliği sağlamak için farklı yöntemler kullanmasıdır. Bir diğeri ise sağlık ve sağlık alanındaki kaynakların nasıl kullanılması gerektiği ile ilgili alternatifler sunmasıdır (Shiell vd., 2002: 85). Bu bağlamda ekonomi biliminin amacı, tüketicilerin doyumlarını, üreticilerin karlarını, ülkelerin toplumsal ve sosyal refahını en üst düzeye çıkarabilecek şekilde kıt kaynakların etkin bir şekilde dağıtımını ve bölüşümünü gerçekleştirmektir (Jain ve Ohri, 2020: 4). Sağlık ekonomisi açısından kaynakların sınırlılığı, alternatifler arasında seçim yapma sürecini başlatır. Seçim yaparken aynı kaynaklarla farklı şeyler yapılabilir.³ Burada faydaların en üst düzeye çıkarılması hedeflenirken sosyal faydalar göz ardı edilmemelidir. Sonuçta sağlık ekonomisinin sosyal faydaları da maksimum seviyeye ulaştırma gayesi vardır (Shiell vd., 2002: 85; Nair, 2019: 97).

Sağlık ekonomisinde sağlık kaynakları olmadan tıbbi ürün ve hizmetlerin oluşması mümkün değildir. Sağlık kaynakları, ilaç yapımında kullanılan malzemeler, yatak çarşafı ve eldiven gibi medikal ürünlerden; sağlık personellerinden, hastane ve tıbbi bakım hizmetleri sağlayan diğer öğeler dahil sermaye girdilerinden oluşmaktadır. Ne yazık ki, sağlık ekonomisinde sağlık kaynakları, genel kaynaklar gibi, belirli bir noktada sınırlı veya azdır buna karşın istekler ve ihtiyaçlar ise sınırsızdır. Bu nedenle, değiş tokuşlar kaçınılmazdır. İster piyasa ekonomisine dayalı sağlık sistemi, isterse devlet tarafından yönetilen bir sağlık sistemine sahip olunsun, toplumun temel ve önemli seçimlerde bulunması gereklidir. Bu seçimler temel birkaç soru ile aşağıdaki şekilde değerlendirilir (Santerre ve Neun, 2013: 4,5).

² Kararlar “rasyonel” olarak alınmaktadır. Standart mikro ekonomide bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için mevcut kaynaklar ile “en iyi çıkarların” gözetildiği ve faydaların en üst düzeye çıkararak kararları aldığı varsayılmaktadır (Davis ve McMaster, 2017: 3).

³ Kaynakların kıtlığı varsayımı altında kaynaklar arası seçimlerde “fırsat maliyeti” söz konusudur. Fırsat maliyeti, kaynakların sınırlılığı çerçevesinde kaynağın nasıl kullanılacağına dair bir seçim yaptığımızda, başka bir şeyden vazgeçilmelidir. Burada vazgeçilmesi gereken kaynak bireyin fırsat maliyetini oluşturur (Wiseman, 2011: 20).

- 1) Makroekonomide tıbbi olan ve olmayan mal ve hizmetlerin karışımı hangi ürünler üretilmelidir?
- 2) Sağlık ekonomisinde hangi tıbbi mal ve hizmet karışımı üretilmelidir?
- 3) Seçilen tıbbi ürün ve hizmetleri üretmek için hangi sağlık kaynakları kullanılmalıdır?
- 4) Üretilen tıbbi ürün ve hizmetleri kimler almalıdır?

Toplumların bu sorulara nasıl yanıt vermeyi seçtiği, sağlık ekonomisinin işleyişi ve performansı üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Örneğin, (1) genel ekonomide tıbbi olan ve olmayan mal ve hizmet üretim kombinasyonunda; sağlık personel sayısının artırılması ile tıbbi olmayan mal ve hizmet üretimi için daha az kişi kullanılabilir. (2) Sağlık ekonomisinde tıbbi mal ve hizmet üretim kombinasyonunda; hastanelerde kullanılan tıbbi ekipmanın artırılması, bakım evinde tıbbi ekipman kaynağının daha sınırlı ya da az olmasına neden olur. (3) Sağlık kaynaklarının farklı kombinasyonlarının birleşiminde; daha çok sağlık personeli ihtiyacı ile emek yoğun ya da oldukça gelişmiş tıbbi cihazların kullanılması ile sermaye yoğun kaynaklarla sağlık üretimi gerçekleştirilebilir. (4) Tıbbi ürün ve hizmetlerin bireyler tarafından alınmasında ise; bireylerin yiyecek, barınma ve tıbbi bakım gibi gerekli mal ve hizmetlere erişiminin sağlanması eşitlik çerçevesinde değerlendirilir (Santerre ve Neun, 2013: 5,9).

Bir ülkenin sağlık sisteminin yapısı toplumun verimlilik ve eşitlik kaygılarını dengeleme biçimini yansıtmaktadır. Sağlık ekonomisi bu sorulara verimlilik ve eşitlik perspektifinden yaklaşmaktadır (Kernick, 2003: 147). Verimlilik, girdiler ve çıktılar arasındaki ilişkiyi maliyet ve faydalar açısından değerlendirmektedir.⁴ Sağlık hizmetlerinde fayda; sağlık kazanımları olarak yorumlanabilir, ancak sağlık hizmetleri bilgi ve güvence gibi daha az somut olan değerlerin faydalarını da içerir. Eşitlik⁵ ise hem ekonomistlerin hem de sağlık hizmetlerinin bir diğer önemli kaygısıdır. Eşitlik, faydaların maksimizasyonlarının aksine kaynakların dağılımı ile ilgilidir (Wiseman, 2011: 16,17).

⁴ Burada kastedilen verimlilik, mevcut kaynaklarla faydaları en üst düzeye çıkarmak veya belirli bir fayda düzeyi için maliyetleri en aza indirmekle ilgilidir (Kernick, 2003: 147).

⁵ Eşitlik; toplumda meşru bir şekilde rekabet eden bireylerin iddialarını tarafsız bir yolla hakkaniyet ve adaletle, dengeleme düşüncesini içermektedir (Wiseman, 2011: 16,17).

Bazı mal veya hizmetlerin adil dağılımını ilgilendiren dağıtım hakkaniyeti, sağlık politikası yapıcılarını için baskın eşitlik kaygısı olmuştur. Sağlık sektöründe dağıtım eşitliğine odaklanma çerçevesinde sağlık, insanlar için bir refah kriteridir ve hastalık ve sağlık hizmeti ihtiyacı; insanların kontrolleri dışında kötü sağlık talihsizliğine maruz kalmasına ve kader nedeniyle aşırı derecede acı çekmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle adalet, sağlıksız olanların, sağlıkla ilgili olmayan nitelikleri; genelde ödeme gücü gibi kriterler göz önünde bulundurularak değil, bakıma ihtiyaçlar temelinde tedavi görmesi gerektiğini dikkate almaktadır (Hurley, 2000: 87).

Eşitliğe ulaşmak arzu edilen bir amaç olduğundan, toplum genellikle gelirlerin yeniden dağıtılmasını ister. Normal olarak yeniden dağıtım vergilendirmeyi gerektirir. Bunun yanı sıra, emek veya sermaye geliri vergisi, kaynakları en verimli şekilde kullanmak için caydırıcı olma eğilimindedir. Lakin üretimin verimsizliği yani üretim kaynaklarının atıl kalması toplumda daha az mal ve hizmet bulunduğunu göstermektedir. Bu nedenle, eşitlik ve verimlilik hedefleri arasında genellikle bir değiş tokuş yapılır ve neticesinde, iki hedef arasında seçimler yapılması zorunlu hale gelir (Santerre ve Neun, 2013: 5,9). Akabinde ise mevcut kaynakların eşit ve verimli şekilde nasıl dağıtılacağı konusu gündeme gelir. Bu konuda sağlık ekonomisi iki farklı perspektiften bahseder; ilki pozitif perspektif⁶, ikincisi normatif perspektif⁷ tir. Örneğin, bir sağlık ekonomisti bir nüfusun sağlık sigortası kapsamı ile ilgilenirken pozitif bakış açısından yaklaşırken; neden bu kadar çok sigortasız kişinin olduğu, sigortasız olanların; finansal olarak sigorta primlerinin maliyetini karşılayıp karşılayamadıkları ya da sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyup duymadıkları konuları ile ilgilenir. Normatif perspektiften ise duruma göre değerlendirilebilecek kriterler oluşması gerekir. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik bir kriterse ve ödeme yapamama, sigorta kapsam dışı kalmanın sebebiyse, durum “kötü” olarak değerlendirilir ve sorunu azaltmak için alternatif müdahaleler ve önlemler alınması söz konusu olur (Mcpake vd., 2020: 3).

⁶ Pozitif perspektif, seçimlerin gerçekte nasıl yapıldığını tanımlamak ve açıklamakla ilgilenir (Mcpake, Normand, Smith ve Nolan, 2020: 3).

⁷ Normatif perspektif, hangi seçimlerin yapılması gerektiğine karar vermekle ilgilenir (Mcpake vd., 2020: 3).

1.2.Sağlık Ekonomisine Neden İhtiyaç Duyarız?

Sağlık ekonomisine neden ihtiyaç duyulduğu konusunu ele alırken "sağlık" ile "ekonomi" arasında bağlantının göz önünde bulundurulması gerekir. Bu bağlantının iki düşünceyi ileri geldiği düşünülmektedir. Bunlar (Zweifel, Breyer ve Kifmann, 2009: 1);

- 1) Sağlık çok önemli bir değerdir. Bu nedenle sağlıklı kalmak ve sağlığın sürdürülebilmesi için her şey yapılmalıdır.
- 2) Sağlık sektöründe kaynaklar sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri yüksek oranda artmaya devam ederse, o zaman sağlık çoğu insan için karşılanamaz hale gelebilir.

Genel olarak bu iki ifade de sağlığın, etik olarak “çok değerli” ekonomik olarak “çok pahalı” olduğu konusunda birbirleri ile çelişkili olsa da “paha biçilemez” olduğu konusunda örtüşürler ve ikinci ifadeye yani ekonomik yöne daha fazla ağırlık vererek sağlık ekonomisine olan ihtiyacı vurgularlar (Zweifel vd., 2009: 1). Günümüzde sağlığı elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak için sağlık sektörünün ekonomi, ekonomik büyüme, demografik değişim ve teknolojik değişim ile bağlantılı olarak küresel olarak düşünülmesi; sağlık ekonomisinin geniş bir alana hitap eden ana sektörlerden biri haline geldiğini gösterir (World Organization of Health (WHO), 2018: 3). Özellikle dünyada sağlık sektörüne ülke ekonomileri gelirlerinden yaklaşık %10 gibi bir pay ayırmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler için bu oran düşük iken, gelişmiş ülkelerde daha yüksek bir değere sahiptir (Ünal, 2013: 2).

Sağlık ekonomisinin temelde üç önemli ihtiyaç duyulma nedeni bulunmaktadır: (1) Sağlık sektörünün genel ekonomiye katkısının büyüklüğü ve pahalılığı, (2) sağlığın belirsizlik ve risk kaynağı olması, (3) hükümetin finansmana katılmasıdır (Bhattacharya vd., 2014: 1; Folland, Goodman ve Stano, 2013: 3).

1.2.1.Sağlık Ekonomisinin Büyüklüğü

Bir ülkenin geliri, o ülkenin sağlık ekonomisi ve gelecekteki büyüme potansiyeli hakkında birtakım bilgiler sunar. Uzun vadeli sürdürülebilirlik ve gelecekteki büyüme amaçlanıyorsa kaynak zengini ülkelerin öncelikle kişi başına geliri artırmak için kısa vadeli kazançlarını artıracak şekilde doğal kaynaklarını

harcaması gerekir (Lange ve Wodon, 2018: 25,26). Ülke ekonomilerinde ekonomik faaliyetler sonucu elde edilen hasıladaki sağlık harcamalarının büyüklüğü ülke refah artış trendini temsil etmektedir. Nitekim ülkede yaşayanlar ve devlet gelirlerini, sağlık sektörüne; sağlık hizmetleri, doktor muayenehaneleri, çeşitli obezite cerrahi ameliyatları, kolesterol önleyici ilaçlar, yeni yatırımlar ve tıbbi araştırmalar gibi nedenlerle harcarlar. Bu açıdan sağlık sektörü içerisinde yer alan sağlık için gereken mal ve hizmet temini vurgulanır. Bu sebeple sağlık piyasası içerisindeki her yapı taşı; doktorlar, hastalar, devlet, eczaneler, hastaneler, sağlık hizmetleri vb. önem kazanır (Bhattacharya vd., 2014: 1,2). Bunun bir sonucu olarak sağlık sektörü ekonomilerde harcamaların, yatırımın ve istihdamın temel bileşenini oluşturur. Bu nedenle sağlık sisteminin ekonomik performansı, bir ülkenin ve vatandaşlarının genel ekonomik refahıyla önemli ölçüde bağlantılıdır (Morris vd., 2012: 2).

Sağlık ekonomisi, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve diğer ülkelerde gelirin büyük bir bölümünü oluşturan büyüklüğü ile dikkati çekiyor (Folland vd., 2013: 3). Sağlık harcamalarının gelirden aldığı pay hemen hemen dünyadaki tüm ülkelerde artışı gözlemlenmiştir. Zengin ülkelerde bu artış ABD’de en belirgindir. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) verilerine göre, gelirdeki sağlık harcamalarının payı ABD’de 1960’ dan 2010 yılına kadar üç kattan fazla artarken aynı dönemde diğer zengin ülkelerde yaklaşık iki kat artmıştır (Hartwig ve Sturm, 2017: 2). Bugün dünya nüfusunun %80’inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır, ancak 2016’da küresel sağlık harcamalarının yalnızca bu %20’sini oluşturmaktadır. Dünyada 2016 yılında, küresel gelirin %10’una yakın bir bölümü harcanmıştır. Sağlığın gelirden aldığı pay yüksek gelirli ülkelerde, ortalama %8,2 iken hem düşük hem de orta gelirli ülkeler için, sağlık harcaması ülke gelirinin yaklaşık %6,3’ünü oluşturmaktadır (WHO, 2018: 5-6). Gelişmekte olan ülkeler içerisinde yer alan Türkiye ise 2018 yılında sağlık sektörüne gelirinden %4,2 oranında bir pay ayırmıştır (OECD, 2019: 34).

Gelir ve sağlık birbirleriyle ilişkilidir. İyi sağlık, üretken kapasiteyi geliştirir ve zenginlik, sağlığa yatırım yapmayı mümkün kılar (Lindgren, 2003: 61). Bir ülkede artan sağlık harcamaları ile sosyal güvenlik, huzur, güvenlik ve refahta artış meydana

gelir. Bu sayede daha sağlıklı insanlar daha çok ve uzun süre çalışabilirler. Bu da işgücü verimliliğini artırır (Amiri ve Ventelou, 2012: 541).

Sağlık harcamalarının gelirden aldığı pay önemli bir sermaye yatırımını ve işgücünün büyük ve büyüyen bir payını da temsil eder (Folland vd., 2013: 3). Sağlık harcamalarının büyüklüğü dünyadaki tüm ülkeler için önemlidir asıl sorun sağlık harcamasının yeteri kadar yapılıp yapılamadığı konusudur (Dewar, 2017: 9). Küresel düzeyde, daha zengin ülkeler daha sağlıklıdır. Bu da daha yüksek optimal sağlık stoğu seviyesi ve daha büyük sağlık yatırımları anlamına gelir. Yaşlandıkça sağlık sermayesi azalır, sağlık amortismanları ise çok pahalı hale gelir. Böylelikle kişiler hayattayken sağlığa yatırım yapma konusunda sadece sağlık durumunu değil, beklenen ölüm zamanını da seçmiş olduğuna dikkat edilmelidir (Lindgren, 2003: 61).

1.2.2.Sağlığın Belirsizliği ve Risk Kaynağı Olması

Sağlıkta büyük, beklenmedik değişiklikler her zaman meydana gelebilir (Zweifel vd., 2009: 74). Sağlık ve sağlık hizmeti, genellikle davranışsal ekonomisindeki ilgiden yararlanma konusunda iki önemli adaydır. Çünkü sağlık ve sağlık hizmetlerinde belirsizlikler yaygındır, riskler genellikle yüksektir ve değiş tokuşlar genellikle zordur (Fuchs, 2000: 147; Davis ve McMaster, 2017: 3). Sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti yaşam kalitemizi ve hayatta kalma beklentilerimizi belirler (Morris vd., 2012: 1). Sağlıkta belirsizlik bol miktarda bulunur. Bir birey sağlıkta üç tür belirsizlikle karşı karşıya kalabilir (Lindgren, 2003: 62);

- 1) Sağlık sermayelerinin şu anki büyüklüğü konusunda, belirsizlik vardır.
- 2) Sağlık sermayelerinin amortisman oranı konusunda, belirsizlik vardır.
- 3) Sağlık üretim fonksiyonundaki çeşitli girdilerin sağlık sermayesi üzerindeki etkileri konusunda, belirsizlik vardır.

Birinci belirsizlik türü (1), bilgi talebine neden olur. Belirsizlik, bir doktor tarafından yapılan kontrollerle bir dereceye kadar azaltılabilir, ancak hiçbir teşhis testi mükemmel değildir ve bazen doktor, kişinin sağlık durumu hakkında en az kişi kadar kararsız olabilir. Özellikle ikinci belirsizlik türünde (2), sağlık sigortası talebi tetiklenir (Lindgren, 2003: 62). Çünkü kişisel sağlık hizmetlerinin talebi ve tüketimi bir dereceye kadar rastgeledir ve başlangıçta hastalık tesadüfi olarak ortaya çıkar. Sonuç

olarak, riskten kaçınan bireyler, sağlık sigortası olarak sağlık harcama riskini azaltmaya çalışır (Sloan ve Hsieh, 2016: 11; Smith ve Witter, 2005: 153). Üçüncü tür belirsizlik (3), kişi sağlık yatırımı faaliyetlerini çeşitlendirmelidir; mesela fiziksel aktivite yapma, sigarayı bırakmak, içkiyi azaltmak ve yağ alımını azaltmak daha iyi olabilir. Bununla birlikte, insanların belirsizliğe karşı farklı tutumları bulunmaktadır (Lindgren, 2003: 62).

Belirsizlik her yerde ortaya çıkabilir. Belirsiz olaylar, sağlık hizmetlerindeki bireysel davranışlara rehberlik eder. Bu büyük belirsizlik, sağlık sigortasının gelişmesine yol açar ve bu da ekonomide kaynakların kullanımını kontrol eder ve yönlendirir. Sağlık ekonomisinde çeşitli belirsizlik biçimlerinin varlığı, sağlık hizmetlerin de devletin oynadığı rolünün büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle, sağlık piyasası başarısız olursa, belirsizlikle baş etmede sağlık hizmetlerinin rolünü anlamak, genellikle verimli olur ve sağlık ekonomisinin nasıl çalıştığı hakkında bilgi verir (Phelps, 2016: 2).

1.2.3.Sağlık Ekonomisinde Kamu Finansmanı

Zengin ülkelerdeki sağlık hizmeti harcamalarının büyük bir yüzdesi kamu sektörü tarafından karşılandığından, bu harcamalar, gelişmiş dünyanın karşı karşıya olduğu merkezi mali zorluklardan birine dönüşmüştür. Bu nedenle, OECD ülkelerinde sağlık hizmetleri harcamalarında devam eden artışın nedenlerini anlamak büyük önem taşımaktadır (Hartwig ve Sturm, 2017: 2). Ülke yöneticilerinin sağlık ekonomisinin ne kadarlık bir kısmında yer aldığı; ekonomik ortam, normlar ve kısıtlamalar, sağlık konularında küresel, ulusal ve yerel düzeyde uygulanan politikalar, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve dağıtımına dair kararları etkilemektedir (Morris, vd., 2012:1). Ülkedeki sağlık sistemi, ülke yöneticilerinin vereceği kararlar doğrultusunda şekillenmektedir. Bireylerin sağlığı için yaşadığı ülkede her yıl ödediği vergi faturalarının kabarıklığı, büyük ölçüde politikacıların sağlık bakım sisteminin nasıl yöneteceğine ilişkin kararlarına bağlıdır ve sağlık harcamalarının büyük çoğunluğundan hükümet sorumludur. Bunda ülkelerin sağlık bakım sistemleri için izlenen çeşitli sağlık politikaları yer alır. Sağlık sektöründeki harcamaların ülke yöneticileri için oluşturduğu güçlükler yadsınamayacak kadar fazladır (Bhattacharya vd., 2014: 3,4). Dünyadaki bütün ülke yöneticileri sağlık ekonomisine finansman

ayırmaktadır. Fakat masraflar, ülke gelirinden daha büyük bir artış hızında arttığı gözlemlenmiştir. Ülkelerde yapılan birçok araştırmada elde edilen bulgu; sağlık harcamaları ve sağlık sektörü arasında bir bağ olmadığı yönündedir. Bunun sebebi; çoğu sağlık sistemlerinin sağlık masraflarını engelleyememesidir, bunun yanı sıra sağlık sistemlerinin üstündeki mali baskılar, sağlık ekonomisinde uygun dengenin ve sosyal güvenliğin sağlanmasını daha da güçleştirir niteliktedir (Türkiye Sağlıkli Kentler Birliği, 2013: 12).

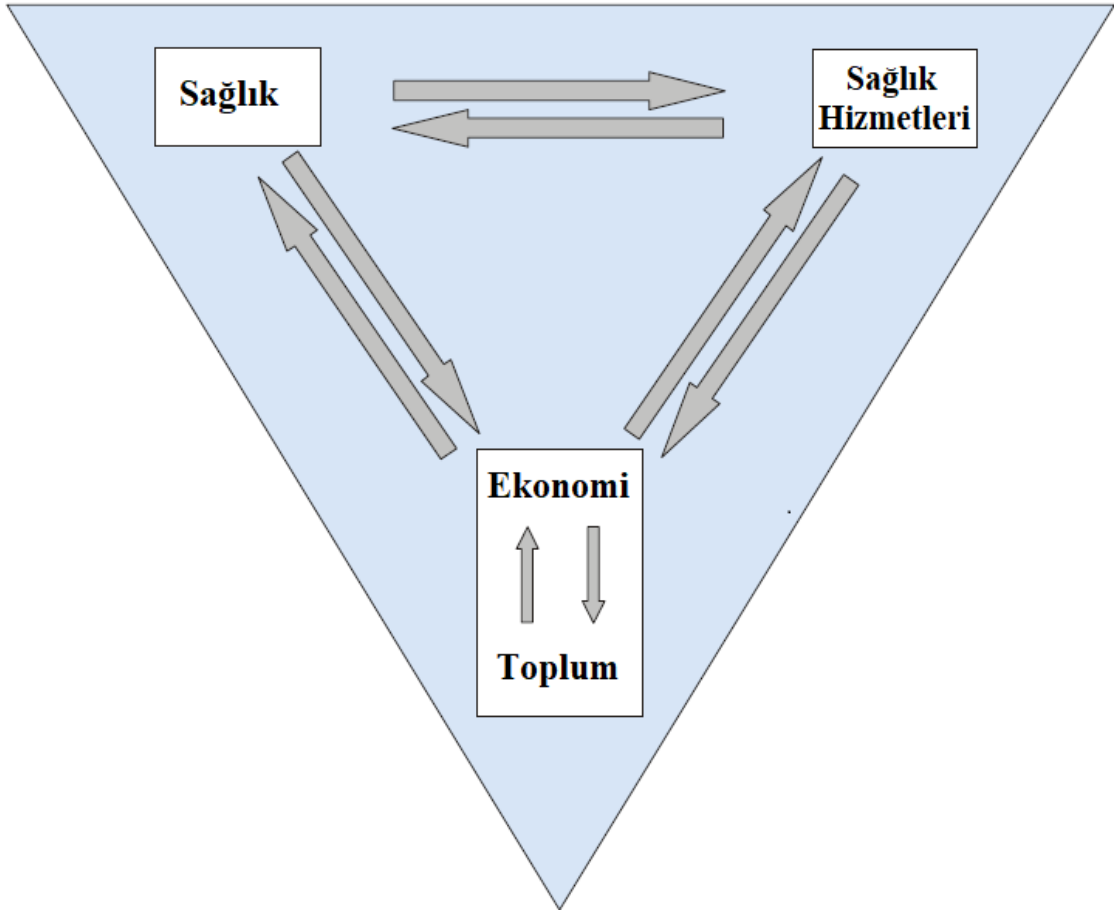
Hükümetin sağlık hizmetlerine yaptığı sağlık harcamalarının nüfusun yaşlanması, yaşam beklentisinin artması ve yeni tıbbi teknolojilerin geliştirilmesi bakımından kamu sağlık sigortasının finansmanındaki baskıyı artırarak önümüzdeki yıllarda artacağı beklenmektedir (Bhattacharya vd., 2014: 3,4). Ayrıca, önceden tedavi edilemeyen bir durum için yeni tedaviler muhtemelen harcamalarını artıracaktır. Nitekim mevcut tedavi yöntemlerinin yerini alan yeni yaklaşımlar, ortalama tedavi maliyetini yükseltebilir veya düşürebilir, ancak harcama üzerindeki genel etki, tedavi edilen hasta sayısındaki değişikliğe bağlı olacaktır (Henderson, 2012: 6).

Sağlık harcamaları, bireylerin sağlıklarında oluşabilecek riskler karşısında korunma, yüksek kalitede sağlık hizmetlerine erişim ve artan beklenti gibi durumlarda ilgili tedarik alanlarında meydana gelmektedir. Bir sağlık reformu hayata geçirilmeden ekonomik, sosyal, kültürel ve politik amaçlar iyi değerlendirilmelidir. Hükümetler sağlık alanında bu sorunları çözemediği zamanlarda sektörler arası iletişimi güçlendirmelidir (Türkiye Sağlıkli Kentler Birliği, 2013: 13).

1.3.Sağlık Ekonomisinin Konusu ve İlişkiler Ağı

Sağlık ekonomisinin ele aldığı en geniş kapsamlı konulardan ilki, sağlık sistemlerini en iyi şekilde finanse etmenin özel ya da kamu sektörüne kaynak tahsisinin nasıl olması gerektiği ile ilgilidir. İkincisi, sağlık hizmetleri piyasası içerisinde arz ve talebin değerlendirilmesidir. Böylelikle sağlık hizmetleri piyasasının önündeki engellerin kaldırılması, sağlık hizmetlerinin fiyatlarında hareketlilik sağlanması yoluyla sağlık alanına gerekli teşvikler verilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması hedeflenmektedir. Üçüncüsü, bireylerin sağlığa verdiği değer, sağlık ile kişinin sosyoekonomik durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Dördüncü

olarak ele aldığı konu ise sağlık hizmetlerinin yönetilmesidir. Bu sağlık hizmeti alacak bireylerin ihtiyaçlarının değerlendirilmesi doğrultusunda hastalığın ne olduğu ve hastalık yükünün toplumdaki ağırlığının ölçülmesi ya da marjinal analiz yöntemlerinin uygulanması ile etkin bir şekilde sağlanabilir. Son olarak da sağlık hizmetinin çeşitli şekillerdeki sunumunda kaynakların etkilerini karşılaştırma konusunu ve yeni sağlık teknolojilerinin verimliliğinin değerlendirilmesi ile ilgilenen ekonomik değerlendirmeleri incelemektedir (Jefferson, Demicheli ve Mugford, 2000: 1,2). Sağlık ekonomisinin temel olarak incelediği; sağlık, sağlık hizmeti ve ekonomik performans konuları arasındaki ilişkiler ağı, aşağıdaki Şekil 1.2’de gösterilmekte ve ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.



Şekil 1.2. Sağlık Ekonomisinin Konusu ve İlişkiler Ağı

Kaynak: Stoddart, 2003: 6

1.3.1.Sağlık ve Sağlık Hizmetleri İlişkisi

Sağlık ve sağlık hizmetleri arasında bir ilişki söz konudur. Bu ilişkide sağlık ve sağlık hizmetlerinin birbirleri üzerindeki etkileri kısaca ele alınmaya çalışılmaktadır.

1.3.1.1.Sağlık Hizmetlerinin Sağlık Üzerindeki Etkisi

Sağlık hizmetleri, sağlığın temel belirleyicilerinden birisidir.⁸ Bireyin veya bir bütün olarak nüfusun sağlık durumu ile sağlık hizmetlerinin tüketimi arasındaki ilişki, “sağlık ekonomisi” ve “sağlık hizmetleri ekonomisi” arasındaki bağlantıyı kurar (Rout ve Nayak, 2007: 4). Sağlık hizmetlerinin, sağlık üzerindeki etkisi pozitif yöndedir yani daha fazla sağlık hizmeti tüketimi daha iyi sağlığın elde edilmesine yardımcı olur. Fakat bu etki gecikmeli olarak ortaya çıkar. Yani bugün alınan bir sağlık hizmetiyle bir sonraki dönemde sağlığın iyileşmesi ve iyi sağlık sonucuna ulaşılması beklenir (Zweifel vd., 2009:11). Zamanında, kaliteli, etkili ve en az maliyetle sağlık hizmetlerinin sunulmasıyla bireylerin ve toplumların sağlığının iyileşmesi sonucu hedeflenir. Sağlık sistemlerinin dengesi ve yapısı, sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve finansman yöntemi; nüfusun sağlık kazanımları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Özellikle finansman yöntemi düşük gelir grupları için bakıma erişimi sınırlandırabilir ya da sağlık kazanımlarını azaltabilir ve bu kamu tarafından finanse edilen bir sistemde sağlık harcamalarını artırabilir (Stoddart, 2003: 8).

1.3.1.2.Sağlığın Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi

Sağlık hizmetleri, sağlık durumunun korunmasına veya iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır.⁹Sağlıklı olmak ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek için sağlık hizmetleri tüketimine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri, sağlık üretimi için bir girdi mahiyetindedir ve sağlık hizmetlerine yapılan talep, sağlık sermayesi stokuna bir yatırım olarak kabul edilmektedir (Grossman, 1972: 254,255). Sağlığın, sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi olumsuzdur. Yani insanlar sağlık durumu kötüleştiğinde sağlık hizmeti talebi de eş zamanlı olarak artmaktadır (Zweifel vd., 2009: 11). Sağlığın düzelmesi ise teoride sağlık hizmetlerine ihtiyacı azaltmaktadır. Dahası nüfusun sağlık

⁸Sağlığın belirleyicileri ve sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi detaylı olarak 2.Bölümde incelenmektedir.

⁹Sağlık hizmetinin sağlık üzerindeki etkisi detaylı olarak 2. Bölümde anlatılmaktadır.

seviyesi geliştikçe; sağlık ihtiyaçlarının yapısı değişmekte ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması söz konusu olmaktadır (Stoddart, 2003: 8).

1.3.2. Sağlık ve Ekonomik Performans İlişkisi

Sağlık ve ekonomik performansın birbirlerini etkilerler ve birbirleri üzerinde etkileri bulunmaktadır. Bu ilişki aşağıdaki başlıklarda açıklanmaya çalışılmaktadır.

1.3.2.1.Sağlığın Ekonomik Performans Üzerindeki Etkisi

Sağlıklı bir toplum güçlü bir ekonomik performansı¹⁰ da beraberinde getirmektedir. Nitekim, daha sağlıklı bir nüfus daha üretken bir nüfusu temsil eder (Stoddart, 2003: 8). Sağlık, ülkelerin ekonomik ve sosyal yönden kalkınmasını temsil eden bir ögedir. İyi bir sağlık seviyesi, ülkedeki tüm sektörlerdeki potansiyellerin ve kaynakların daha iyi değerlendirilmesine neden olur (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2013: 10). Sağlık, bireylerin fiziksel kapasitelerini ve zihinsel yeteneklerinin geliştirilmesinde bir unsur olarak çalışan verimliliğini destekleyen temel bir beşeri sermaye bileşenidir. Sağlıktaki iyileşmeler ve sağlığın geliştirilmesi, gelir artış hızını birçok şekilde etkiler, daha iyi sağlık doğrudan işgücü piyasasına katılımı ve işgücü verimliliğini arttırmaktadır (Bloom ve Canning, 2000: 1207; Nayihouba ve Wodon, 2018: 141). Bu sayede hem üretim çıktısı hem de üretim çıktı kalitesinin artması beklenir. Ayrıca ölüm sayısında ve engellilikte azalma yoluyla sağlık durumundaki iyileşmelerden kaynaklanan istihdama ek katılım sayesinde işgücü birimlerinin gelecekteki kazançlarının bugünkü değerleriyle değer verilerek, sağlık sermaye stoku belirlenebilir (Mushkin, 1962: 130).

Sağlık iyileşmeleriyle gerçekteşen gelir artışı bireyler ve aileler için daha yüksek yaşam standartlarına ve daha sağlıklı yaşam tarzlarına olanak sağlar (Stoddart, 2003: 8). şu anki iyi bir yaşam kalitesi, daha sonraki yaşam yıllarını uzatması beklenebilir (Williams, 1987: 5). Ülkeler daha sağlıklı ve daha üretken nüfusları arttırmak için sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Baicker, Shepard ve Skinner, 2013: 890). Kişi başına düşen sağlık harcaması ile daha uzun yaşam beklentisi arasında

¹⁰ Ekonomik performans; ekonomik büyüme veya daralma, enflasyon ya da deflasyon, istihdam ya da işsizlik, verimlilik, gelir dağılımı gibi faktörlerden meydana gelmektedir (Stoddart, 2003: 6).

pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Buna rağmen bazı ülkelerde harcama fazla olmasına rağmen sağlık durumlarında düşünüldüğü kadar bir iyileşme sağlanamamıştır. Bununla birlikte daha fazla kaynak otomatik olarak daha iyi sağlık sonuçlarına dönüşmez, harcamaların etkinliği de önemlidir. (OECD, 2019: 32,34). Burada savurgan sağlık harcamalarının ekonomik performans üzerindeki etkilerini iyileştirmek için sağlık faydasını en üst seviyeye çıkaracak sağlık kaynaklarını rasyonel bir şekilde dağıtmak için sağlık politikalarının oluşturulması gerekmektedir (Baicker vd., 2013: 890).

1.3.2.2. Ekonomik Performansın Sağlık Üzerindeki Etkisi

Küresel ekonomilerde ülke gelirleri arttıkça ülkeler zenginleşmekte ve sağlık harcamaları da gelir artışından yani ekonomik büyümeden daha hızlı büyümektedir (WHO, 2019: 16). Sağlık harcamaları sonucu düşük ölüm oranı veya yaşam süresinin uzaması gibi iyi sağlık sonuçları beklenir ve koruyucu sağlık hizmetlerine sağlık kaynağı tahsisi, sosyal refahı artıracaktır (Wang, Wang ve Huang, 2016: 2). Burada, iyi ekonomik performans sergileyerek ekonomik büyüme ve gelişmeden elde edilen kazanımların toplumsal gelir eşitsizliğini azaltıcı yönde dağıtılması önemlidir. Zira toplumdaki zengin ve fakir arasındaki fark artarak sağlık kazançları yerine sağlık kayıpları yaşanabilir (Stoddart, 2003: 9).

Bir ülke ne kadar fakirse ülkede yaşayan bireylerin o kadar hastalanma riski yüksek ve yaşam sürelerinin bir o kadar kısa olduğu gözlenmektedir. Artan refahla beraber yoksulluğun azaltılması yaşam sürelerini belli bir seviyeye kadar artırılabilir (Olsen, 2017: 11). Ülke ekonomilerinin gelişmişlik seviyesi, gelirin artırılmasının yanında kalkınmanın sağlanabilmesi için sosyal yapının da geliştirilmesine bağlıdır. (Özdemir ve Salihoğlu, 2019: 22).

Bireyin ve toplumun refahı hem ekonomik açıdan hem de psikososyal açıdan sağlığın daha iyi olması ile ilişkilidir. Bu toplumun sağlık konusundaki sosyal gradyanına¹¹ bağlıdır. İyi performans gücüne sahip ekonomiler, daha yüksek maddi yaşam standartlarına sahip bireylere ve toplumlara gelir sağlamaktadır (Stoddart,

¹¹“Sağlık konusundaki sosyal gradyan, insanların veya toplulukların sosyoekonomik durumunun iyileştikçe sağlıklarının da iyileştiği” varsayımını ifade eder (Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, 2013:12).

2003: 9). Ülke ekonomik performanslarında bir gerileme, ekonomik güvensizliğe yol açmakta ekonomik güvensizlik ise başta birey refahını ve sağlığını etkilemektedir (Stiglitz, Fitoussi ve Durand, 2018: 78). Ülke ekonomilerinde; işsizlik, gelir kaybı, büyüme oranlarının düşmesi ve enflasyon artışı gibi ekonomik performansın olumsuz seyri en başta bireylerin daha az gıda tüketmesine, gıda kalitesinin ve miktarının düşmesine neden olabilir. Bu da beslenme bozuklukları ve düşük doğum ağırlığı gibi sağlık problemlerine yol açabilir (Hopkins, 2006: 349). Enflasyon artışı ile kişilerin satın alma güçleri düşmekte en başta yoksulların gıda ihtiyaçlarının karşılanması daha külfetli hale gelerek sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Musgrave, 2004: 292).

1.3.3. Sağlık Hizmetleri ve Ekonomik Performans İlişkisi

Sağlık hizmetleri ve ekonomik performans arasında dolaylı bir ilişki vardır. Sağlık hizmetleri ve ekonomik performansın birbirleri üzerine etkileri incelenmeye çalışmaktadır.

1.3.3.1. Ekonomik Performansın Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi

Ekonomik performansın sağlık hizmetleri üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Yani ekonomik performans, sağlığı olumlu ya da olumsuz yönde etkilemesiyle ortaya çıkan sağlık hizmetini etkilemektedir (Stoddart, 2003: 9). Ulusların zenginliğini, gelirleri; sağlığını ise doğumda yaşam süreleri göstermektedir (Olsen, 2017: 11). Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerin sağlık harcaması da artmakta ve gelirden sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılmaktadır (Taşkaya ve Demirkıran, 2016: 130). Refah ekonomileri, nüfusa kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmasını sürdürme olanağı sağlamaktadır (Stoddart, 2003: 9). Bunun yanı sıra, sağlık hizmetlerine olan talep, insanların hükümetlerinden kaliteli hizmetlere erişimi artırma beklentileriyle birlikte artmaktadır (WHO, 2019: 16).

Gelişmiş ekonomilerde sağlığı geliştirici faaliyetlere harcama kapasitesi artmaktadır. Daha hızlı büyüyen ve daha istikrarlı bir ekonomi, vergi gelirlerinin tahsil edilmesini destekler. Bu gelir daha sonra sağlık ve eğitim harcamalarının artırılması için kullanılabilir. (Hopkins, 2006: 349). Bazen de yaşanan ekonomik belirsizlikler sağlığı zora sokar ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini riske atar (Türkiye Sağlıkli Kentler Birliği, 2013: 12). Kötü sergilenen ekonomik performans ile haneler,

düşen gelirlere sağlık bakımı ve eğitim gibi sağlığı geliştirici harcamaları azaltarak yanıt verirler (Hopkins, 2006 :348). Ekonomik performansın kötü olması sağlık hizmetlerine yapılan kamu harcamalarının azalmasının ve durgunluk nedeniyle kamu hastane bütçelerinin azalmasına ve örgütsel sorunlara (tıbbi malzeme kıtlığı gibi) yol açar (Mucci vd., 2016: 983).

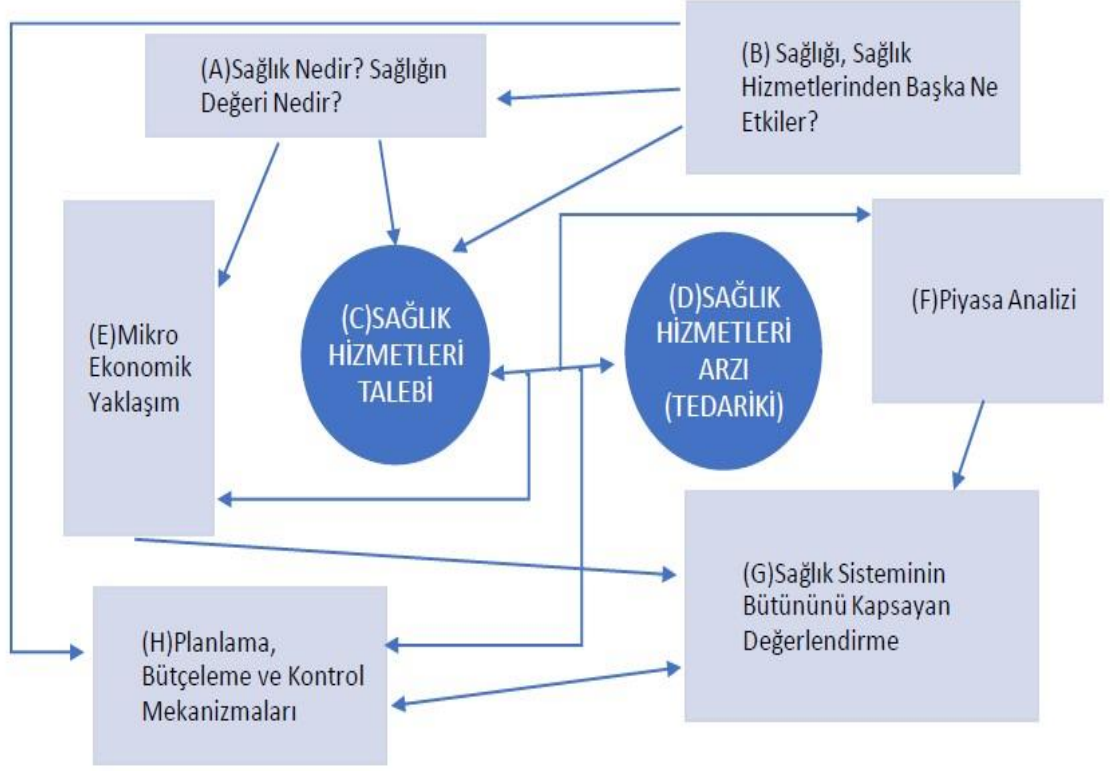
1.3.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Performans Üzerindeki Etkisi

Sağlık hizmetlerinin ekonomik performans üzerindeki dolaylı etkisi sağlık üzerindeki etki ile hissedilebilmektedir. Kaynakların sağlık hizmetlerine tahsisi ve bu kaynakların farklı şekillerde kullanımlarıyla sağlık hizmetleri ancak ekonomiyi doğrudan etkileyebilir. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamanın artması ekonomik altyapıya veya sağlığı geliştirici sosyal programlara daha düşük harcama anlamına gelebilir. Sağlık sistemlerinin düzenlenme ve finanse edilme şekli ekonomik sonuçlar doğurabilir. Örneğin, yüksek vergi oranları veya sigorta primleri çalışan nüfusun harcanabilir gelirini düşürebilir ve hem tasarrufları hem de tüketimi etkileyebilir ya da finansman mekanizması özel ya da kamu kurumlarını işletme maliyetini etkileyerek onların büyümesine veya küçülmesine neden olabilir. Sağlık sistemlerinin değeri, sağlık sunumu ile ürettiklerinden sağlık malı ile tükettiklerinden ziyade ekonomideki diğer değerli çıktılar için kullanılacak kaynaklardan gelir (Stoddart, 2003: 10).

1.4.Sağlık Ekonomisinin İşleyişi Nasıldır?

Sağlık ekonomisi, teorik ve uygulamalı olarak geniş bir alanı kapsamaktadır. Sağlık ekonomisinin terminolojisini anlamak, sağlık hizmeti hakkında düşünmeye olan potansiyel katkısının netleştirmek ve ana unsurları kavramak için sağlık ekonomisinin işleyişi bir diyagram yardımı ile Şekil 1.3' te gösterilmektedir (Williams, 1987: 2).¹²

¹² Şekil 1. 3'teki kutulardan çıkan okların yönü hangi kutuyu işaret ediyor ise gösterilen o kutu üzerine ilk olarak etkisi vardır. Diyagramın amacı okların yönündeki kutulara öncelik verilme kaydı ile sağlık ekonomisinin bütüncül ve sistematik bir şekilde anlamamıza yardım etmektir.



Şekil 1.3. Sağlık Ekonomisinin İşleyişi

Kaynak: Williams, 1987: 3¹³

(A)Sağlık Nedir? Sağlık Değeri Nedir? Bu kutuda incelenen; bireyde ve toplumda oluşan sağlık algısının ne olduğu, sağlığa ne kadar değer ve önem verildiği konusudur. Bu kapsamda birey ve toplum sağlığının nitelikleri; sağlık durumu göstergeleri ve sağlığın faydasının ölçülmesi ile bu soruların cevabını anlamak mümkün hale gelebilmektedir (Williams, 1987: 3,5).

(B)Sağlığı, Sağlık Hizmetlerinden Başka Ne Etkiler? Bu kutuda; sağlığı sadece sağlık hizmeti etkilememektedir. Bunun dışında sağlığı etkileyen faktörler; genetik, çevresel ve mesleki tehlikeler, tüketim alışkanlıkları ve davranışları, eğitim durumu, gelir seviyesi, beşeri ve fiziki sermaye gibi konular sağlığın unsurlarını belirlemektedir (Williams, 1987: 3,5).

¹³ Bu tabloya ek olarak Henderson (2012) “Health Economics and Policy,” isimli kitabında Alan Maynard and Panos Kanavos’un (2000) “Health Economics: An Evolving Paradigm” isimli makalesinden uyarlayarak yola çıktığı diyagram incelenebilir. Henderson’ın (2012) yapmış olduğu uyarlamada kutu isimleri daha sade bir dil ile ifade edilmiş ve B kutucuğu yerine Grossman (1972) çalışmasındaki sağlık üretimi eklenmiştir.

(C)Sağlık Hizmeti Talebi: Bu kutuda ise, sağlık hizmeti talebi üzerinde sağlığın değeri ve sağlığı belirleyen unsurlar etkili olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmet talebinde oluşan fiyat, zaman, psikolojik ve yasal engeller, sağlık sigortasının kapsamı, ihtiyaç, fedakârlık, doktora duyulan güven gibi konular üzerinde durulmaktadır (Williams, 1987: 3-5).

(D)Sağlık Hizmetleri Arzı (Tedariki): Bu kutu üzerinde, sağlık hizmeti talebi etkili bir faktördür. Sağlık hizmeti arz kanadında başlıca sağlık hizmeti sunmanın maliyetleri üzerinde durulmaktadır. Bu kutuda bir yandan sağlık hizmeti sağlanırken kullanılacak olan girdiler; tıbbi teçhizat, ilaçlar, sağlık personeli arzı gibi faktörler düşünülürken diğer yandan ortaya çıkan etkinlik, ücretler, tedarikçi davranışları gibi unsurlar da sağlık hizmeti sağlanmasında düşünülmesi gereken unsurlar olarak değerlendirilir. Ayrıca sağlık hizmetini sunacak yani arz edecek kurum ya da kuruluşun kar amaçlı olup olmaması da arzı belirleyecek otorite olması bakımından sağlık hizmeti üretme işinde avantaj sağlama da önemlidir (Williams, 1987: 3,4).

(E)Mikro Ekonomik Yaklaşım: Bu kutuda, sağlık hizmeti talebinde bulunan hastanın kendi sağlık algısı ile sağlığa verdiği değer, sağlık hizmet arzı ile karşılaşması çerçevesinde; bu kutu hastalıkların teşhis, tedavi ve bakım, konularıyla birlikte tedavi ve bakım sonrası tüm evrelerde sağlık hizmetini içeren yöntem, yer, zaman, fiyat ve miktarı kapsar. Ayrıca hastaların (sağlık hizmet talebi) ve hizmet sunanların (sağlık hizmetleri arzı) alternatifler arasında maliyet-etkinlik, maliyet-fayda ile maliyet-kazanç yollarının analizlerini içermektedir (Williams, 1987: 3,6).

(F)Piyasa Analizi: Bu kutuda, sağlık endüstrisi içerisinde oluşan sağlık hizmetleri piyasasının temel işlevi; sağlık hizmeti talepleri ile sağlık hizmetleri arzını dengelemek için çözüm yolları aramaktır. Dengenin oluşumunu; sağlık hizmeti fiyatları, piyasanın içerisinde sağlık ile ilgili fiyatlı ve fiyatsız düzenlemeler, dışsallıklar, piyasanın sübvansiyonu, kamu malları ve piyasa başarısızlıkları, hizmet sunucularının davranışlarını etkilemektedir ve piyasa analizi ile mevcut durumu anlamak mümkün hale gelmektedir (Williams, 1987: 3,6).

(G)Sağlık Sisteminin Bütünü Kapsayan Değerlendirme: Bu kutu, sağlık alanına uygulanan mikro ekonomik yaklaşımdan ve sağlık piyasası analizlerinden yola

çıkılarak oluşturulmuştur. Burada sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi esastır. Bu amaç doğrultusunda sağlık sistemlerinde eşitlik, kaynak kullanımında etkinlik, sağlık sisteminin finansman yollarının değerlendirilmesi gibi konular değerlendirilir. Bunun yanı sıra sağlık sistemi performansının hem bölgeler arasında hemde uluslararası arenada karşılaştırmasına imkan tanır (Williams, 1987: 3,7).

(H)Planlama, Bütçeleme ve Kontrol Mekanizmaları: Bu kutunun amacı ilaçların veya ameliyatların en uygun maliyetli yol olup olmadığı üzerinde durulmasından ziyade bütçeleme ve planlama sistemlerinin insanlara en uygun maliyetli olanı aramaya ve uygulamaya teşvik edecek şekilde tasarlanıp tasarlanmadığı üzerinde duruldu. Burada başlıca bütçeleme ve planlama sistemlerinin optimize etmek için kullanılan araçların etkinlikleri incelenir. Bunun yanında bütçe yönetimi, insan gücünün uygun kullanımı gibi alanlar da değerlendirilir. Böylelikle sistem içindeki kurallar, sağlık hizmetleri sisteminin planlanması ve sonuçlar ele alınabilir (Williams, 1987: 3,6).

1.5.Sağlık Ekonomisinin Alanı ve Gelişimi

Sağlık ekonomisi Amerikan tabipler birliği tarafından kurulan tıbbi ekonomi bürosunun 1931 yılında kurulmasıyla tıbbi meselelerin ekonomik kaygılar nedeniyle ele alınmasını gündeme getirmiştir (Rebelo, 2007: 3). Akademik bir alan olarak 1945'ten önce neredeyse hiç sağlık ekonomisi araştırması bulunmamaktadır ve nispeten o tarihten sonra 1960'lara kadar çok az çalışma yapılmıştır (Phelps, 1995: 335,336; Fuchs, 1996: 1,2). O yıllarda tıptaki bilimsel gelişmelere odaklanıldı ve izlenebilir ekonomi üzerinde duruldu. ABD'de ölüm sebepleri ve tıbbi tekniklerdeki değişiklikler hekimin kapasitesini arttırmış olmakla beraber hastalık kalıpları, sağlık hizmetlerinin organizasyonun yapısını değiştirmiştir. Buda tıbbi bakım masraflarının artmasına neden olmuştur ve bunun için ön ödemeli düzenlemeler ile bu maliyetler karşılanmaya çalışılmıştır. Ayrıca artan yaşam beklentisi, optimum bir analiz ile üretken nüfusun ve insan sağlığının yaşam kalitesini korumak ve geliştirmek için kaynakların kullanılmasının önemli hale gelmesi, sağlık ekonomisinin ortaya çıkmasında etkili olmuştur (Mushkin, 1958: 785,786). 1960'ların başında, iki Nobel ödüllü akademik çalışma sağlık ekonomisinin gelişimine katkı sağlamıştır (Sloan ve Hsieh, 2016: 1). 1963 yılındaki Arrow'un çalışması sağlık ekonomisine geniş bir

şekilde yer verdiği için hem sağlık ekonomisi bilim dalına hem de başka bilim dallarına yol gösterecek nitelik taşımaktadır (Svedoff, 2004: 139). Kenneth Arrow(1963) yazdığı makalede riskten kaçınma, ahlaki tehlike, asimetrik bilgi, gönüllü dışsallıklar ve o zamandan beri sağlık ekonomisi araştırmasında büyük rol oynayan diğer birçok konuyu çalışmasında tartıştı. Arrow'un yazdığı gibi, “Hastalıktan iyileşme, hastalığın görülme sıklığı kadar öngörülemezdir” sağlık sektörünü hem olumlu hem de normatif bakış açılarından anlamının anahtarı sağlık bakımının sonucunu oluşturur (1963, s.951). Diğer Nobel ödülü ise 1964 yılında Gary Becker yaptığı çalışmada; sağlık hizmetlerinin sağlık üretimindeki rolünü analiz etmeleri için teorik temeli sağlayan beşeri sermaye konusundaki incelemelere değinmiştir (Sloan ve Hsieh, 2016: 1). Ayrıca Selma Mushkin'in (1962) “Health As an Investment” adlı makalesinde sağlık yatırımını açıklamaya çalışmıştır, birkaç yıl sonra, insan sermayesi modelinin sağlığa uygulanması, Michael Grossman (1972) tarafından tam olarak geliştirildi (Fuchs, 1996: 2). 1960'ların başından bu yana, sağlık ekonomisi onlarca yıl dikkat çekici büyüme göstermiştir ve bu alanın geleceği de son derece parlak olacağı düşünülmektedir (Fuchs, 2000: 142).

Sağlık ekonomisinin gelişmesinde ülkelerin kalkınmışlık seviyesi etkili olmaktadır. Bir ülkenin kalkınması, üretim ve milli gelirinin artmasının yanında ekonomik, sosyal, siyasal, kültürel ve diğer alanlarda yapısal dönüşüm ile gerçekleşir. J. Fourastie ve C. Clark (1963) yapısal dönüşümü üç sektör kuramı ile açıklamıştır; ülkelerin ekonomik faaliyetlerinin (tarım, sanayi, hizmet) milli gelirden aldıkları paylar zaman içerisinde değişim göstermektedir. Ülke ekonomileri geliştikçe milli gelir içerisinde tarım sektörünün payı azalırken sanayi ve hizmet sektörüne ayrılan pay artış göstermektedir. Bu artma ya da azalma tarım sektörün en az hizmet sektörünün en fazla olduğu zaman istikrara ulaşmaktadır (Berber, 2017: 14-16). Ülkelerin kalkınmasında meydana gelen yapısal dönüşüm gerçekleşirken sektörler arası geçişte toplumun sağlığı etkilenerek sağlık sorunları farklılaşır fakat genel nüfusun sağlığı üzerinde bu geçiş sürecinin nasıl bir etkisi olduğunu tespit etmek zordur. Bu süreçlerde ülkenin ekonomik gelişmişlik seviyesi farklılaştıkça nüfus yapısı ve toplum üzerinde hastalığın yaygınlığı ve hastalığın görülme sıklığı farklılaşmaktadır ve bu da ekonomiye yansımaktadır (Jack, 1999: 27,31).



Şekil 1.4. Ülkelerin Kalkınmasındaki Yapısal Değişimin Sağlık Ekonomisi Gelişimine Etkisi

Kaynak: Jack, 1999: 27,31 bilgiler ışığında oluşturulmuştur.

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin değişimi sonucu nüfus ve hastalık yapısını farklılaştırmasıyla (Jack, 1999: 31) sağlıkla ilgili politik ve ekonomik sistemlerde düzenlemeler yapılmasını gerektirmektedir (Ener ve Yelkikalan, 2003:100,101). Son yıllarda insanların daha uzun, daha sağlıklı ve üretken hayatlar yaşamasına neden olan küresel dönüşümün gerçekleştiğine tanık olunmuştur. Daha iyi sağlık; nüfus büyüklüğü ve yapısı üzerinde derin sonuçlarıyla ülke ekonomisinin büyümesine neden olurken bir ekonominin üretken potansiyelini de iyileştirmektedir (Bloom, Canning ve Jamison, 2004: 11,12). Böylece sağlık sektöründe sağlık ve sağlık hizmetleri ihtiyacı ile harcama, finansman, maliyet gibi ekonomik etkenler farklılık göstererek sağlık ekonomisinin gelişimine öncülük etmektedir (Çalışkan, 2008:31).

Ülke ekonomileri sağlık hizmet ve ürünleri ile faaliyette buldukları ve bunun ekonomi ile ilişkisi, bize sağlık ekonomisi alanına günümüzde nasıl bir bakış açısıyla değerlendirme yapmak gerektiği Şekil 1.5 içinde açıklanmaya çalışılmaktadır. Sağlık ekonomisi raporlaması, genel sağlık ekonomisinin, toplam on iki ürün ve hizmet kategorisini kullanarak, Şekil 1.5 'te gösterildiği gibi, bir temel alan ve genişletilmiş

alanlara ayrılan, sektöre özgü bölümlendirmeden ziyade, bir ürün ve hizmeti takip etmektedir (Henke, Legler, Claus ve Ostwald, 2019: 52).



Şekil 1.5. Sağlık Ekonomisinin Temel ve Genişletilmiş Alanı
Kaynak: Federal Ministry for Economic Affairs and Energy (BMWi), 2018: 21).

Sağlığa özgü tedarik ve kullanım tablolarının derlenmesi, ulusal hesapların dengeleme koşullarını ve kavramlarını korurken, sağlıkla ilgili ürünleri ve genel ekonomi içindeki ilgili üretici kuruluşları hesaba katmak için, ulusal hesaplardan elde edilen verilerin sağlık harcama anketiyle eşleştirilmesi gerekmektedir. Bunu yapmak için, ilk olarak ürünler ve sektörler, sağlık ve sağlık alanlarının yanı sıra analiz dışı bırakılan temel ve genişletilmiş sağlık alanlarına ayrıştırılır. İkinci olarak, tablolar resmi toplanmış verilerle uyum sağlamak için toplanır. Üçüncüsü ise on iki sağlıkla ilgili kategori tanımlanmış ve somut sınıflandırmalar elde etmek için ayrıştırılmış sağlığa özgü tabloların ürün tarafında birleştirme uygulanmıştır. Sağlık ekonomisi raporları, dengeleme koşullarını ve ulusal hesap kavramlarını kesintiye uğratmadan

sağlıkla ilgili ürün ve hizmetleri ve bunların genel ekonomideki üretim sağlayıcılarını ve hizmet sağlayıcılarını açıklar nitelik kazandırmaktadır (Henke vd., 2019: 52-53).

Sağlık ekonomisi içerisindeki, sağlık piyasası koşullarında rekabet artarak sağlık ekonomisi giderek gelişmekte ve değer kazanmaktadır. Leo A. Nefiodow (2016) sağlık sektörünün gelecekte büyüme motoru olacağını ve sanayi uluslarının sürdürülebilir bir yükseliş ve tam istihdam sağlayabilmek için sağlık sektörü dışında başka bir alan bulunmadığını öngörmektedir. Nitekim güçlü bir yükseliş elde etmek için, sağlık sektörünün 21. yüzyılın taleplerine göre düzenlenmesi ve bir bütün olarak insana yayılması gereklidir. Ayrıca ekonomik ve toplumsal gelişimin odağına bir makine, kimyasal bir süreç veya donanım teknolojisi değil, fiziksel, zihinsel, sosyal, ekolojik ve manevi ihtiyaçları, sorunları ve potansiyeli olan insanı yerleştirmektedir (Nefiodow, 2016: 204, 209). Bugün yeni ortaya çıkan sağlık sektöründe; biyoteknoloji, doğal ürünler, tüm doğal gıdalar, alternatif tıp, sağlık turizmi, sağlıklı yaşam, çevrenin korunması ile tarımsal yiyecekler, sağlıklı inşaat malzemeleri, alerji yapmayan ve nefes alabilen tekstiller, aromaterapiler, müzik terapileri, kendi kendine ilaç ve kişisel bakım, işyeri sağlık yönetimi, koruyucu tıbbi kontroller, psikoloji, psikiyatri, psikoterapi, psikosomatik tıp, din ve maneviyat önemli hale gelmektedir. Sağlık ekonomisi, yeni sağlık değer zincirinin çekirdeğini oluştururken, sağlığın önemli bir rol oynadığı bir endüstri sektörü ağı (örneğin, turizm endüstrisinde sağlık turizmi veya çevre teknolojisinde sağlığın korunması vb.) gelişmeler göstermeye açıktır (Nefiodow ve Nefiodow, 2014: 347, 348). Böylece sağlık sektöründe meydana gelecek yeniliklerle beraber yapılanma sürecindeki kademeler sağlık ekonomisinin bir bilim dalı olarak gelişme gösterdiği ve sağlıkla ilgilenen hem endüstriyel sektörlerin hem de ülke ekonomilerinde sağlık ekonomisine önem verilmesi gereğini ortaya koymaktadır (Sloan ve Hsieh, 2012: 5,11).

2.BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİNİN SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ BOYUTU

Bu bölümde sağlık ekonomisinin sağlık ve sağlık hizmetleri boyutuna değinilerek öncelikle sağlık kavramı, sağlığı tanımlama modelleri ve sağlık kavramını etkileyen faktörler açıklanmaya çalışılmıştır. Ardından sağlık hizmetleri kavramı ve yapısı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetleri piyasasının özellikleri detaylı olarak açıklanmaya çalışılmaktadır.

2.1.Sağlık Kavramı

Herkes için sağlık, en değerli sermayedir. Bireyler sahip oldukları sağlık sermayesi ölçüsünde; bilgi, beceri, deneyim, eğitim ve servet gibi sermayeleri elde edebilmekte, şekillendirebilmekte ve bu sermayelere kaynaklık edebilmektedir (Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013: 57; Yıldırım, 2012: 81). Bireylerin sağlığındaki iyileşmeler ve sağlık kapasitelerinin artışı ülkenin kalkınma hedefini oluşturmakla birlikte zaman içerisinde ülke ekonomisinin büyümesine katkı sağlamaktadır (Ranis ve Stewart, 2005: 2).

Sağlık, temel bir insan hakkıdır. Sağlık, insan haklarının kullanılmasında ön bir kriterdir ve insan haklarının ayrılmaz parçasını oluşturmaktadır. Sağlık hakkı, sağlığın var olması ve sağlığın sürdürülebilmesi ile meydana gelmektedir. Sağlığın var olması: yiyecek, konut, iş, eğitim, saygınlık, yaşam hakkı ve ayrımcılık yapılmaması gibi temel insan hakları ile gerçekleşirken; sağlığın sürdürülebilmesi ise denklik, işkence, gizlilik, bilgiye ulaşma, örgütlenme ve hareket özgürlüğü yasağı, katılım gibi insan haklarının sağlıkla bileşmesiyle oluşmaktadır. Herkes nerede ve hangi şartlar içinde olursa olsun mümkün olan en yüksek sağlık standardına sahip olma, kaliteli sağlık hizmetleri alma hakkına sahiptir. Ülkeler uluslararası kurallara göre yaşam, eğitim, bilgi hakları ve bilimsel ilerlemeden faydalanma gibi insan haklarının yerine getirilmesi, sağlıkla ilgili tüm karar alma süreçlerine herkesin katılmasının sağlanması, daha sağlıklı yaşam ve sağlık hizmetlerinden yararlanılabilmesi için “kullanılabilirlik, eşitlik, kabul edilebilirlik, kalite” ilkelerini hayata işlemek ve bu unsurları kapsayan sağlık hakkının gerçekleştirilebilmesine olanak sağlamakla yükümlüdürler (WHO,

2017: 6; UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), 2000: 1,2).

İnsanoğlu için sağlık veya sağlıklı olmak ifadeleri büyük öneme sahiptir. Sağlık, bireylerin yalnızca nasıl bir hissiyat içinde bulunduğunu değil, toplumdaki konumunu ve topluma ne Şekilde dahil olduğunu da etkilemektedir. Sağlık kavramı çeşitli deneyimler, olaylar ve yorumları içinde bulundurmaktadır. Ayrıca bu kavram sosyal kurama ve bağlama göre tanımlanması ve ölçülmesi zor olabilir. Bu sebeple, bireyler, gruplar ve toplumlar, hastalığı neyin meydana getirdiğini ve sağlık kavramının ne anlama geldiği konusunda çok farklı görüŐlere sahip olabilirler (Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2014 :3). Sağlık kavramı kimi insan için “iyi hissetme hissi” olarak kabul edilirken kimi insan için sağlık, “hasta olmamak” ya da hastalanırsa, “abuk iyileŐmek” anlamına gelmektedir. Çoğunluğa göre ise sağlık, az veya hiç acı hissetmeden yapmak istenilen Şeyi yapabilmek olarak ifade edilir (Beale, 2017: 3). Sağlık kavramı tanımlanırken olumlu ve olumsuz iki farklı Şekilde ifade edilmektedir. Olumsuz tanımlamaya göre sağlık, “hastalık ve semptomların yokluğu” Şeklinde tanımlanmaktadır (Aggleton, 1990: 5; Boyd, 2000: 12; Romano, 1950: 409; Ware, 1979: 479). Bu ifadeye bağlı olarak sağlık kavramı, hastalık kavramı çerçevesinde değerlendirilmekle beraber belirli yakınma hissi veya sakatlık durumu olmayan herkes, sağlıklı olarak kabul edilmektedir (Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013: 57). Olumsuz tanımın aksine olumlu Şekilde tanımlanan sağlık kavramı, hayatın içinde bulunan her olumlu özelliği sağlığın bir parçası olarak görür (Julius,1990: 425) ve sağlığı belirli niteliklerin bulunması çerçevesinde değerlendirir (Aggleton, 1990: 7). Yani sağlık, bireylerin yaşam içerisinde sağlık taleplerini karŐılayabilmesi olarak görülmektedir (Julius, 1990: 423). Olumlu anlamda başka bir tanımlamaya göre sağlık, bir organizmanın, aşırı ağrı, rahatsızlık, sakatlık ve sosyal kapasitesi ile hareket kısıtlamalarından arındırılmıŐ belirli bir dengeyi koruyabilme kapasitesinden meydana gelmektedir (Romano, 1950: 409). Olumlu sağlık tanımlarını daha da artırmak mümkündür. Bunlardan biri de Dünya Sağlık rgt’nün (DSÖ) yapmış olduğu tanımlamadır.

Evrensel ve ideal olarak kabul edilen DSÖ’nn yaptığı tanımlamaya göre: “Sağlık, sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal

yönden tam bir iyilik halidir.” (WHO, 1948: 1). Bu tanımlama kişinin sağlığının, hastalık veya hastalığın yokluğundan çok daha fazla işlevselliğe sahip olduğunu vurgular (AİHW, 2014: 3) ve sağlıklı olmanın zihinsel, sosyal ve fiziksel her yönüyle ve tüm boyutlarıyla esenliğe ulaşmak ile gerçekleşeceği üzerinde ağırlıklı olarak durmaktadır (Crombie ve Davies, 1996: 4). Günümüzde DSÖ’nün yaptığı sağlık tanımlaması ve yapılan birçok tanımlama eleştirisi almaktadır. Çünkü yapılan sağlık tanımlamaları sağlıklı, düzenli ve tutarlı bir şekilde açıklamamakta ve ayrıca sağlığın evrensel ve karşılaştırılabilir bir ölçüt olarak değerlendirilmesine imkan tanımamaktadır. Ayrıca üzerinde durulması gereken bir husus ise yapılan sağlık tanımlamasının sağlığımızın neden bizim için önemli olduğu konusuna vurgu yapması ve verilen bu önem sebebiyle bize niçin sağlık hizmetlerine ve sağlık bilimi kurumlarına bu kadar büyük bir toplumsal yatırım yaptığımızla ilgili temel değerlerimize uyum sağlayabilme özelliklerini taşımasının gerekliliğidir (Stucki, Rubinelli ve Bickenbach, 2018: 442). Oysaki uygun ölçülebilir bir sağlık tanımlaması ile nüfusun sağlık ihtiyaçlarını tahmin etmek, toplum sağlığına müdahaleleri değerlendirmek, sağlık hizmet kalitesini değerlendirmek, hastaların kendi sağlıklarını yönetebilme imkanı, klinik karar verme sürecinde bilgilendirme, sağlıkla ilgili kaynak dağıtımı vb. daha kolay hale gelebilir (Huber vd., 2011: 1-3).

2.1.1.Sağlık Kavramı Tanımlama Modelleri

Sağlık kavramının belirli bir çerçevede anlaşılması ve değerlendirilebilmesi için farklı sağlık tanımlama modelleri ile ele alınmasında yarar vardır. Sağlık kavramını daha kolay anlamak için belirli sağlık tanımlamaları oluşturulmuş ve kategorilendirilmiştir. Sağlık tanımlama modellerini içinde bulunan çağın gereklerine göre oluşan ihtiyaçlar doğrultusunda kapsamlarını farklılaştırarak şekillendirmek ve çoğaltmak mümkündür. Önemli ve temel nitelikte olan sağlığın tanımlanmasında ana tema oluşturabilecek özellikteki birkaç model ele alınıp anlatılmaya çalışılmaktadır (Larson, 1991: 2; Edlin, Golanty ve Brown, 2000:4).

2.1.1.1.Tıbbi Model

Sağlığın en yaygın kabul edilen tanımlarından biri tıbbi modeldir. Tıbbi model sağlığı en sade anlatımla “hastalığın olmaması” olarak tanımlar ve sağlıklı olma halini

hastalığın ciddiyetiyle ölçer (Scriven, 2017: 5). Model sağlığı tanımlamaya çalışırken vücudu çalışan ve tamir edilmesi gereken bir makine gibi görmektedir. Kişinin vücudunda bir rahatsızlık yoksa, kişinin sağlıklı olduğu kabul edilir. Vücut patojenlerle enfekte olmuşsa ya da vücutta sistem veya organ bozukluğu varsa, hastalık ortaya çıkar (Raphael, 2009: 1, 2). Modelin en önemli noktası hastalığın altında yatan patolojik süreci ve bunların mümkün olabilecek etkilerini ortaya çıkarmaya çalışmasıdır. Bu modelde daha çok bireyin fiziksel hastalıklarının tedavisi vurgulanır ve bu yaklaşımla hastanın sosyal durumu veya maruz kaldığı çevre gibi sağlığını etkileyen diğer önemli etkilerin gücü göz ardı edilmektedir (Bury, 2005: 3,4). Tıbbi model, hastalığı bir halk sağlığı sorunu olarak görür ve hastalık durumlarının tedavi edilmesi ve kolayca teşhis edilmesine olanak sağlar (Scriven, 2017: 5). Ayrıca şu da bir gerçektir ki toplumun sağlığını geliştirmek için sadece bilinen hastalıkları tedavi etmekten daha fazlasını yapmaya ihtiyacı vardır (Ahmed, Kolker ve Coelho, 1979:7).

2.1.1.2.Holistik Model

Holistik sağlık modeli, dünyada yaygın olarak kullanılan ve DSÖ'nün yapmış olduğu sağlık tanımlaması ile benzer özellikler taşır ve bu model tıbbi modelin bir alternatifi olarak değerlendirilir (Larson, 1991: 13). Modelin odağı çeşitli boyutlardan meydana gelen sağlık kavramını “bütünsel” olarak incelenmesidir. Burada sağlık kavramını oluşturan her bir boyutun etkisi ve boyutların birbirleriyle etkileşimi bir bütün olarak ele alındığı için önem kazanmaktadır (Naidoo ve Wills, 2016: 4). Bu model, insan vücudunu bir bütün olarak ele alır ve kişiyi fizyolojik, zihinsel, duygusal, sosyal, manevi ve çevresel açılarından incelemektedir (Edlin vd., 2000: 6). Modelde sağlık kavramının bütünü oluşturulan psikolojik, duygusal, sosyal ve manevi farkındalıkların en az bedensel farkındalık kadar önemli olduğuna dikkat çekmekte de yarar vardır (Lyng, 1980: 81).

2.1.1.3.Yaşam Modeli

Yaşam modeli ya da iyilik modeli olarak bilinen modelde sağlık kavramı zindelik ile bağlantılı olarak açıklanmaktadır. Zindelik, en sade anlamı ile bireylerin yaşamı ve çevresiyle ilgili memnun olma, olumlu hissetme duygusu ve genel bir mutluluk halini ifade eden bir ölçüdür. Sağlık ve zindelik kavramlarının merkez

noktası bireylerin yaşamlarını fiziksel, sosyal ve duygusal açıdan belirli bir dengede tutmaya çalışmasıdır. Sağlıklı yaşam modeli, bireyin kendisi ve çevresiyle uyum içinde yaşam kalitesini artıran sağlıklı bir dengede olmayı sağlayan dinamik ve zinde bir yaşam sürecini içerir. Model bireylerin yaşamları üzerinde duygu ve davranışlarını yönetebilme, yaşamları hakkında karar verme ve sağlıklarını geliştirebilme imkanı verir. Burada bireylerin fiziksel, zihinsel, iyi ve zinde olma duygusu ile sağlıklı davranışlarda bulunması, bireysel sağlıklı yaşam kalitesini oluştururken rekreasyon, kültür ve değerler ögeleri ve bu ögeleri teşvik eden ortamlar, kişinin genel sağlık yaşam kalitesini oluşturmaktadır (Beale, 2017: 5). Bu sayede insanlar ve çevreleri arasındaki oluşan sosyo-ekolojik ilişki, toplum sağlığı ve insanların zinde hissetmelerini destekler ve sağlık kapasitelerini geliştirebilmelerine olanak sağlar (McMurray ve Clendon, 2015: 8).

Yaşam modelinde zindelik, esenlik, iyi olma haliyle sağlık, bireylerin ve grupların optimal sağlık durumunu da kapsar (Naidoo ve Wills, 2009: 325). Optimal sağlık, yaşam döngüsü içerisinde dinamik bir şekilde yaşam taleplerine göre değişmektedir. Bu çerçevede sağlık; yaş, kültür ve kişisel sorumlulukla karşılanabilen bir ölçüde yaşam talepleriyle uyumlu fiziksel, zihinsel ve sosyal bir potansiyel ile karakterize edilen dinamik, iyi ve zinde hissetme durumunu ifade eder (Bircher, 2005: 335). Sağlıklı yaşam modelinde sağlık duygusal, entelektüel, manevi, mesleki, sosyal ve fiziksel yaşam olmak üzere farklı boyutlardan meydana gelmektedir. Boyutların her biri genel sağlık ve yaşam üzerinde etkiye sahiptir ve boyutlar yüksek sağlık seviyesine ya da optimal sağlık seviyesine sahip olduğunuzda, birbirleriyle entegre şekilde ve birlikte çalışmaktadır (Edlin ve Golanty, 2012: 8,9).

2.1.1.4.Ekolojik Modeli

Modern bilimin bir parçası olan ekolojik model, medikal modele bir tepki olarak geliştirilmiştir. Modele göre bireyler, sosyal ve çevresel bir bütünün parçasını oluşturan ağlar içerisinde yer alan organik yapılardır. Sağlık kavramı bireylerin yaşam tarzlarına ve içinde buldukları toplumun sosyo-ekonomik durumuna göre şekillenmektedir (Blaxter, 2010: 17-19). Çevre modelinde, bireyler ve farklı sistemlerin etkileşimi çevre bağlamında analiz edilmeye çalışılarak sistem teorisinin bir ürünü haline gelmektedir. Bu sayede farklı kültürler, farklı organizmalar ve sistem

içerisindeki bileşenlerin etkileşimleri geniş ve küresel bağlamda kişinin sağlığı üzerindeki etkisi incelenme imkanı bulur (Larson, 1991: 5,6). Canlı olmayan çevrenin; bitki, hayvan, mikroorganizma grupları gibi canlı olan türlerle etkileşimi ile işlevsel ve dinamik ekosistemler meydana gelmektedir. İnsanlar ekosistemlerin canlı ve önemli birer parçalarıdır. Ekosistemler insanlara maddi ve manevi kaynaklar sağlarlar. Maddi olarak gıda, yakıt, enerji, lif, temiz su, toprak, hava, hayvansal ve bitkisel ürünler gibi. Manevi olarak ise kültürel, manevi ve dini değerler, bilişsel gelişim, yansıma, rekreasyon, yerel mekan duygusu, kültürel miras gibi. Ekosistemlerin düzenlenmesi ile hava kalitesi bakımı, iklim düzenlemesi, erozyon kontrolü, kentleşmenin yapılanması, insan hastalıklarının düzenlenmesi, taşkınların önlenmesi, kuraklığın engellenmesi, suyun arıtılması, radyasyonun önlenmesi, çevre kirliliğinin azaltılması, atık yönetimi, yaşamak için güvenli yerler, gıda güvenliği, yoksulluğun azaltılması, sağlık hizmetlerine kolayca erişim imkanı sağlanır. Bu sayede insanlar sürdürülebilir bir çevrede sağlıklarına özen gösterebilirler. Bireyler iyi bir yaşam için gelir elde etmek ve sağlık hizmetine erişimi önemser. Sağlık ve sağlıklı olmak, maddi ve manevi kaynaklara erişim, sosyal ve kültürel ilişkiler düzeyinde insanın özgür seçimleri doğrultusunda yerelden başlayarak küresel bir boyuta ivme kazanan çevrenin önemini vurgulayan iyi bir yaşamı temsil etmektedir (Millennium Ecosystem Assessment, 2003: 5,8).

Ekolojik modelde sağlık kavramı, insan biyolojisi, sosyal ve fiziki çevre, kalıtım, kişilerin yaşam tarzı ve alışkanlıkları, eğitim, istihdamı, sağlık bakım hizmetlerine ulaşım ve sağlık sistemleri için yöntemler gibi farklı faktörler tarafından belirlenmektedir. Sağlık uzmanlarına göre ekolojik modelde sağlığa etki eden genetik risk faktörlerinin ilerisine uzanan çevresel, sosyal, eğitim ve davranışsal faktörlerin birey, toplum ve grupların sağlığı üzerindeki etkisinin sebebi araştırılmalıdır (The National Academies, Institute of Medicine, 2003: 25,8). İnsanların daha iyi bir yaşam ve sağlığa sahip olabilmeleri için ekosistemlerin kullanımı, düzenlenmesi ve korunması ile sürdürülebilirlik sağlanabilir. Daha iyi bir ekosistem içinde ekolojik ve sosyal sistemlerin incelenmesi sağlam politika ve yönetim müdahaleleri ile etkin hale gelebilir. Birey ve toplum sağlığı içinde sağlık sistemlerinin yönetimi, sağlık

hizmetleri sunumu gibi faaliyetler de önem kazanmaktadır (Millennium Ecosystem Assessment, 2003: 1).

2.1.2.Sağlığı Etkileyen Faktörler

Sağlığı etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Sağlık durumu, bir kişi üzerinde anlık ve belirli etkileri oluşturabilen faktörlerin farklı kombinasyonlarının bir sonucunu ifade eder. İyi bir sağlık için sağlığı belirleyen unsurların neler olduğunu belirlemek önemlidir. Başlıca sağlık durumunu; cinsiyet, ırk, aile, manevi inanç, kültür, arkadaş çevresi, gelir düzeyi, sosyal yaşantı, sosyal sınıf, yaş, istihdam durumu, meslek, çalışma koşulları, sağlık hizmetleri, kişinin kendine olan güveni, eğlence ve alışverişe kolayca ulaşabilme imkanı, konut, eğitim seviyesi, küresel gıda politikaları, çevre kirliliği ve daha pek çok şey etkiler (Scriven, 2017: 10). Sağlık hem kişisel hem de toplumsal faktörlerden etkilenmektedir. İnsanların içinde yaşadığı sosyal ve fiziki çevre, çalıştıkları iş ortamı dahil sosyal ilişkilerinde ve aileleri ile ilişkilerinde üstlendikleri yaşamsal rol ve statüler, içinde yaşanılan çevrenin sosyo-ekonomik özellikleri ve kültürel yapısı insanların nasıl sağlıklı olduğu konusunda bilgi verir Profesör Béatrice Majnoni d'Intignano'ya göre sağlığı; bireyin biyolojik ve genetik yapısı, toplumdaki yaşam riskleri, bireyin maruz kaldığı çevre, bireyin davranışı, dahil olunan sosyal grup ve bireyin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla kullandığı sağlık hizmeti sistemi belirlemektedir (Zöllner, Stoddart ve Selby Smith, 2003: 1,3). Blum (1974), Dever (1976) ve Lalonde (1974) göre insan sağlığı üzerinde; çevre, yaşam tarzı, insan biyolojisi ve sağlık bakım hizmetleri olmak üzere dört merkezi faktör etkili olmaktadır. Blum'a (1974) göre insan sağlığı üzerindeki bu dört merkezi etkinin arka planında nüfus, kültürel sistemler, zihinsel sağlık, doğal kaynaklar ve ekolojik sistemler olmak üzere beş faktör yer alır ve bu faktörlerin birleşimiyle merkezi faktörler desteklenir. Bu sayede merkezi faktörlerin sağlığa etkisinin ne ölçüde olduğu ve sağlığa ne şekilde katkı sağladığı ortaya konmaya çalışılmaktadır (VanLeeuwen vd., 2001: 206, 207). Bireyler veya çeşitli düzeylerde bulunan grupları oluşturan aileler, dernekler, çalışma grupları, topluluklar ve ulusların sağlığına etki eden faktörler; sosyal çevre, fiziki çevre, genetik yatkınlık, bireysel davranışlar ve sağlık hedefini merkez alan çeşitli sağlık politikalarını kapsayan sağlık bakımı hizmetleridir (Evans ve Stoddart, 1990: 1354,1357,1359).

Merkezden çevreye yani bireyden topluma sağlığı etkileyen faktörler gökkuşağına benzeyen etki katmanları şeklinde kavramsallaştırılabilir. Bireyin sağlığını merkezde kısmen sabit faktörler yaş, cinsiyet ve anayasal nitelikler etkilerken uygulamalarla etrafındaki katmanlar ise politik değiştirilebilir uygulamaların etkisinden oluşmaktadır. Sağlığı etkileyen merkezde yer alan faktörlerin dışını sarmalayan ilk katmanda bireyin alışkanlıkları, davranış biçimleri ve hareketli bir yaşam tarzı yer alır. İkinci katmanda, bireyin kendi ve yakın çevresinde yer alan iletişim ve etkileşim halinde olduğu grup ya da topluluklar, sosyal normlar ve ağlar yer alır. Üçüncü katmanda bireyin kendini koruma yeteneği, yaşam şartları, istihdam koşulları, iş çevresi, yiyeceğe ulaşım, barınma, eğitim, işsizlik, sağlık hizmetleri, güvenli tarım ve gıda üretimi, su ve sanitasyon yer alır. Sağlığı etkileyen son katmanda ise sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler bulunmaktadır (Dahlgren ve Whitehead, 2007: 20).

Bireylerin sosyal, kültürel, yaşam ve çalışma koşulları ile sağlığı arasındaki yakın ilişkinin somut hali, sağlığın sosyal çevreye nasıl duyarlı olduğu konusunda yeniden değerlendirilmesine sebep olmaktadır. Sosyal çevre ve sağlık arasındaki ilişki kişinin sosyal konumu bağlamında vurgu yapılması gereken bir etkiye yol açmaktadır. Gelir, eğitim, istihdam koşulları, güç ve sosyal destek gibi faktörler bireylerin ve toplumların sağlığını güçlendirmek ya da zayıflatmak için hareket eder. Bireyin daha iyi fiziksel sağlığa kavuşmak ve daha uzun yaşamasının altında yatan güçlü etkiler, yeni ve modern bakış açısıyla sağlığın sosyal belirleyicilerine ağırlık verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Wilkinson ve Marmot, 2003: 7). Bu bakımdan kişinin sosyal sağlığını; maddi olanaklara erişim, psikolojik ve toplumsal ilişkiler, davranış kalıpları, genetik faktörler ve sağlık sistemi etkilenmektedir (Solar ve Irwin, 2010: 5,6).

Sağlığın her bir boyutunu ayrı ayrı değerlendirmek ve sağlık belirleyicilerini detaylı incelemek mümkündür. Bu kapsamda sağlık boyutlarının içeriğini toplum sağlığı, sosyal sağlık, duygusal sağlık, fiziksel sağlık, manevi sağlık, zihinsel sağlık, kadın sağlığı, çalışan sağlığı, cinsel sağlık, çevre sağlığı ve daha pek çok sağlık çeşidi şeklinde çoğaltmak ve her birisinin altyapısında farklı faktörlerden meydana geldiğini görmek mümkündür. Genel kapsamlı bir ölçü olarak kabul gören geniş bir perspektifle

sağlık kavramını açıklayan sağlık modelleri ile sağlığı belirleyen faktörler açıklanmıştır. Fakat açıklanan sağlık alanı modellerinin boyutlarının kapsama düzeyi her bir bilim adamının görüşüne göre farklı içeriklerden meydana gelmektedir. Burada bilim adamları tarafından ortak kabul gören sağlığı belirleyen temel birkaç sağlık faktörünü detaylı incelenmekte ve önemli olan sağlığı etkileyen faktörlerin neler olduğuna değinmekte yarar vardır (Scriven, 2010: 6,7).

2.1.2.1.Çevresel (Fiziki) Faktörler

Bireylerin ve toplumların sağlığını ve refahını sürdürebilmek için doğada ekolojik süreçler ve doğal kaynaklar bulunmaktadır. İnsanların yaşam biçimi ve doğada bulunan yaşam biçimleri arasındaki karşılıklı etkileşim yaşamın devamı için önemlidir (Public Health Association of Australia, 2018: 2). İnsanın çevresindeki hava, su, gıda, toprak gibi doğada hazır halde bulunan maddi kaynaklar ve bunların dolaylı etkileri sağlığı etkilemektedir (Hickman, 2002: 2). Yaşam döngüsü içerisinde insan sağlığı, hayatın her şeklinden ve açısından etkilenme eğilimi içerisinde. İklim ve coğrafya gibi çevresel değişimler, sağlıklı yiyeceklerin varlığı, huzur ve ferahlık, yaşanılabilir bir konut, nefes almak için temiz hava, içmek için temiz su (Edlin ve Golanty, 2012: 9), yaşama elverişli sıcaklık ve yağış, bitkileri yetiştirmek için verimli topraklar, insan sağlığına yararlı malzemeden meydana gelmiş konut, şiddetli hava olayları, deniz seviyesinin yükselmesi, radyasyon, kimyasal tehlikeler, halka açık alanda gürültü ve ses, elektromanyetik tehlikeler, kolay ulaşım, biyolojik tehlikeler ve daha fazlası (Gruszin vd., 2010: 5) insanın çevresinde ve ekosistemde yer alan kaynakların insan ile etkileşimleri sonucu insan sağlığı olumlu ya da olumsuz şekilde etkilenmektedir.

2.1.2.2.Sosyal ve Ekonomik Faktörler

Sosyal, kültürel, ekonomik ve politik açıdan toplumda yer alan mekanizmalar içerisinde kişinin; geliri, eğitim düzeyi, cinsiyeti, ırkı ve mesleği çerçevesinde sosyal ekonomik statüsü farklılaşır ve kişi toplumsal bir sınıf içinde yer alır. Bu da kişinin hem sosyal hem de ekonomik boyutlarıyla sağlığını bireyden topluma ya da toplumdan bireye sağlığın nasıl şekillendiği hakkında bilgi vermektedir (Solar ve Irwin, 2010: 35). Sosyal ekonomik konumu farklı olan bireylerden refah durumu düşük olan

bireylerin yaşam beklentileri daha azdır ve rahatsızlıkları daha fazladır (Wilkinson ve Marmot, 2003: 7). Sağlığın sosyal ve ekonomik boyutu kişilerin sahip olduğu sosyal ekonomik statü ve tabii olduğu toplumsal tabaka ile kişiler arasında sağlığın dağıtımında farklılıklar olmasına ve sağlık eşitsizliklerine neden olmaktadır. Yeniden dağıtım politikaları ve refah mekanizmaları sayesinde sağlık sistemi aracılığıyla yaşanan maruziyetler ve rahatsızlıklar azaltılmaya ve sağlığa erişim imkanıyla sağlık eşitliği sağlanmaya çalışılmalıdır (Solar ve Irwin, 2010: 4-6, 36). Bu bakımdan en varlıklı ülkelerde bile dezavantajlı grupların sağlık durumundaki zaman içerisinde meydana gelen değişiklikler sosyoekonomik politikaların başarısını göstermektedir (WHO, 1998: 78).

2.1.2.2.1.Sosyal Faktörler

Bireylerin sağlığı; sosyal sermaye, kültür, etnik köken, cinsiyet, dil, dini inanç, tutumlar, güvenlik, sosyal sınıf, sosyal destek ağları ve güven ekseninde sosyal açıdan etkilenmektedir (Gruszin vd., 2010: 5). Birey ya da gruplar tarafından paylaşılan coğrafya, gelenek, etnik kimlik, alışkanlıklar, inanç ile değerler çerçevesinde şekillenen bir dizi konvansiyonel uygulama ve davranışlar kültürü meydana getirerek kişilerin ya da toplumların sağlık ve hastalık yapısını, sağlık algısını, refahı anlama şeklini, değer sistemlerinin sağlık kavramı ve sağlık bakım uygulama sistemi ile nasıl ilişkili olduğu konusunda bakış açısı sunarak sağlığı temelden etkileyen sosyal yapının temelini atar (Napier vd., 2014: 1609,1610). Bireyler; aile, sevenler, işverenler, iş arkadaşları, okul arkadaşları ve insanın yaşamında yer alan diğer insanlar ile ilişkilerinde sosyal bir ortama katılır (Edlin ve Golanty, 2012: 9). Sosyal ağa ait olan kişiler, iletişim ve karşılıklı olarak alınan sorumluluklarda kendilerinin önemseydiğini, sevildiğini, saygıdeğer ve değerli olduğunu hisseder ve bu insanların sağlığı üzerinde güçlü ve koruyucu bir etki oluşturmaktadır. Sosyal ağlar içerisinde insanlar birbirlerine sosyal destek sağlarlar ve karşılıklı ihtiyaç duydukları duygusal ve olumlu duygular onları mutlu hissettirir. Destekleyici ilişkiler ile hem birey hem de toplum daha sağlıklı yaşam ve davranış biçimleri kazanabilir. Ayrıca destek sayesinde sosyal izolasyon ve ayrımcılığın azaltılması mümkün olabilir (Wilkinson ve Marmot, 2003: 22). Toplumda gelir eşitliğinin sağlanması, siyasal katılımındaki denklik, kutuplaşmaların olmaması, etnik köken ayrımcılığının olmaması ya da karşılıklı kurallar bağlamında güven

ilişkinin güçlü sosyal bağların kurulması yani sosyal sermayenin sağlanması, sosyal uyum ile gerçekleşmektedir. Sosyal uyum bağların kurulmasıyla beraberinde toplumsal bütünlüğü getirir. Sosyal uyum ve sosyal sermaye kavramları toplumun kolektif boyutunu oluşturur; bireyler seviyesinde ise sosyal ağlar ve sosyal destek kavramları önemli hale gelir (Kawachi ve Berchman, 2000: 175). Böylece sosyal ağ içerisinde sosyal sermaye, sosyal destek, karşılıklı güven, dayanışma, sosyal uyum gibi insanda olumlu hisler uyandıran duygular insanların sosyal sağlığını bireysel ve kolektif olarak etkiler ve sahip olunan sosyal sermaye veya sosyal destek sayesinde sosyal ayırım, sosyal izolasyon, dışlanma gibi ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar ve muhtemel olan sağlık risklerinden korunmak ve böylece daha sağlıklı kalmak mümkün hale gelir.

2.1.2.2. Ekonomik Faktörler

Bireylerin veya toplumların sağlığı ve ekonomik refahı karşılıklı olarak birbirlerini etkilemektedir. Bu ilişki; “kazanan olmak, kazanan bir takımda olmak ya da sadece kazanan bir takım ile ilişkili olmak” şeklinde ifade edilebilir (Evans ve Stoddart, 1990: 1358,1359). Ekonomi, kişilerin ve toplumların sağlık durumunu etkilerken; kişilerin ve toplumların sağlık durumu da gelir ve ekonomik büyüme üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Bunun bir sonucu olarak ülkede zenginler ve yoksullar arasındaki gelir ve sosyal statü farkları ne kadar fazlaysa, toplumun sağlık durumundaki farklılıklarda o derecede farklı olur. Bu açıdan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlık için kaynakların varlığı ile kişilerin sosyal destek ağlarına ve sosyal çevrelere karışması mümkün hale gelir (Mühlbacher, 2008: 547). Sağlığı; eğitim, meslek, istihdam durumu, finansal kaynaklar, sağlık okur yazarlığı, endüstri, hizmetler, sistemler ve politikalar, hanenin mevcut durumu ve yaşam standartları ekonomik açıdan etkileyen faktörlerdir (Gruszyn vd., 2010: 5). Sağlık dinamik bir olgudur, her insanın sağlık potansiyeli ve ihtiyaçları birbirinden farklıdır. Sağlık için çalışmak kişisel ve toplumsal bir sorumluluk olmakla beraber insanların yaşam standartlarını daha üst seviyeye taşımalarını ve güçlendirmelerini sağlar (Scriven, 2017: 8). İnsanların çalışma ortamları da kişilerin sağlığını etkilemektedir. İşyerindeki havalandırma, iş ekipmanlarının eksikliği, zayıf iletişim, motivasyon, ergonomik olmayan eşyalar, aydınlatmanın yeterli düzeyde olmaması, çalışma ortamındaki

yüksek ses, zayıf kişisel koruyucu ekipman, iyi tasarlanmamış iş istasyonları, kötü çalışma planı, koordinasyon eksikliği, iş öğreticisinin pozitif yaklaşımı, iş memnuniyeti, işyerine uyum gibi durumlar kişinin sağlığını ve çalışma verimini pek çok açıdan etkilemektedir (Edem, Akpan ve Pepple, 2017: 261). Temel insan sermayesi olan sağlığın teşviki ile insanların fiziksel kapasitesi ve zihinsel yeteneklerinin gelişimine olanak sağlanır ve bu sayede sağlık, iş tatmini ve çalışan verimliliğini destekleyen bir unsur haline alır. İnsan sağlığındaki iyileşmeler ile ülke gelirinin artışı sağlanmakla beraber daha sağlıklı ve mutlu olan bireylerin doğrudan işgücü piyasasına katılımı artar ve işgücü piyasasındaki verimliliğin artışı da ülke ekonomisine katkı sağlar (Strauss ve Thomas, 1998: 766-768).

2.1.2.3.Sağlıklı Seçimler ve Davranışsal Faktörler

Sağlık, doğuştan sahip olunan genetik faktörler ve kişinin biyolojik yapısı ile başlar, kültür ve sosyal destek ile yaşam taleplerine göre şekillenerek alınan kişisel sorumluluk sayesinde bireylerin sağlık potansiyelleri farklılaşarak kimileri daha sağlıklı olurken kimileri daha sağlıksız olmaktadır. Bu nedenle sağlık kavramı dikkate alınan kişinin hem geçmişini hem de geleceğini etkilemektedir (Bircher, 2005: 335,338). Bu çerçevede de insanların süregelen hayat içerisinde yaşam tarzları, davranış biçimleri, alışkanlıkları ve potansiyel olarak alternatifler arasında sağlık için yapılan her seçim sağlığının nasıl oluştuğu ve belirlendiği konusunda kişinin sağlığını etkilemektedir. Bireyin neler yediği, nasıl beslendiği, spor alışkanlığı, hareketli bir yaşam sürdürmesi, sağlıklı besinler tüketmesi, alkol ve sigara gibi sağlığa zararlı alışkanlıklarının bulunması (Raphael, 2009: 1), düzenli sağlık kontrolleri, ilaç kullanımı, hijyen, güvenlik, aşılama faaliyetlerine katılım, bireysel sağlık uygulamaları ve yaşam beceri(Norman ve Conner, 2017: 895), sağlık hizmetleri talebi, sağlık hizmetleri kullanım davranışı, tıbbi tedaviye uyum, ağrı ve hastalığa karşı davranışlar, tarama faaliyetlerine katılım (Gruszin vd., 2010: 5) bir kişinin sağlığını etkileyen unsurlardandır. Kişilerin yaşam tarzları, genellikle sosyalleşme ile kazanılır ve içinde yaşanılan kültür ve toplumsal sınıfa göre farklılık göstermektedir (Kundzewicz, 2008: 515). Bireylerin davranış biçimleri ve alışkanlıkları sağlıklı yaşamın kökeni olan çocuklukta oluşmaya başlar. Bu açıdan kişisel ve toplumsal sağlık için maddi bakımdan destek sağlanması önemlidir (Mühlbacher, 2008: 547).

Kendilerini güvenli ortamda hisseden bireyler yaşam biçimi alternatiflerine sahip olup daha rahat sağlıklı yaşam tercihlerine sahip olabilirler. Böylece beslenmek için gıdaya kolayca erişim imkanı, çeşitli etkinliklere katılımın daha rahat olması, ailelerin daha çok çocukları ve yaşlı aile üyeleri ile vakit geçirmesine ve sosyalleşmesine olanak sağlanır. Ülkeler tüm nüfusunu kapsayıcı politikalar ile herkesin yaşanılan topluma katılımına, yüksek kalitede ve mutlu bir hayatı devam ettirmeleri için fırsatlar verir (McMurray ve Clendon, 2015: 8).

2.1.2.4.Sağlık Hizmeti Faktörü

Sağlık hizmetlerinin sağlık üzerindeki etkisi diğer sağlığı etkileyen temel faktörlere kıyasla daha azdır ve sağlığı belirleyen temel faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri hem bireysel hem de nüfus sağlığındaki bozulmanın önlenmesi, hastalık semptomlarını hafifletmek, ağrı ve hastalıkla başa çıkmada yardım sağlama, yetkililerden danışmanlık alma, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi, sağlığın iyileştirilmesi ve teşviki gibi tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Hickman, 2002: 2; Shi ve Singh, 2008: 54).

Hastalandığımızda sağlık hizmetlerine erişim önemlidir (Hickman, 2002: 2). Sağlık hizmetlerine erişimin boyutu hem mevcut insan ve fiziksel kaynakların varlığı hem de belirli kişilerin bu kaynakların hizmetlerini alıp almayacaklarını belirleyen idari ve finansal sistemlere bağlıdır (Evans ve Stoddart, 1990: 1350). Ulusal açıdan ülkenin ekonomisi, izlediği siyaseti, kültürel ve tarihi kökeni, sahip olduğu teknoloji ile takip edilen politikalar bağlamında ülkenin sağlık hizmetleri sistemi ve izlenen sağlık politikaları sağlığı etkilemektedir (Türkiye Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013: 58). Sağlık sistemi ve sağlık politikalarının başarısı, sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliğinin ve kullanımının hem bireylerin hem de toplumların sağlığı için merkezi olması ve bu sayede hastalık seviyesini azalttığı ve sağlığı iyileştirmesi ile ölçülmektedir (Evans ve Stoddart, 1990: 1350).

2.1.2.5.Biyolojik Faktörler

İnsan; genetiği, vücudunun organik yapısı ya da vücudunun fonksiyonel işlevleri yaşam boyunca sağlığı etkileyen biyolojik faktörleri meydana getirmektedir. Genetik faktörler nesilden nesile miras kalan genler, kromozomlar, DNA yapısıdır.

Vücutun yapısı; kişinin boyu, kilosu, bel-kalça oranı veya kemik yoğunluğunu oluşturur ve diğer taraftan vücudun işleyişi ise; kan basıncı, beslenme durumu, vücudun biyokimyasal işlevi, duyu fonksiyonu, hareket ve denge kabiliyeti, güç ve sağlamlık, zindelik gibi aktif bir şekilde biyolojik olarak insan sağlığını etkileyen unsurlardandır (Gruszin vd., 2010: 5). Genetik faktörler en baskın şekilde erken yaşta; bebek ve çocuk ölümleri ile kendini gösterirken orta yaşta; kronik hastalıklar şeklinde kendini hissettirerek yaygın hastalıkların erken başlangıcında rol almaktadır (WHO, 1998: 68,69). Kişilerin genetik yapısının test edilmesi ile oluşabilecek sağlık sorununa engel olunamaz fakat oluşabilecek hastalık ya da sakatlık durumu erken teşhisle önlenbilir. Genom haritalaması ve genetik mühendislik alanındaki faaliyetlerde ilerlemeler meydana gelebilecek kalıtsal hastalıkları önceden tahmin ile önlenmesi ve azaltılmasında büyük öneme sahip olabilir (Hickman, 2002: 2).

2.2.Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık sektörü içerisinde yer alan sağlık hizmetleri, birey ve toplumların sağlık durumlarında meydana gelebilecek değişiklikler sonucu ihtiyaç duyulan ve bu ortaya çıkan ihtiyacın giderilmesine yönelik faaliyetler bütünüdür (Olsen, 2009: 7,8) Aynı zamanda sağlık bakımı, belirli girdilerin veya üretim faktörlerinin, genellikle bir doktor gözetiminde değişen miktarlarda birleştirildiği bir çıktı olarak ifade edilebilmektedir (Dewar, 2017: 4). Sağlık hizmetleri, öncelikle bireylerdeki hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonun sağlanmasıdır. Bunun yanında hastalıkların önlenmesi ve oluşmaması için tedbir alma, tarama süreçlerinin gerçekleştirilmesi ve toplum ile bireyin sağlık seviyelerinin geliştirilmesiyle ilgili faaliyetlerin tümünü kapsamaktadır (Gümüş, 2017: 3; Akalın, 2018: 5).

Sağlık hizmetleri genellikle sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir, ancak sadece sağlığın belirleyici faktörlerinden bir tanesidir (Henry, Blum ve Sully, 1969: 3; Evans ve Stoddart, 1990: 1349; Lalonde, 1974: 32; Zöllner vd., 2003: 7). İnsanlar hayatları boyunca bir noktada hastalıklarla karşılaşabilir, tedaviye ihtiyaç duyabilir veya karşılaşılan hastalığın etkilerini en aza indirerek hayata uyum sağlamak isteyebilir ya da sadece tıbbi tavsiyeye ihtiyaç duyabilirler. Bu da sağlık hizmetlerine ve tedaviye erişimi gerektirmektedir. Sağlık sorununun yapısı ve seviyesi ne olursa olsun, sağlık sonuçlarının büyük bölümü bireylerin doğru ve zamanında sağlık

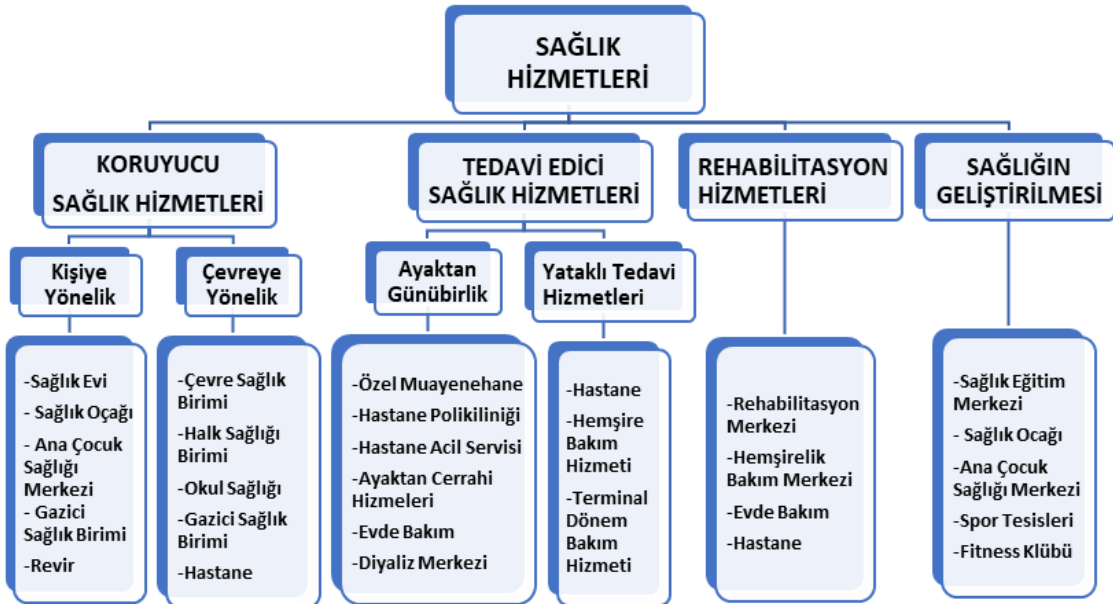
hizmetlerine erişme yeteneğine ve sağlık tesislerinin kullanılabilirliğine bağlıdır. İnsanların hastalıklarla nasıl başa çıktıkları, sağlıklarını nasıl algıladıkları ve ne için sağlık talep ettikleri ya da sağlıklarına nasıl şekil vermek istedikleri hususları da sağlık hizmetleri için önemlidir (Howard vd., 2002: 10,82). Sağlık hizmetleri ile ihtiyaç duyulan sağlığa doktorlar, hemşireler, teknisyenler, bakım evleri, rehabilitasyon merkezleri, ilaç şirketleri, medikal cihazlar, hastaneler gibi sağlık sektörü kaynakları aracılığıyla kavuşulur. Bu sayede toplumda ve bireyde tıbbi sorunların yayılması sınırlanabilir, tarama ve önleme faaliyetleriyle erken teşhis imkanı sağlanabilir, tıbbi sorunun yarattığı acı, ıstırap, işlev kaybı ve semptomlar azaltılabilir ve hayata katılım sağlanabilir ya da mevcut sağlık seviyesini daha da yükseltme olanağı elde edilebilir (Knickman ve Kovner, 2015: 5).

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ve bireyin hastalıklara karşı korunması, sağlık durumunun bozulması durumunda mümkün olan en kısa sürede teşhis ve tedavinin yapılarak sağlıklı ve üretken toplumun oluşturulmasına katkı sağlanması, hastalık durumundan etkilenen bireylerin çevreye uyum ve adaptasyon faaliyetlerinde yardımcı olunması, bireylerin ve toplumun sağlıklarının geliştirilmesi için imkanlar sunmaktır (Tıraş, 2013: 128; Sözen, 2003: 75). Sağlık hizmetleri ile sağlık müdahaleleri planlanırken, ilk olarak var olan sağlık uygulamalarının yanı sıra toplumun ihtiyaçlarını ne olduğunu anlamak önemlidir; var olan sağlık hizmetleri nelerdir, toplumun hangi çeşit bir hizmet istediği ve sağlık tesislerinin konumunun nerede olması gerektiği soruları değerlendirilmelidir. Bu soruların yanıtı toplumun yaş, cinsiyet, zenginlik, etnik ve dini bağlılık olarak tanımlanan çeşitli sosyal gruplardan oluşan katılımcıların öğrenme teknikleri yardımıyla topluluk tartışmaları yoluyla bulunabilir (Howard vd., 2002: 10,82). Sağlık hizmetleri amacına ulaşabilmesi için toplumun ve bireyin ihtiyaçlarına yönelik verilen hizmet kalitesinin ve yaşam süresinin artırılması temel alınmaktadır. Bu çerçevede her birey ve toplum eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde uygun, ulaşılabilir, verimli bilimsel yönetim ilkeleri ile yönetilen sağlık hizmetini alma hakkına sahiptir. Bu hizmetin bölgeler arası sağlık durumu farklılıklarını giderici, birey-aile ve toplumu bilgilendiren, sağlıklı yaşam için bilinç oluşturan, imkanlarla mümkün olduğunca sınırlanamayan ve iyi çalışan sağlıklı

ortamlar içinde hizmetin verilmesi amacına uygun şekilde gerçekleşmesini mümkün kılmaktadır (Sargutan, 2005: 403).

2.2.1.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sunumu; koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri, teşhis ve tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde dört temel sınıflandırılma ile gerçekleşmektedir (Cross ve McWay, 2017: 13). Sağlık hizmetlerinin sunumu sağlık kurumları tarafından gerçekleştirilmektedir. Sağlık kurumları; topluma sundukları hizmetin kalitesini ve verimliliğini artırarak daha kapsamlı hizmet vermek, diğer kurumlarla oluşan rekabetten korunmak ya da diğer kurumlara karşı rekabet üstünlüğü elde etmek, dış çevreyi ve kamuyu etkileyici potansiyeller oluşturmak amacıyla iş birliği yapmaktadır. Sağlık kurumlarının kendi aralarında yaptıkları iş birliği ile bütüncül(entege) sağlık hizmeti veren kurumlar oluşur (Kavuncubaşı, 2000: 34). Sağlık kurumlarının temel sağlık hizmetleri türüne göre, farklı düzeylerde sınıflandırmaları yapılmaktadır. Bu sınıflandırma Şekil 2.1’de gösterilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34; Somunoğlu, 2012: 11).



BÜTÜNCÜL SAĞLIK HİZMETİ SUNAN KURUMLAR

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Sunum Şekillerine Göre Sınıflandırılması

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 35

2.2.1.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumda yaşayan bireylerde hastalık ya da sakatlık durumlarının oluşmaması için meydana gelebilecek risklere karşı korunmak ve önlem almak için yapılan çalışmalardır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin hedefleri arasında hastalık riskine karşı önlem almak, meydana gelebilecek hastalıkları geciktirmeye çalışmak, hastalıkların erken teşhisi, kronik hastalıkları yönetme stratejisi dahil olmak üzere mevcut hastalığın neden olduğu engelliliği azaltmaya çalışmak ve tüm önleyici müdahaleler yer almaktadır. Bunlar hem aşılar ve kanser taramaları gibi klinik hizmetleri hem de sigarayı bırakma, fiziksel aktivite gibi davranışsal müdahaleleri içermektedir (Stieber, 2006: 1,2; Avery, Leonard ve McKenzie, 2011: 3). Bu hizmetlerin sağlıklı bir toplum oluşturmak amacıyla bireylerin ödeme gücüne bakılmaksızın toplumun tümüne devlet tarafından sunulması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca bu hizmetin sunumunda yer alan personelin yüksek niteliğe sahip olması gerekmezken hizmetin uygulanması için çok fazla ekipmana ihtiyaç duyulmamakla beraber uygulanması tedavi edici hizmetlere kıyasla kolay, ucuz ve etkilidir. Koruyucu hizmetlerin sağlanmasıyla iş gücü kaybı ve hastanelerin hasta yükü azalır. Bunun yanı sıra bu hizmetler sayesinde çevre düzenlemesi yapılarak, yaşanılan çevre daha elverişli hale gelmektedir Koruyucu sağlık hizmeti; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2017: 79,82).

2.2.1.1.1.Kişiye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmeti

Kişilere yönelik olarak; hastalıklara erken tanı konulması ve uygun tedavinin yapılması, aşılama ve ilaçla koruma faaliyetinin gerçekleştirilmesi, sağlık bilinci oluşturmada eğitim verilmesi, anne-çocuk sağlığı ve aile planlamasına yardımcı olunması ve beslenme şartlarının iyileştirilmesi gibi hizmetleri içine alan sağlık personelleri tarafından sunulan hizmetlerdir (Somunoğlu, 2012: 12; Öztekin, 2018: 8). Hastalıkların tanısı ne kadar erken bilinebilirse tedavi için müdahale ve hastalığın ortaya çıkmadan önlenmesi mümkün olabilir. Kişilerin eğitimi ve hastalık belirtilerini tanıması bu bakımdan önem taşımaktadır. Bağışıklama hizmeti ile kişiler bulaşıcı hastalık ya da oluşabilecek enfeksiyonlara yakalanma riski engellenmeye

çalışılmaktadır. Kişilerin kendi bakım ve hijyenlerine özen göstermesi ve iyi beslenmeleri de vücudu hastalıklara karşı korumaktadır. Ayrıca aile planlaması hizmeti ile sağlıklı anne ve çocuklara sahip bir toplum yapısına sahip olunurken anne bebek ölümlerinin önüne geçilerek ekonomik yetersizlik ve sağlık hizmetlerine erişim daha mümkün hale gelmektedir (Arslantaş, 2013: 7,8).

2.2.1.1.2.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmeti

Toplum ve insan sağlığını içinde yaşadığı çevre etkilemektedir. Çevre de bulunan insanın yaşamını biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal olarak etkileyen olumsuz koşulları ortadan kaldırmak, toplumun ve insanın yaşadığı ortamı daha sağlıklı hale getirmek ve sağlığı korumak amacıyla mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen gibi meslek grupları tarafından yürütülen faaliyetlerdir. Bu hizmetler; temiz su kaynaklarının sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, iş sağlığı ve güvenliği, atıkların kontrolü, gürültünün kontrolü, konut sağlığı, radyasyonla mücadele vb. şeklinde sıralanmaktadır (Akdur, 2006: 12,13).

2.2.1.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumu bozulan kişilerin sağlığına kavuşması ve oluşan hastalığın ortadan kaldırılması amacına yönelik verilen hizmetlerdir (Kısa, 2002: 14,15). Sağlık durumu konusunda tedavi aşamasına geçmeden önce hastalığın teşhisi, doktor ziyaretleri ve ihtiyaç durumunda laboratuvar testleri, röntgen ve tanı koymak için diğer teknolojileri gerekmektedir. Tedavi aşamasında ise cerrahi, fizik tedavi, konuşma terapisi ve ilaçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Teknolojide meydana gelen değişimler ve yenilikler, erken teşhis olanakları sayesinde bugün sağlık hizmeti sunum sisteminin tanı ve tedavi kapasitesini büyük ölçüde artırmış ve geliştirmiştir (Cross ve McWay, 2017: 13). Bu hizmetler hekimler ve sağlık personellerinden oluşan ekip içerisinde yürütülmekte ve hastanın durumuna uygun tıbbi teknolojinin kullanılmasını gerektirmektedir. Bu yönden koruyucu sağlık hizmetlerine nazaran maliyeti yüksek bir hizmettir (Somunoğlu, 2012: 12). Tedavi edici sağlık hizmetleri; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç şekilde sınıflandırılmaktadır.

2.2.1.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sağlık sisteminde 2003 yılında düzenlenen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile yeni reformlar yapılmaya başlanmıştır. Bu program kapsamında reformların ana odağı olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin yenilenmiş haliyle sunumu “Aile hekimliği” uygulaması ile gerçekleşmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunun temelinde bireyi merkeze alan aile ve sosyal yapıyı önemseyen eşit hakkaniyetli ve hizmet devamlılığını sağlayan bütüncül bir anlayış yer almaktadır. (Çelik, Limnili ve Güldal, 2019: 165, 166). Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların daha çok ayakta günü birlik olarak aldıkları hizmetleri içermektedir. Hastalar genellikle ilaç tedavileri ile evde kendileri ya da yakınlarının yardımıyla tedavi olmaktadır (Atlı ve Yücel, 2018: 52). Birinci basamak sağlık hizmetinin sağlam bir zeminde oluşturulması sağlık sisteminde etkin kaynak dağılımının olduğunu gösterir niteliktedir. Ayrıca altyapısı güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sağlanması ile aile hekimliğinin insanları memnun edebilmesi ölçüsünde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetine olan talep ve hasta yoğunluğunun azalma eğilimi göstermesi mümkündür (Başer vd., 2015: 26).

2.2.1.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetleri ile ayakta tedavisi mümkün olmayan hastaların, yataklı hastanelerde muayene ve tedavi edilmelerini kapsayan hizmetlerdir (Kısa, 2002: 14,15). Sağlık hizmetleri sevk zincirinde hastaların ikinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmesinde bireyler ile ilişkili; demografik, sosyo-ekonomik özellikler, tıbbi şikayetler ve sağlık algıları, sosyal ağlar gibi faktörler etkili olurken diğer bir etken hastaların birinci basamak sağlık hizmetine verdikleri değer ve karşılanmasını düşündükleri beklentileri ölçüsünde şekillenmektedir. Ayrıca sağlık sigortasının kapsayıcılığı ve başvuru kurumunun yapısı faktörleri de ikinci basamak sağlık hizmeti tercihinde kişiler için önemli unsurlardır (Kulu-Glasgow, Delnoij ve Bakker, 1998: 224).

2.2.1.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü terimi, bir üniversite hastanesini veya uzmanlık merkezini kategorize etmenin yararlı bir yolu olabilir. Nitekim terim bir hastaya verilen bakımı tanımlamak

için kullanıldığında, genellikle tıbbi bakımın üç seviyesinde birinciden üçüncüye kadar çalışarak bir hastayı önemsemediğimizi ima eder gibi görünse de aksine hastalık için son derece bilgili ve vasıflı bakıma ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Tipik üçüncü basamak hizmeti örnekleri, şiddetli ve çoklu travma, organ nakli, dinamik hormon testi ve transkateter kalp kapakçığı implantasyonu gösterilebilir (Flegel, 2015: 235). Birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetleri ile tedavi edilme imkânı bulunmayan ağır ve karmaşık hastalıkların tedavisi üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile sağlanmaktadır. Bu hizmetler yoğun tıbbi teknolojilere ve farklı uzmanlık seviyelerinde personele sahip eğitim-araştırma hastaneleri ya da belirli dallarda ihtisaslaşmış hastaneler tarafından sunulmaktadır (Ünal, 2013: 93,94).

2.2.1.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Kişilerin sağlık durumlarında meydana gelebilecek bozulma sonucu; hastalık, sakatlanma, yaralanma, kaza ve ruhsal bozukluklar gibi nedenlerle, güçten düşen hastaların vücut organlarını kullanılmasına engel olan kısıtlılıkların ortadan kaldırılması ya da ekonomik, sosyal, kültürel yönden yaşama alıştırmaları için gerçekleştirilen faaliyetlerdir (Altay, 2007: 35). Bireyler sağlıklarında kalıcı bozulmalar veya kısıtlılıklara maruz kaldıklarında bunların yaşamlarına etkisini olabildiğince önlemeye ya da bu etkileri en az seviyeye düşürmeye gayret göstermektedir ve bunu da fiziksel ve manevi açıdan kendi başlarına hareket edebilecek kabiliyete erişmelerine yardım edebilecek güçlü bir şekilde yaşama tutunup hayatlarını devam ettirmelerini sağlayabilecek rehabilitasyon hizmeti ile gerçekleştirebilirler (Arslantaş, 2013: 15).

Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmeti olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

2.2.1.3.1.Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Kişinin hastalık ve kaza sonrasında bedensel açıdan oluşan sakatlıklarının giderilmesine yardımcı olmak için fizik tedavi uygulaması, işitme cihazı, ortopedik protez gibi uygulamalarla işlevi kaybolan organın güçlendirilmesi ya da kısmen organın işlevinin yeniden kazandırılmasına yönelik sağlanan hizmetlerdir (Akdur, 2006: 15). Hasta kişinin vücut sistemi ve hastalığı ile ilgili tüm değerlendirmeler

yapılır ve kişinin fonksiyonel kapasitesinde işlev kayıpları giderilmeye ve üst seviyeye taşınmaya çalışılmaktadır (Demirtaş, 2013: 170,171).

2.2.1.3.2.Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri

Sağlıklı olan bir kişinin herhangi bir hastalık ya da kaza geçirmesi nedeniyle sakatlık veya özür durumunun ortaya çıkması söz konusudur. Bu sakatlık ve özür durumundan dolayı kişilerin yaşama tutunmaları, birisine bağımlı olmadan yaşamaları ve aktif olarak kendilerine hayatta yer edinebilmeleri için gerçekleştirilen hizmetlerdir (Kavuncubaşı, 2000: 46). Kişinin sadece fiziksel kısıtlılık yaratan durumuna değil psikolojik açıdan iyileştirilmesi ve topluma dahil edilebilmesinin sağlanması yönünde uygulamalar benimsenmelidir. Buradaki amaç kişiye uygun ikincil bir kısıtlanmaya neden olmayacak şekilde ilaç tedavisi uygulaması, bireyin hayatını kolaylaştıracak beceri kazanmasına yardım edilmesi, kişinin yakınları tarafından destek sağlanarak kişinin kendi başına hayatını sürdürebilmesi için sosyal uyum, erişim ve ek teknolojiler kullanılarak işlevselliklerin artırılmasına ve geliştirilmesine olanak sağlamaktır (Demirtaş, 2013: 177).

2.2.1.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri için sağlık durumlarının iyileştirilmesine ve kontrol altına alınmasına yönelik sunulan hizmetleri içermektedir. Bu hizmetler; kişilerde sağlık bilinci oluşturmak için eğitim, hastalık risklerine karşı korunma ve bu risklerin önlenmesi, stres kontrolü, kişilerdeki hastalığa neden olabilecek yaşam tarzı ve davranış biçimlerinin değiştirilmesi gibi faaliyetleri içermektedir. Buradaki asıl amaç kişilerin sağlık kalitesinin artırılmasıdır (Somunoğlu, 2012: 13). Sağlığın geliştirilmesine yön veren hizmetler; bireylerin hastalık riskini en aza indirmeyi, sağlık işlevselliğinin korunmasını, sağlıklı bir yaşam için gerekli olan alışkanlık ve davranış değişikliklerini teşvik etmeyi hedeflemektedir. Bu hizmetler farklı şekillerde gerçekleşir. Örneğin doğum öncesi beslenme programları ile anne-çocuk sağlığı gelişimi teşvik edilirken özel ya da kar amacı gütmeyen spor salonları tarafından sunulan egzersiz ve aerobik dersleri kişilerin yaşam şekillerinde farklılıklar oluşturarak sağlığın gelişmesine yön veren uygulamalardır (Cross ve McWay, 2017: 13). Sağlığının geliştirilmesinde; bütüncül bir sağlık anlayışı, sağlığı güçlendirme,

sağlığın sürdürülebilirliği ve tüm toplumun eşit, hakkaniyetli bir şekilde sağlığa erişiminin sağlanması ana kriterlerdir. Ayrıca yerel ve uluslararası düzeyde sektörler arası iş birliği sağlığın gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi koordineli bir yapı ile sağlanmalıdır. Bu bağlamda merkezi yönetimden destek, bütçe, özel ve günlük hedefler için sağlığın teşviki ve geliştirilmesini uygulamaya dönük eylem planları ile desteklenmelidir (Naidoo ve Wills, 2016: 255). Hastaneler hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde olduğu kadar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin sunumunda da önemli rol oynarlar. Çünkü günümüzde yaşam tarzıyla ilişkili kronik hastalıkların yaygınlığının artması, daha fazla genişletilmiş kapsam ve tedavi eğitimi gibi etkinliklerin sistematik olarak sağlanmasının gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır. Böylelikle hastaların hastalıklarını yönetmelerinde aktif rol almasını sağlayacak iletişim stratejileri ya da motivasyon danışmanlığı verilmesi hedeflenmektedir. Bu noktada hizmet sağlayıcılarının değişen kamu beklentileri doğrultusunda gelişimlerini sağlamaları ve hizmet sunucularının verilen hizmette kalitenin artırılması gerekmektedir (WHO, 2004: 8,9).

2.2.2.Sağlık Hizmetleri Piyasası ve Özellikleri

Ekonomi bilimi, kıt kaynakların sınırsız isteklere nasıl tahsis edileceğine dair kararlara yardımcı olmak için çeşitli araçların kullanıldığı bir tercih araştırmasıdır. Kaynaklar azdır ve tercih yapmak zordur. Kıt kaynakların tahsis edilmesinde en yaygın yöntem piyasalardır. Piyasa; daha çok istenen mallar için daha az istenen malların değiş tokuşunun yapıldığı bir organizasyondur (Normand, 1991: 1572). Serbest piyasa ekonomisinde rekabeti engelleyemeyecek kadar çok sayıda alıcı ve satıcı¹⁴ yer alırken herhangi bir müdahale olmadan piyasa fiyatı kendiliğinden oluşmakta piyasaya giriş ve çıkışta engeller bulunmamaktadır¹⁵. Ayrıca piyasadaki bulunan tüm ürün ve hizmetler hakkında alıcı ve satıcının aynı bilgiye¹⁶ sahip olduğu, piyasadaki mal ve hizmetlerin niteliklerinin aynı olduğu¹⁷ varsayılmaktadır. Serbest piyasa ekonomisinde arz ve talep dengesi için alıcı ve satıcının en değerli olanı tercih etmeleri; kaynakların dağıtımı, bölüşümü ve değişimi için en iyi optimal durumun

¹⁴ Bu piyasanın atomisite özelliğini yansıtmaktadır.

¹⁵ Bu piyasanın mobilite özelliğini yansıtmaktadır.

¹⁶ Bu piyasanın simetrik bilgi özelliğini yansıtmaktadır.

¹⁷ Bu piyasanın homojen mal ve hizmet özelliğini yansıtmaktadır.

gerçekleşeceği şeklinde ifade edilmektedir (Dinler, 2013: 12-19). Kıtlik sorunu ve seçme ihtiyacı sağlık hizmetleri içinde söz konusu olmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası; sağlık hizmetinin alınıp satıldığı piyasalardır ve sağlık hizmetleri piyasasında; bilgi eksikliği, kamu yararı, dışsal fayda ve pazar gücü gibi piyasa aksaklıkları oluşmaktadır (Çoban, 2019: 16,17; Normand, 1991: 1572,1573). Nitekim, sağlık sektörü ekonominin pek çok alanıyla çoğu bireysel özelliği paylaşırsa da sağlık piyasasında ortaya çıkan olağandışı ekonomik özelliklerin toplanması, sağlık piyasasını diğer sektör piyasalarından ayrılmasına neden olmaktadır. Bu özellikler arasında; bireylerin hastalıklarının ortaya çıkmasından tıbbi tedavilerin ne kadar iyi çalıştığına ve kimin için anlaşıldığına kadar değişen sağlık hizmetlerinin tüm düzeylerinde belirsizliğin bulunması; sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık hizmeti tüketicileri arasındaki büyük bilgi farkı; bireylere maliyet yükleyen veya bireylerin başkalarına fayda sağlayan davranışlarının varlığı ve devlet katılımının dışlanmasıdır. Bunların her biri ekonominin diğer alanlarında da mevcuttur, ancak nadiren sağlık hizmetlerinde olduğu kadar ve asla bu kadar geniş bir kombinasyona sahip değildir (Phelps, 2016: 2). Bu nedenle sağlık hizmetleri piyasasının, serbest piyasa ekonomisinden dağıtım, bölüşüm ve değişim konularından ayrıldığı düşünülmektedir (Çoban, 2019: 16,17; Normand, 1991: 1572,1573).

Sağlık hizmetleri piyasasının özelliklerini kendine has piyasa işleyişi içerisinde açıklamak, sağlık hizmetleri piyasasının özelliklerini daha kolay anlamamıza yardımcı olacağı düşünülmektedir. Serbest piyasa ekonomisi; atomisite, homojenlik, simetrik bilgi ve mobilite özelliklerini taşımaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasının serbest piyasa ekonomisinden bu dört temel özellik temelinde nasıl farklılaştığını belirtmek, sağlık hizmetleri piyasasının kendine has özelliklerinin neler olduğunu da kanıtlar nitelik taşımaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin piyasa özellikleri aşağıda incelenmeye çalışılmaktadır.

2.2.2.1. Atomisite Durumunun Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetleri piyasasında, sağlık hizmeti arz edenler; eczacılar, doktorlar, hastaneler veya sağlıkla ilgili tedarikçi firmalar iken sağlık hizmeti talep edenler; gelirleri, sigortaları ölçüsünde satın almaya razı oldukları belirli bir fiyattan sağlık hizmetini satın almak isteyen hastalar oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında

fiyat oluşumu, arz ve talep tarafından kendiliğinden oluşmamaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında fiyat, arz ve talep edenlerin özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

a) Sağlık hizmeti talebinin belirsizliği: Bir sağlık hizmeti tüketicisi için temel sorun, bir hastalığın ortaya çıkmasını öngörme ihtimalinin düşük olmasıdır. Hastalıkların çoğu beklenmeyen bir durumdur ve yapılacak işlemler ile tedavi ihtiyaçları belirsizdir (Jovarauskiene ve Bagdonas, 2013: 26). Bireylerin hastalık durumunun ne zaman ortaya çıkacağı kimler tarafından ve ne ölçüde sağlık hizmetinden yararlanılmak isteneceği, önceden kestirilemez. Örneğin bulaşıcı ve salgın hastalıkların varlığı bireylerin daha fazla sağlık hizmeti talep etmelerine neden olmakta iken ekonomik krizin ortaya çıkması ise sağlık hizmet talebini azaltmasına neden olmaktadır (Saltık, 1995: 38).

b) Sağlık hizmeti arz miktarının sınırlılığı: Sağlık kuruluşlarının ve hekimlerin daha çok belirli bölgelerde yoğunlaşması ya da bölge nüfusunun azlığı nedeniyle gerekli yatak kapasitesini doldurabilecek hastanelerin açılmaması, arz miktarının sınırlandırmaktadır. Ayrıca doktorların ve sağlık personellerinin mesleklerinin gereğini yapabilmeleri için bilgi birikimine sahip olmasının istenmesi, işgücü arzını azaltmaktadır. Buda sağlık piyasası arz miktarını sınırlandıran diğer bir nedendir (Kurtulmuş, 1998: 49,51).

c) Sağlık hizmetinin kapsamı ve boyutu doktor tarafından belirlenmesi: Sağlık hizmeti talebinde bulunan hastanın tedavi süresi, uygulanacak işlemlerin neler olacağı, hastalığın boyutu, ilaç dozu ve eğer gerekiyorsa hastanede kalma süresine sadece hekimler tarafından karar verilmektedir. Fakat sağlık hizmeti talep edenlerin bu duruma karar vermeleri söz konusu değildir (Folland vd., 2013: 13).

d) Sağlık hizmetleri piyasasında fiyatlar ile gerçek maliyetler arasındaki ilişkinin zayıflığı: Bir mal ya da hizmetin gerçek üretim maliyetleri ile piyasada oluşan fiyatı arasındaki farka “gölge fiyat” denmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında genelde karşılaşılan bir durumdur. Çünkü insan sağlığı değerlidir ve fiyat biçmek mümkün değildir. Örneğin diş ağrısı olan bir kişinin o an çektiği acıyı önlemek için katlanamayacağı fedakarlık yoktur. Hastalıkların ortaya çıkış şekli belirsiz olduğu gibi hastalığın maliyetlerinin neler olacağı da belirsizdir. Sağlık hizmetini talep edenler,

doktorun önerdiği tedavi için alım gücü doğrultusunda çeşitli masraflara katlanmak zorundadır ve fiyatlar üzerinde pazarlık gibi bir durum söz konusu değildir (Çöğür, 2015: 17; Kurtulmuş, 1998: 51,58).

2.2.2.2.Homojenlik Durumunun Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetleri, sağlık piyasasında değişimin (alış-verişin) konusunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri yapısı itibariyle standart ve homojen bir özelliğe sahip değildir. Piyasada sağlık hizmet talebinde bulunanların, sağlık hizmetine olan ihtiyaçları değişkenlik gösterirken hastalık seyirleri de kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Sağlık hizmet arzında bulunan; doktor ve sağlık personellerinin bilgisi tecrübesi, bunun yanında sağlık kurumlarında kullanılan teknolojilerin kalitesi ve niteliği de değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle standart bir hizmet yapısından söz edilememektedir (Kurtulmuş, 1998: 46,54). Sağlık piyasasında sağlık hizmetlerinin heterojen bir özelliğe sahip olmasının yanında diğer özellikleri şu şekildedir:

a) Sağlık hizmetleri ikame edilemez: Sağlık piyasasında belirli bir sağlık hizmetinin başka herhangi bir sağlık hizmeti ile yer değiştirmesi ve aynı faydayı sağlaması mümkün değildir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2017: 57).

b) Sağlık hizmetlerinin ertelenemez: Bireylerin sağlık durumlarında acil, yoğun ve kişiye ızdırap veren durumlar meydana geldiğinde, sağlık hizmetine olan ihtiyaçlar ertelenemez ve anında giderilmeye çalışılmak zorunludur. Çünkü bireyin sağlığını tehlikeye düşmesine neden olan durumlar bireyi sakatlayabilir, çalışma verimini düşürebilir, hatta ölüme bile götürebilir (Saltık, 1995: 58).

c) Sağlık hizmetinin çıktısının paraya dönüştürülemez: Sağlık hizmetleri karşılanan bireyler ve toplumların yaşam kaliteleri artar, ömürleri uzar ve üretme kapasiteleri artar. Sağlık hizmetine harcanan paranın karşılığı yani çıktısı daha iyi bir sağlıktır bu da parasal bir değer ifade edilemez. Sağlık hizmetleri alan bireylerin elde ettikleri fayda soyut nitelik taşımaktadır. Oysa sağlık hizmetinin kolay bir şekilde maliyetin hesaplanabilmesi için elde edilen faydanın somut olarak ifade edilmesi gerekmektedir (Atlı ve Yücel, 2018: 50; Saltık, 1995: 58).

2.2.2.3.Simetrik Bilgi Durumunun Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetleri piyasasında taraflar arasında bilgi eksikliği yani asimetrik bilgi mevcuttur. Sağlık hizmeti talep eden kişiler, hastalıklarının gerektirdiği sağlık hizmetinin ne olduğu ya da sağlık hizmetini hangi kurumdan almaları gerektiği konusunda tam bilgi sahibi değildir. Doktorlar, bireyleri sağlık durumları ve tedavi alternatifleri konusunda bilgilendirmektedir. Bireylerin konu hakkında tam bilgi sahibi olmaması nedeniyle doktorun hastanın gereksinimlerini belirlemesi ve karar vermesi söz konusudur. Hasta ise doktorun bilgisine güvenmek durumunda kalmaktadır. Ayrıca doktorun hastaya yeterli düzeyde bilgi aktarmaması da asimetrik bilgiye neden olmaktadır (Guinness ve Wiseman, 2011: 219; Ecevit ve Bilgili, 2008: 204).

2.2.2.4.Mobilite Durumunun Değerlendirilmesi

Ekonomistler ve politika yapıcılar rekabetçi piyasa yapısını isterler. Çünkü firma ve tedarikçilerin yüksek fiyatları ve kârları karşısında yeni firmaların piyasaya girişiyle sağlayıcıların fiyatı ve karı düşer ve bunun sonucunda tüketici refahı artar. Sağlık sektöründe rekabeti kısıtlayan birçok uygulama mevcuttur. Sağlayıcılar için lisans gereksinimlerini, sağlayıcı reklamcılığına ilişkin kısıtlamalar, sağlayıcıların birbirleriyle rekabet etmesini engelleyen etik davranış standartları, kaliteyi teşvik etmek veya maliyetleri düşürmek için yapılan düzenlemeler, patent koruması, hükümet müdahaleleri, antitröst eylemler, tekellerin kontrolü gibi (Folland vd., 2013: 15). Örneğin sağlık personellerinin mesleki bilgi ve donanıma sahip olmaları nedeniyle sayıları azdır. Sağlık piyasasında sağlık hizmeti arz eden kurum ve personellerin sağladıkları hizmet mesleki bilgi gerektirdiğinden “zorunlu lisans” istenmektedir. Sağlık personellerinin mesleklerini yapabilmeleri veya sağlık kurumlarının faaliyetini sürdürmeleri için lisansın zorunlu olması, uygun hizmet verilip verilmediğinin kontrolü sağlık piyasalarına girişi sınırlayan önemli bir faktördür (Kurtulmuş, 1998: 51,52). Piyasaya girişte engellerin varlığı sağlık hizmetleri piyasasında mobilite özelliğinin sağlanmadığının bir göstergesidir. Sağlık hizmetleri piyasasında mobilite özelliğinin gerçekleşmediğini şu özelliklerde göstermektedir:

a) Dışsal faydanın varlığı: Piyasa başarısızlıklarından birisi “dışsal fayda” ile oluşan sağlık hizmetleridir. Dışsal faktörler, piyasada alınıp satılan bir malın ya da hizmetin alıcısı ile satıcısı dışındaki kişi ve kurumların olumlu etkilenişidir. Alıcı ve satıcı dışında kalan herkes herhangi bir ödeme yapmaksızın söz konusu hizmetten yararlanmaktadır. Dışsal faktörlerin sağlık hizmetlerindeki örneklerinden biri bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı aşıdır. Aşı yaptıran kişi kendini koruduğu gibi başkalarına bulaştırma ihtimalini düşürür ve tanımadığı kişileri de korumuş, fayda sağlamış olur (Şenatarlar, 2003: 26).

b) Sağlık hizmetlerinin bir bölümünde kamu yararının mevcut olması: Sağlık hizmetinin küçük bir parçası “bölünemeyen hizmet” özelliği taşımaktadır. Böyle bir hizmetin faydasını fiyat karşılığında sunmak ve fiyat ödemeyenleri dışlamak imkansızdır. Mesela insan sağlığına zarar veren bir bataklığın oluşturduğu sağlık sorunları bataklığın kurutulması ile önlenabilir ve bu durumda bataklığın kurutulması ile meydana gelen fayda kişilere tek tek sunulamaz, herkes aynı anda yararlanır. Bu yüzden “bölünemeyen hizmet” niteliğindeki sağlık hizmetlerini devletin sağlaması zorunlu hale gelir, aynı sebeple bu hizmetlerin maliyetlerinin kamusal finansmanla karşılanması zorunludur (Şenatarlar, 2003: 26). Sağlık hizmetinin ödeme gücüne bakılmaksızın eşit bir şekilde belirli sağlık ihtiyaçları doğrultusunda dağıtılması sağlık hizmetinin diğer pek çok mal ve hizmetten ayrışmasına neden olur ve ideal devlet anlayışı da bunu gerektirir. Böylece kötü sağlığa sahip bir insanın toplum için oluşturduğu endişe de ortadan kalkmış olur (Folland vd., 2013: 16).

c) Sağlık hizmetini arz edenlerin kendi aralarında monopoller oluşturabilmesi: Sağlık kurumlarının seyrek nüfuslu yerlerde hastanelerin yatak kapasitesine bağlı olarak açılması ve uzman doktorların bu oluşan küçük piyasaya girememesi, doktorluk mesleğini icra edenlerin piyasada azlığı sağlık hizmetleri arzını azaltan faktörlerdir. Sağlık hizmetleri arzının kısıtlılığı bireylerin ise kısıtlı olan bu sağlık hizmetinden yararlanmak durumunda olması sonucu sağlık hizmeti arzının “tabii monopol” olmasına neden olmaktadır. Sağlık piyasası arz yönünden; ilaç firmaları, sağlık kurumları ve sağlık personellerinin kendi aralarında iş birliği yaparak monopolistik bir yapı oluşturabilmelerine rağmen sağlık talebinde bulunanların böyle bir baskı grubu oluşturması mümkün değildir. Ayrıca meslek kuruluşlarının asgari

fiyat tespiti, sağlık talebinde bulunan bireylerin kendi aralarında anlaşarak dayanışma yoluyla monopol gücünü artırma özelliği de bulunmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 46,47,50).

d) Sağlık hizmetleri piyasasında kâr amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapının söz konusu olması: Sağlık hizmetleri piyasasında hem kar amacı güden kurumlar hem de kar amacı gütmeyen kurumlar yer almaktadır. Sağlık hizmeti piyasasında sadece kar amacı güden kurumlar yer alsaydı satın alma gücü düşük kişiler bu hizmetten yararlanamazdı. Fakat sağlık hizmetlerinin kar amacı gütmeyen kurumlar tarafından da verilmesi kimsenin maddi alım gücüne bakmadan sağlanması gelir eşitsizliğini ortadan kaldırmakta ve düşük gelirli kişilerinde bu hizmetten yararlanmasına olanak sağlanmaktadır (Tutar ve Kılınç, 2007 :37).

3. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ TALEBİ

Bu bölüm ana araştırma konusu olan sağlık hizmet talebi üzerine kurgulanmıştır. Öncelikle sağlık hizmeti talebi kavramı ve sağlık hizmeti talebi belirleyicilerine değinilecektir. Ardından tüketiciler açısından sağlık hizmet talebi açıklanarak tüketici fayda maksimizasyon noktalarından tüketicinin bireysel talep eğrilerinin elde edilişi açıklanarak tüketicinin sağlık hizmet talebinin modellenmesinde kullanılacak yapı anahtarları; sağlık hizmeti ihtiyacı, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme isteği şeklinde açıklanacaktır. En son olarak sağlık hizmet talebine ilişkin çalışmalar, araştırmanın amacı ve öneminden bahsedilecektir.

3.1.Sağlık Hizmet Talebi Kavramı

Talep, bir ürünü satın alma arzusu, yeteneği ve istekliliğinin birleşimidir. Ancak genel olarak talep ile ifade edilen düşünce sadece bir ürüne sahip olmak veya ona sahip olma arzusundan çok daha fazlasıdır (Clayton, 2008: 90). Ekonomi biliminde piyasa mekanizmasının talep tarafı, bir mal veya hizmete yönelik isteğin ödeme yapma yeteneği ve arzusuyla birleştirilmesinden oluşur¹⁸ (Phillips, 2005: 23). Bu açıdan “talep” kavramı, belirli bir zaman dilimi içinde tüketici, hane halkı, firma ya da bireylerin piyasanın işleyişi içerisinde, ödeme yapabildiği veya ödemeye istekli olduğu bir mal veya hizmet miktarını ifade eder (Penner, 2004: 12). Bu kavram bireylerin farklı mal ve hizmetlere çeşitli fiyatlardan ödeme yapmaya ne kadar istekli olduğu (Mooney, 2003: 8) konusunda satın alma ilişkisini kurarken tüketicilerin belirli malların tüketimi üzerinden yaptığı tercihleri nasıl ifade ettiğini de yansıtır (Wiseman ve Jan, 2011: 37; Mcpake vd., 2020: 4). Talep ile çeşitli mallara ve hizmetlere eklenecek değerlere karar vereceklerin bunlardan fayda sağlayacaklar olduğunu düşünülür. Bu sebeple piyasada en bilgili ve uygun değer yargılarını vermek için en iyi konumda olanların onlar olduğu varsayılır (Mooney, 2003: 8). Böylece piyasada bir ürünü talep edenler, ancak benzer talepleri ve satın alma yeteneğine sahip olan diğerleriyle rekabet edebilir (Clayton, 2008: 90). Ayrıca talebin var olması için bir

¹⁸Bu tanımlama ayrıca insanların maddi imkanlarla ödemeye hazır olması noktasında “efektif talep” kavramını ifade eder. Eğer ki ödeme gücü ile desteklenmeyen bir talep söz konusu olursa “efektif talep” kavramının varlığından söz edilemez (Bradshaw, 1972: 72).

şeyin satın alınması gerekli kılınmaz.¹⁹ Burada belirli bir zaman periyodunda ödeme yapma isteğinin var olması ve harcamaya hazır olmak önem taşır. Bu nedenle talep edilen miktar, hane halklarının almak isteyip alabilecekleri miktarı ifade eder ve bu talep edilen miktar ile satın alınan miktar aynı olmayabilir (Wiseman ve Jan, 2011: 38).

Sağlık hizmetleri ve talep ilişkisi düşünüldüğünde, insanlar yaşam sürecinde hasta hissettiklerinde doktora ne zaman gideceklerine, ameliyat olup olmayacaklarına, çocuklarına aşı olup olmayacaklarına ve ne sıklıkla kontrol yaptıracaklarına konusunda sağlık hizmetlerine yönelik seçimler yapar ve çeşitli kararlar verirler. Bu tür karar alma süreçleri; arkadaşlardan, doktorlardan ve başkalarından tavsiye almayı, potansiyel riskleri ve faydaları tartarak düşünmeyi ve sağlık hizmeti satın almak için kullanılan kaynaklarla finanse edilebilecek diğer tüketim türlerinden vazgeçmeyi de içerebileceğinden karmaşık olabilir. Bu seçimleri tanımlayabilmek, fiyatlar, gelirler ve sağlık durumu gibi belirli faktörlerin etkilerine ilişkin tahminler yapmak oldukça zordur (Jack, 1999: 55; Babalola, 2017: 2). Bu açıdan sağlık hizmeti talebi, bireyin algıladığı mevcut sağlık seviyesi ile arzu ettiği bazı daha yüksek sağlık seviyesi arasındaki boşluğu doldurma isteğinin bir sonucu olarak, bireyin sağlık hizmeti almaya karar vermesidir (Mooney, 2003: 51). Diğer bir ifade ile sağlık hizmetleri talebi, insanların hasta olması ya da hastalık şüphesi ile sağlık hizmetine duydukları ihtiyacı ifade eder (Kısa, 2015: 9). Başka bir açıdan ise bu kavram “sağlık örgütlerinden istenilenler” şeklinde de tanımlanabilir. Bu açıdan sağlık hizmetine yönelik talep gerçek anlamda bireyin sağlık ihtiyaçları ya da sağlık hizmeti ihtiyaçlarının bir bölümünü içerebileceği gibi bireyin ihtiyacı olmayan türlü isteklerinden, alışlagelmiş uygulamalardan ya da bireyin kullanım alışkanlıklarından meydana gelebilmektedir (Hayran, 2017: 259,260). Sağlık alanında talep, sadece tedarik edebilmek için talepte bulunan firmalar veya satıcıların talebinden oluşmaz; ya nihai mal olarak sağlık gibi ya da ara malı olarak sağlık hizmetleri gibi ihtiyaç dahilinde olan kullanıcılar tarafından sağlık hizmeti talebinde bulunulabilir (Culyer, 2005: 91). Sağlık

¹⁹Örneğin, belirli bir zamanda bir paket ilaç için ödeme yapma isteğim, 5 £ harcamaya hazır olmam olabilir. İlaç şu anda 7 £ 'dan satılıyorsa, ilaç için bir talep olmasına rağmen, hiçbir işlem yapılmayacaktır. Bununla birlikte, ilaç 5 £ veya daha düşük bir fiyat olarak mevcutsa, bir işlem gerçekleşecektir (Wiseman ve Jan, 2011: 38).

hizmetlerine olan talebin hem tüketim ve hem de üretim yönleri bulunur.²⁰ Tüketim yönleri, bireylerin sağlıklı görünme ve hissetme algılarıdır. Üretim yönü ise beşeri sermayeye yapılan yatırımdır. Ayrıca tıbbi bakım talebi, hasta demografileri, sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin fiyatları ile tamamlayıcı ya da ikame nitelikteki mal veya hizmetlerin fiyatları ve sağlık hizmetlerinin reçetelendirilmesinde yer alan sağlayıcıların rolünü içerir (Dewar, 2017: 9).

Sağlık hizmetleri talebinde yalnızca sağlık profesyonellerinin müşterisi olan hastalar değil sağlık hizmeti satın alan ancak hasta olmayanlar, özellikle de hastalar adına temsilci olarak hareket edenler de bulunabilir (Morris vd., 2012: 21). Önemli olan sağlık hizmeti piyasasının talep olarak satın alabilecek taraf konumunda bulunabilmektir. Bir hasta sağlık hizmetlerini satın almayı seçtiğinde talebin bir parçası olur. Eğer ki potansiyel hasta tedavi için gerekli olan sağlık kaynağı ya da sağlık hizmetini satın almak ister fakat bunu yapmazsa, piyasaya etkin bir şekilde katılmayan parçasına dahil olur. Bu durumda fiyat yeterince düşerse, bu ekstra talep görünmez ya da gizli talebin olarak ortaya çıkacaktır (Getzen, 2012: 23). Burada talep belirtilmeden önce, sağlık durumu ile sağlık hizmeti arasındaki ilişkiyi anlamak gerekir. Bu da ancak kişinin sağlık ve sağlık hizmetlerine duyduğu ihtiyaca bağlı olarak açıklanabilir (McGuire vd., 2005: 122). Sağlık ekonomistleri bu nedenle ihtiyaç ve talep arasında kurulan ilişkide, ayırım yapar. İhtiyaç, sağlık hizmetlerinden yararlanma yeteneği ve kapasitesine bağlıdır. Talep ise neo-klasiklerin refah ekonomisine dayanan normatif perspektifte ödeme kabiliyeti ve istekliliği ile desteklenen tercihlere göre tahsise dayanır. Oysaki ekstra refahçı yaklaşımlar, alternatif finansman ve dağıtım sistemlerinin etkinliğini ve hakkaniyetini değerlendirmede normatif bir standart olarak ihtiyaç için merkezi bir role sahiptir (Hurley, 2000: 70). Bu açıdan refah devletinin bir gereği olarak sosyal hizmetler bağlamında ödeme kabiliyetiyle sınırlandırmadan ihtiyaçla başa çıkma noktasında sağlık hizmetlerinin talebi mümkün olmaktadır (Bradshaw, 1972: 73). Bu sayede sağlık hizmeti ihtiyacı olan ancak ödeme gücü olmayan herkes, sağlık hizmetinden

²⁰Ekonomistler, bireylerin sağlık hizmeti talebi ve kullanımı kararlarına ilişkin seçimler yapma noktasında; ilk olarak sağlık metasının oluşmasında bireysel tüketim tercihleri arasında sağlık hizmetinin değerlendirilmesi bakımından ortodoks tüketici teorisini; ikinci olarak ise sağlığı stok değişkeni olarak düşünerek sağlık hizmeti seçimlerinde zamanlar arası tüketim kararları modelini kullanmışlardır (Jack, 1999: 55,56).

yararlanabilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti ihtiyacı yalnızca bireylerin kendilerini değil tüm toplumu da ilgilendiren bir sorun teşkil etmektedir. Bu tarz durumlarda bireylerin ödeme gücüne bakılmaksızın sağlık hizmetinin sağlanması gerekmektedir. Bu açıdan sağlık hizmetleri talebini, “zorunlu talep” kavramı şeklinde değerlendirmek mümkündür (Mutlu ve Işık, 2012: 71; Çelik, 2013: 182).

Sağlık hizmetlerine olan talebin varlığı, niteliği ve talep fonksiyonlarını tahmin etmenin zorlukları olmasına rağmen, sağlık hizmeti tüketicilerinin hem kullanım hem de ihtiyaç hakkındaki bilgileri analiz edilerek talebi genel bir çerçevede tahmin etmek mümkün hale gelebilmektedir. Talebi karşılamak için gereken hizmet miktarı da böyle bir analiz ile belirlenebilir. Bu analiz için nüfusun muhtemel ihtiyaç düzeyleri dikkate alınarak sağlık hizmetini talep etme ve kullanma durumu hizmete dayalı istatistiklerden veya hane halkı anketlerinden elde edilebilir. Taleple ilgili bu tür bilgiler özellikle ülkelerin planlama kararlarıyla ilgilidir ve daha fazla sağlık hizmetlerinin ayrıntılı planlama yapılması da gerekebilir. Bunun sebebi; tüketici sağlık hizmeti talebini sadece tedavi amacı için kullanmamakta, bilgi ve destek için de sağlık talebinde bulunabilir. Ayrıca sağlık hizmetleri talebi kısmen bireylerin isteklerini gösterdiği gibi kısmen de bu istekler bireylerin; akraba, arkadaş ve sağlık profesyonellerinin eylemlerinin sonucunu yansıtmaktadır (Mills ve Gilson, 1988: 44). Sağlık hizmeti talebi için normatif beyanlarda bulunurken; hastalık insidansı ve sonuçları, tedavilerin etkinliği ve muhtemel maliyeti, fayda teorisinin altında yatan rasyonalite varsayımlarının hastanın endişesi, acı hissiyatı veya ehliyetsiz bireylerin hastalığı gibi durumlarda pek de geçerli olmayışı, hastanın kendi taleplerine ek olarak sağlık profesyonellerinin görüşleri ölçüsünde gelişen talepler veya sağlık hizmeti talebinde bulunan kişinin sağlık hizmeti fiyatı için söz konusu bakımı sağlamanın marjinal maliyetinin hiç de doğru bir yansıması olmadığı gibi durumlar göz önüne alınabilir (Culyer, 2005: 91). Özellikle de bireyler sağlık hizmeti talebinde bulunurken, ihtiyaçlarına göre faydalarını en yüksek düzeye yükseltmeyi hedefler. Bu nedenle sağlık hizmeti talebi ve kullanımı ancak ihtiyaca göre en yüksek fayda ile gerçekleştiğinde en iyi etkili sonuca ulaşabilir (Campbell, Roland ve Buetow, 2000: 1612).

Sağlık hizmetleri talebinin özellikleri aşağıda maddeler halinde kısaca anlatılmaktadır (Naldöken, Biçer ve Tosun, 2018: 134-135);

- ❖ Sağlık hizmeti talebinde bulunan kişi sağlık durumu ve hastalandığında nasıl tekrar sağlığına kavuşacağı hakkında tam bilgi sahibi değildir.
- ❖ Bireylerin sağlık hizmetine yönelik talebi düzensizdir ve önceden tahmin etmek güçtür.
- ❖ Sağlık hizmetine olan talebin karşılanmaması, ölüm gibi ciddi sorunlara yol açabilirken, işgücü ve gelir kaybına da neden olabilir.
- ❖ Sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin ihtiyaçlarına uygun olan sağlık hizmeti tercihleri; doktorun profesyonel konumuna ve doktorun hastanın koşullarına olan bakış açısına göre değişkenlik göstermektedir.
- ❖ Kişi tarafından “algılanan sağlık ihtiyacı” sağlık hizmeti talebini belirleyen önemli faktörlerden biridir. Kişinin kendi sağlık durumunu algılama şekli ve sağlık ihtiyacının var olup olmadığı yönündeki hissiyatıyla sağlık kurumuna başvurma ve sağlık hizmeti alma kararını etkiler. Bu şekilde kişiler algıladıkları sağlık ihtiyacının bir kısmını sağlık profesyonellerinin kararı sonucu sağlık hizmeti talebine dönüştürebilirken bir kısmını dönüştürmek istemeyebilirler.
- ❖ Sağlık hizmeti talebinin oluşmasına etki eden faktörler arasında; yaş, cinsiyet, medeni hal, ikamet yeri, gelir seviyesi, kişisel özellikler, sigorta durumu, sağlık hizmetleri ile ilgili yargılar, hizmet kalitesi, fırsat ve zaman maliyeti vb. bulunmaktadır.
- ❖ Sağlık hizmetleri erişimine yönelik engeller; hastaneye olan uzaklığın fazla olması, hastanenin yoğun olması ve bekleme süresinin uzun olması, kötü davranış biçimi vb. sağlık hizmetleri kullanımını ve talebi azaltan unsurlardır.
- ❖ Sağlık hizmetleri talebi, piyasadaki mal ve hizmetlerin talebine kıyasla karmaşıktır. Bu karmaşanın sebepleri; sağlık hizmetinin fiyatının sigorta kapsamında değerlendirilmesi, sağlık hizmeti ve sağlık sonuçları arasındaki bağlantının tespit edilmesinin güç olması nedeniyle kişinin kötü seçimler yapabilmesi, kişinin sağlık hizmeti maliyetleri ve sağlayacakları fayda

hakkında bilgi yetersizliği ve bireylerin hastalığı konusunda alınacak kararda sağlık profesyonellerinin payının olması, şeklinde söylenebilir (Lee, 2009: 96).

- ❖ Sağlık hizmetlerinde “arzın talep yaratma” özelliği bulunmaktadır. Hastanın hastalık durumunda hekimin bilgisine güvenmesi ve teşhis, uygulanacak tedavinin ne olacağı, uygulama süreçlerinin neler olacağı yönündeki kararları doktora bırakması sonucu doktorlar kendilerine talep yaratmış olmaktadır (Morgan, 1987 :58).

3.1.2.Sağlık Hizmet Talebi Belirleyicileri

Sağlık, piyasada alınıp satılamasa da sağlıklı olma isteği, sağlık hizmetlerine talep yaratmaktadır (Scott, 2016: 30). Sağlık piyasasında sağlık hizmeti talebi olan herkesin ihtiyaçları, algıları, tutumları, tüketim alışkanlıkları, tercihleri farklılıklar barındırır. Öte yandan sağlık hizmetine atfedilen değer, sağlık hizmetinin türü, özellikleri, fiyatı ve erişilebilirliği, sağlık hizmetlerinden beklenenler, sağlık hizmet memnuniyeti ve sağlık hizmetlerine dair bilgiler kişilerin talep konusunda kararlarını etkileyebilir (Luigi, Luliana, Alma ve Bilan, 2014: 57). İnsanların sağlık hizmeti talepleri hakkında bir şeyler bilmek, sağlık malına ne kadar değer verdiklerine dair bilgi verebilir ya da sağlık hizmeti karşısında olası tepkileri ve davranışları tahmin etmeye yardımcı olabilir. Diğer bir yandan ise belirli sağlık mal ve hizmetinin ne kadarının sübvansede edilmesi gerektiği gibi politika kararlarını etkileyebilir (Wiseman ve Jan, 2011: 38).

Genel olarak, insanların sağlık hizmetlerini talep etme nedeni, diğer mal ve hizmetlere göre farklıdır. Sağlık hizmetleri, ekonomistlerin “iyi” dedikleri şeyden daha çok “gerekli bir kötülük” olarak kabul edilebilir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma, bekleme süresinden veya ilaçların sözde yan etkilerine ve çoğumuzun hastaneden uzak durmayı tercih etmesine kadar her türlü rahatsızlıkla ilişkilidir. Sağlık üzerinde beklenen etkiler olmasaydı, sağlık hizmeti talep etmemeyi ya da kullanmamayı tercih ederdik. Bu nedenle, insanların sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak istemesi ancak sağlıktan beklenen iyileşmelerin sağlık hizmetleri talebi için katlanılacak olan zahmetten daha ağır basması gerekir (Olsen, 2009: 8). Ekonomistlerin genellikle alternatif fiyatlardan satın alınan mal ve hizmetlerin sayısı olarak tanımladıkları talep, rekabetçi bir ekonomiyi yönlendiren mekanizmadır (Rice ve Unruh, 2009: 58). Bu

açından sağlık piyasasında talep edilen sağlık hizmeti miktarı bazen, yatan hasta günleri, ayakta tedavi ziyaretleri veya reçeteler gibi kullanılan sağlık hizmetlerinin miktarıyla ya da sağlık hizmetlerinin toplam harcama maliyeti ile ölçülebilir (Ringel vd., 2002: 11,12). Sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirme, önleyici müdahaleler, teşhis hizmetleri, tedavi, destek hizmetleri ve hafifletmeyi kapsayan çok çeşitli ürün ve hizmet yelpazesinden oluşur. Bu sağlık hizmeti yelpazesine yönelik talebi çeşitli faktörler etkilenmekte ve belirlemektedir. Sağlık hizmetleri talebi; sağlık hizmetinin fiyatı, gelir, zevk ve tercihler, nüfusun büyüklüğü (Morris vd., 2012: 28), sağlık sigortasının varlığı ve kapsamı, bakım almak için kullanılan süre, hastalığın şiddeti (Phelps, 2018: 112), yaş, cinsiyet, eğitim, tüketici bilgisi, etnik köken, sağlık hizmeti kalitesi, zaman maliyetleri (Santerre ve Neun, 2013: 135,148), sağlık hizmeti fiyatının yanı sıra ilgili malların fiyatları ve bulunabilirliği, değişen zevkler ve tercihler, geleceğe ilişkin beklentiler (Ringel vd., 2002: 9), sağlık hizmeti sağlayıcılarının tutum ve davranışları, sağlık hizmetlerine uzaklık (Olsen, 2009: 46), sağlık durumu, ekonomik durum ve demografik özellikler (Henderson, 2012: 157) gibi birçok faktör tarafından belirlenir.

Sağlık hizmetleri talep fonksiyonu $D = f(P, P_s, P_c, I, HS, T)$ şeklinde temel olarak ifade edilebilir. D sağlık hizmetine olan talep miktarını temsil eder, P sağlık hizmeti fiyatıdır, P_s ikamelerin fiyatıdır, P_c tamamlayıcıların fiyatıdır, I gelirdir, HS sağlık durumu ve T zevk ve tercihlerdir. Bu fonksiyon çeşitli faktörlerin tıbbi bakım talebini oluşturmak için nasıl etkileşime girdiğinin kısa bir tasviridir. Ekonomi alanı özellikle ekonomik faktörlerle ilgilenir, bu nedenle odak noktası fiyatlar ve gelirlerdir (Rice ve Unruh, 2009: 83). Sağlık hizmetlerini belirleyen birden çok faktör bulunmaktadır. Burada önemli olan belirleyicilere değinilmeye çalışılmaktadır.

3.1.2.1. Sağlık Hizmeti Talebi ve Fiyat

Talep teorisine göre, insanların bir mala olan talebi, bu malın ne kadarının üretildiğini ve tüketildiğini belirler. Fiyat da kısmen tüketici talebine göre belirlenir. Bir ürüne olan talep, arzulanan mal veya hizmet miktarı ile satışa sunulduğu fiyat arasındaki ilişkiyi özetler ve bu ilişki talep eğrisi ile gösterilir (Rice ve Unruh, 2009: 17,58). Ancak talep eğrisi, belirli bir zaman ve yerdeki tüketici talep seviyesini, onu etkileyen tüm faktörlerle ilişkilendiren, talep fonksiyonu olarak adlandırılan daha

genel bir kavramın sadece bir yönüdür (Morris vd., 2012: 28). Sağlık hizmetleri talebinde bulunurken bir tüketicinin ödediği fiyat; sigorta, muafiyetler, cepten yapılan harcamaların üst limitleri, ek ödemeler, primler dahil olmak üzere mal veya hizmetin fiyatı birçok faktöre bağlı olarak oluşur. Bu faktörlerin herhangi birinde meydana gelecek bir değişiklik, tüketicinin sağlık hizmetleri için cepten çıkan maliyetlerini²¹ etkileyecektir (Ringel vd., 2002: 21). Bu açıdan sağlık hizmetlerinin fiyatı ne kadar yüksek olursa, tüketicilerin talep ettiği miktarda o kadar küçük olur (Zweifel vd., 2009: 83) ve diğer tüm koşulların sabit kaldığı varsayımı altında fiyat düşmeye devam talep eğrisi aşağı doğru eğimlidir. Çünkü ettikçe, giderek daha fazla miktarı insanlar satın alacaktır bu talep yasasının gereğidir (Getzen, 2013: 24). Sağlık hizmetinin fiyatındaki değişikliğe tüketicinin verdiği tepkinin ölçüsü ise sağlık hizmet talebinin fiyat esnekliğini ifade eder (Bowling, 2014: 107). Talep edilen bir ürünün miktarı fiyata duyarsızsa talep esnek değildir ve esneklik miktarı birden azdır. Bu durum bir tüketicinin temel ihtiyacı olan ürünler için geçerlidir. Bunun yanı sıra tüketicinin seçimleri gözden geçirmek ya da fiyat ve ikameler hakkında bilinçli kararlar vermek için zamanı, yeteneği veya bilgisi olmadığı durumlarda da geçerli olmaktadır. Bu nedenle, ilaçlar ve acil hizmetler gibi ürünler, sigorta kapsamındaki sağlık bakım ürünleri ve hizmetleri vb. fiyat açısından nispeten esnek değildir (Penner, 2004: 16). Bu açıdan sağlık hizmetlerinin fiyata duyarlılığı, diğer bazı mal ve hizmetlere kıyasla oldukça küçüktür (Phelps, 2018: 117). Sağlık hizmeti talebi genellikle fiyat esneklikleri 0 ila -1 arasında değişen değerlere sahiptir (Dewar, 2017: 28). Yani tüketiciler fiyat artışına yanıt olarak kullandıkları bakım miktarını azaltma konusunda güçlü değildirler (Liu ve Chollet, 2006: 5).

3.1.2.2. Sağlık Hizmeti Talebi ve Gelir

Talep, tüketicilerin yalnızca almaya istekli olduğu bir malın miktarı değildir. Aynı zamanda tüketicinin bunu karşılayabilmesidir. Dolayısıyla, tüketicinin geliri ile talebi arasında bir ilişki vardır (Morris vd., 2012: 30). Bu ilişkide tüketicinin belirli bir fiyattan talep ettiği miktar, gelirine bağlıdır (Olsen, 2009: 39). Gelir, sağlık hizmetleri

²¹ Cepten ödeme kişinin sağlık hizmetleri için ödemeyi doğrudan yapmasıyla ilgili iken cepten ödeme maliyeti ise doğrudan ödenecek fiyatı temsil eder. Dolaylı ödeme ise sosyal sağlık sigortası ya da dolaylı olarak vergilendirme vb. yoluyla yapılan ödemeleri ifade eder (McPake vd., 2020: 6).

talebini etkileyen bir diğerk önemli ekonomik değişkendir. Gelirdeki değişikliklerin talebi nasıl etkilediği, belirli sağlık hizmeti türünün normal ya da düşük malları temsil etmesine bağlıdır. Normal mallar, gelir ve talep değişiklikleri arasında doğrudan bir ilişki sergilerken, düşük mallara olan talep gelirdeki değişikliklerle ters bir ilişki gösterir. Hekim hizmetlerinin normal bir durumu temsil ettiği varsayılırsa, gelir arttığında hekim hizmetleri talebi artarak talep eğrisini sağa doğru kaydırırken gelirden bir azalma olduğunda da tam tersi sola kayma söz konusu olur. Bazı araştırmalar diş çekimlerinin düşük nitelikte bir ürünü temsil ettiğini göstermektedir. Yüksek gelirli bireyler diş problemleriyle karşılaştıklarında dişlerini çekirtmek yerine kuron ve dolgu gibi pahalı işlemler için ödeme yaparak diş çekiminden kaçınmaktadırlar (Santerre ve Neun, 2013: 129). Talebin gelir esnekliği, tüketicinin gelir düzeyindeki bir değişikliğe verdiği yanıtı ler (Liu ve Chollet, 2006: 6). Normal mallar için talebin gelir esnekliği pozitifken düşük mallar için talebin gelir esnekliği negatiftir. Gelir esneklikleri, malların ne zaman ihtiyaç veya lüks olduğunu tanımlamaya da yardımcı olur. Gelir esnekliği 0 ile +1 arasında olduğunda mallara “ihtiyaçlar” denirken gelir esneklikleri + 1’i aştığında, mallar “lüks” olarak adlandırılır. Sağlık hizmetlerinin türlerine göre gelir esneklikleri tahmini ile ilgili çoğu çalışmada sağlık hizmetinin normal bir mal olduğu fakat sağlık hizmeti talebi gelirinin esnek olmadığı ortaya konmuştur (Folland vd., 2013: 185). Yani çoğu sağlık bakım ürününün talebi gelire birlikte artar, ancak sağlık hizmetleri talep miktarının gelirden daha yavaş arttığı görülmektedir. Sonuç olarak, sağlık hizmeti harcamaları, yüksek gelirli tüketiciler arasında, düşük gelirli tüketicilere göre daha küçük bir gelir oranını temsil etmektedir (Lee, 2009: 113). Böylece daha yüksek gelir grupları, genellikle düşük gelir gruplarından daha az fiyata duyarlıdır (Feldstein, 2007: 56). Genel olarak, gereklilik olarak kabul edilen ürünler sağlık hizmetleri gibi gelir esnek değilken buna karşılık, ihtiyari hizmetlere olan talep bazı kozmetik ürünler veya ameliyatlar gibi oldukça esnek olabilir (Liu ve Chollet, 2006: 6). Ayrıca sağlık hizmetinin bir gereklilik olduğunu gösteren ülke içi sonuçlara rağmen, makro düzeyde sağlık hizmetinin aslında lüks bir mal olduğu sonucuna varılmıştır. Bu, sanayileşmiş ülkeler ve bu ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki karşılaştırmalar için geçerlidir. Çünkü lke ne kadar zenginse, sağlık

hizmetlerine olan talepte o kadar büyüktür²² (Dewar, 2017: 27,28). Biri zengin ve diğeri fakir iki ülkenin her birinin vatandaşlarına gelire bakılmaksızın ücretsiz sağlık hizmeti sağladığı varsayılırsa o zaman ülke içi gelir esneklikleri sıfır olmasa da küçük olabilir. Fakat yine de daha zengin ülke, vatandaşlarının her birine daha fazla miktar, daha yüksek teknoloji ve daha iyi kalitede sağlık hizmetleri sağlayabilir. Bu nedenle, ülkeler arası gelir esneklikleri yüksek olabilir (Folland vd., 2013: 186).

3.1.2.3.Sağlık Hizmeti Talebi ve Sağlık Statüsü

Bireyin sağlık statüsünün kötü ya da iyi olması bireyi sağlık hizmeti aramaya ve kullanmaya yönelten en önemli sebeptir. Eğer kişinin sağlık statüsü bozulmuşsa kullanmak istediği sağlık hizmeti miktarını artıracaktır. Tüketici, hastaysa ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyarsa, sağlık hizmetlerini neredeyse her fiyattan satın alacak konumdadır. Tüketicilerin sağlık hizmeti satın alma kabiliyeti, nihayetinde müşterilerin geliri ile sınırlıdır, ancak tüketiciler, ihtiyaç duyulan tıbbi bakımı satın almak için diğer birçok ürüne harcama yapma eğilimindedir (Babalola, 2017: 1). Daha hasta insanlar fiyata daha az dikkat eder ve daha sağlıklı insanlara göre daha az tepki verirler (Phelps, 2018: 132). Eğer mal veya hizmetin kullanılması hayatımızı devam ettirebilmek açısından çok da zorunlu değilse, bu durumda bu mal ve hizmetlerin fiyat değişikliklerine karşı daha kolay tepki gösteririz. Eğer bu mal veya hizmetlerin fiyatları artarsa ya aldığımız miktarı azaltırız ya da tamamen vazgeçebiliriz. Bu açıdan bakıldığında ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin şiddeti talep esnekliği katsayısını belirlemede çok önemli olacaktır. Mesela trafik kazası geçirmiş ve hayati tehlikesi olan bir insan için acil sağlık hizmetlerinin esneklik katsayısı neredeyse sıfırdır. Çünkü acil sağlık hizmetlerinin maliyeti ne olursa olsun kişi bu hizmeti satın almak isteyecektir. Ancak bu durumda kutuplarda donmak üzere olan bir kişinin konut ihtiyacı ile trafik kazası örneğindeki acil sağlık hizmeti ihtiyacı arasında fark yoktur. Gerçek şu ki kullandığımız ve ihtiyaç duyduğumuz çoğu sağlık hizmetinin ihtiyaç derecesi bu kadar yüksek değildir. İhtiyaç şiddeti düşük ve ertelenebilir nitelikte olan bazı sağlık hizmeti

²² Bu “doğrudan gelir hipotezi”nin bir sonucudur. Zengin ülkelerin sağlığa yatırım yapmak için daha fazla kaynağı bulunur ve bu sağlık eşitsizliklerine neden olabilir (Bhattacharya vd., 2014: 62).

türleri için hesaplanan esneklik katsayısı esnek olarak bulunabilir (Mills ve Gilson, 1988: 119, 120).

3.1.2.4.Sağlık Hizmeti Talebi ve Sağlık Hizmeti Türü

Sunulan sağlık hizmeti türleri büyük ölçüde farklıdır ve belirli hizmet türlerine yönelik talep ve talep esneklikleri de değişkenlik gösterir. Yatarak tedavi hizmetlerine olan talep, fiyat değişikliklerine ayakta tedavi hizmetlerine olan talepten farklı yanıt verebilir ya da benzer şekilde, akut ve önleyici bakıma yönelik talebin yanıt verme kabiliyetinde de farklılık beklenebilir. Dahası, sağlık hizmetleri laboratuvar çalışmaları, muayenehane ziyaretleri, ilaçlar, röntgenler ve çeşitli diğer mal ve hizmetleri içerebilir. Bu heterojenlik, her bir sağlık hizmeti kategorisi için ayrı talebin olabileceğini ve talep esnekliklerinin tahmin edilmesinin oldukça bilgilendirici olabileceğini göstermektedir (Ringel vd., 2002: 13). Sağlık hizmetinin türüne göre fiyata duyarlılıkları da değişkenlik gösterir. Ruh sağlığı hizmetleri ve bakım evi hizmetleri fiyata duyarlıyken hastane hizmetleri fiyata diğer hizmetlere kıyasla en düşük duyarlılığa sahiptir (Feldstein, 2007: 56). Spesifik bir tıbbi hizmet türüne olan talep, muhtemelen diğer malların fiyatlarına, özellikle de diğer ilgili tıbbi hizmet türlerine ve bulunabilirliğine bağlı olarak değişkenlik gösterir (Mcpake vd., 2020: 14,15). İki veya daha fazla mal birlikte tüketim amacıyla kullanılıyorsa, bu mallar birbirini “tamamlayıcı” nitelik taşır ve bir malın fiyatındaki artış diğerine olan talebi ters yönde etkileyerek azaltır. Örneğin, kadın hastalıkları ve pediatri servisleri arasında tamamlayıcı bir ilişki var olabilir. Öyleyse hasta pediatri hizmetlerinin fiyatındaki artış ve yüksek maliyet nedeniyle hamileliği erteleyebilir ve doğum hizmetlerine olan talebini azaltabilir. Sonuç olarak doğum hizmetleri için talep eğrisi, pediatrik hizmetlerinin yüksek fiyatına yanıt olarak sola kaymaktadır. Başka bir durumda ise iki veya daha fazla malın aynı istekleri karşılaması durumunda, malların “ikame” nitelik taşıması söz konusu olur ve bir mala olan talep artışı, ikame malın fiyatındaki artış ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin, doktor hizmetleri ve hastanede ayakta tedavi hizmetlerinin tüketimde ikame ilişkisi olabilir. Eğer ayakta tedavi hizmetlerinin fiyatı artarsa, tüketici tüketim alışkanlıklarını değiştirir ve daha fazla doktor hizmeti satın alması muhtemeldir, çünkü doktora gitme fiyatı göreceli olarak daha ucuzdur. Bu doktor hizmetleri için talep eğrisinin sağa kaymasına neden olur (Santerre ve Neun,

2013: 129,130). Başka bir açıdan da insanlar sağlık hizmeti türüyle birlikte alternatif tedavi yöntemlerini de seçerek talep oluştururlar. Kalp damarlarının açılmasında balon anjiyoplasti, çelik stentlerden yararlanma veya bypass greft ameliyatı ya da normal doğum veya sezaryen doğum gibi tedavi tercihleriyle kişiler hem sağlık hizmetinin türü ile ilgili talepte bulunurken hem de doktoruyla birlikte tedavi yöntemini seçmiş olmaktadır (Henderson, 2012: 155). Genelde sağlık hizmetlerinin bir ikamesinin olmadığı ve mutlaka sosyal hizmet niteliğinde kabul edilip bütün vatandaşların kullanması gerektiği söylenir. Bu yüzden her ne kadar sağlık hizmetlerinde çapraz esneklik üzerinde durulmasa da aslında sağlık hizmetlerinde ikameler vardır (Mills ve Gilson, 1988: 122) ve talebin çapraz fiyat esnekliği katsayıları ikameler için pozitifken tamamlayıcılar için negatiftir. Bu açıdan huzurevi bakımı ile evde bakım gibi ikame hizmetler ya da ortodonti hizmetleri ile temel diş bakımı gibi tamamlayıcı hizmetler niteliğinde ele alınan çalışmalar vardır (Liu ve Chollet, 2006: 6). Ayrıca bireysel doktorların karşılaştığı fiyat duyarlılığı, hastaneler ve diğer sağlayıcılara göre çok daha fazladır çünkü her sağlayıcı diğer sağlayıcıların olası bir ikamesidir (Strombom, Buchmueller ve Feldstein, 2002: 96; Folland vd., 2013: 185).

3.1.2.5.Sağlık Hizmeti Talebi ve Finansman

Sağlık hizmet talebini yönlendiren temel belirsizlik, sağlık ve hastalığın rastgele doğasından kaynaklanmaktadır. Hastalanan bir tüketicinin rasyonel tepkisi uygun tıbbi bakımla hastalığa çare aramak için finansal bir risk oluşturur. Riske karşı tutumumuz, onu nasıl yönettiğimizi belirlemede çok önemlidir. Sağlık sigortası, ortaya çıkan bu riske karşı koruma sağlar (Folland vd., 2013: 13; Meyer, 2016: 2). Sigorta, insanlara verilen sağlık hizmeti fiyatını değiştirdiği için, insanların farklı sigorta kapsamına tepkileri, farklı fiyatların bir temsilcisi olarak kullanılır, çünkü ekonomik teori; fiyat ya da sigorta açısından esnekliklerin eş değer olduğunu göstermektedir (Phelps, 2018: 138; Dewar, 2017: 26). Tüketicilerin sigortadaki değişikliklerine verdiği tepkiler önemlidir, çünkü sigorta kapsamı son 30 ila 40 yıl içinde önemli ölçüde artmıştır ve bunda sosyal sigortadaki olası değişiklikleri düşünmek gereklidir. Sigortanın etkisi, fiyat etkisinden farklı bir yapıya sahipken fiyat esneklikleri konusunda iç içe geçmiş bir konumdadır. Eğer ki tüketici sigortanın belli bir yüzdesini ödediği bir poliçe olduğu varsayılırsa, tüketicinin ödediği net fiyat, piyasa fiyatının

basit yüzdesi olacaktır ve tüketicinin cepten ödediği net fiyatın esnekliği ile piyasa fiyat esnekliği aynı olacaktır. Tabi ki sağlık sigorta planlarının hesap edilmesi bu kadar basit değildir. Çoğu sigorta planında tek başına poliçenin belirli bir yüzdesini ödemenin yanı sıra muafiyetler, indirimler, üst limitler gibi şeyler yer alır. Bu sebeple uygulamada poliçenin belli yüzdesini ödemek şeklinde ortaya çıkan fiyat esneklikleri ile piyasa fiyat esneklikleri farklı olacağı düşünülür (Folland vd., 2013 :187).

Sigorta, kapsanan mal ve hizmetlerin fiyatını düşürerek talebi değiştirir. Bu sebeple sigorta fiyatı sağlık hizmet talebinde etkilidir. Sigorta fiyatının oluşumu ise; tüketicinin ödediği cepten fiyat, sigortacının ödediği fiyat ve sağlayıcının talep ettiği fiyata göre şekillenmektedir. Sağlık hizmetleri talebinde sağlık sigortası yaygındır ve sigorta maliyetlerinin yükü bireyler tarafından doğrudan ya da dolaylı şekillerde finansman ile gerçekleşir tabi ki bunda sigorta planları tasarlamak için, kamunun hizmetlere verdiği değeri anlamakta gerekir. Genelde yaygın olarak kullanılan dolaylı ödemeler, sağlık sigortası primleri, vergiler, ücret indirimleri veya diğer ürünler için daha yüksek fiyatları içerir ve halkın değerlendirmeleri önemlidir; doğrudan yapılan ödemeler için ise tüketicilerin sadece gelir tahminlerini anlamak yeterli olabilir. Genelde sağlık hizmeti, kamu veya özel sigorta yardımı ile dolaylı olarak satın alındığı için, mal ve hizmetlerin değerlerini maliyetleri ile kıyaslamak zordur (Lee, 2009: 95,96,100,105). Hastalar, sağlık sigortası ile sağlık hizmetinin cepten maliyetleri düşürdüğü için daha fazla sağlık hizmeti talep ederler (Wong vd., 2010: 24; Sloan ve Hsieh, 2016: 11). Böylece sigortaya sahip olanlar daha fazla hizmet talep eder, daha fazla uzman görür ve sigortası olmayanlara göre daha yüksek tıbbi maliyetlere katlanırlar. Bunun yanı sıra sigorta sayesinde ek hizmetlerin çoğuna diğer hastalar ve hekimler için katlanılan tam maliyetlerden daha az öderler. Bu sebeple insanlar küçük tıbbi harcamalardan çok büyük, beklenmedik tıbbi harcamalar için sigorta satın alma olasılıkları daha yüksektir (Feldstein, 2007: 63,64). Özellikle de sağlık sigortası alma kararı; şu anki sağlık seviyesini, sağlıktaki olası şokları ve geçmişteki sağlık hizmeti kullanımını belirler (Bolhaar, Lindeboom ve Klaauw, 2012: 670). Bireyler sigorta planlarını kendileri için en avantajlı olana göre seçerler. Sigorta seçimi cömert olanlar, daha düşük cepten maliyetlerle karşılaşılırlar ve ilk etapta ameliyat talep etme olasılıkları çok daha yüksektir. Öte yandan tipik nüfustan daha hasta olan bu kişilerin

sağlık hizmetlerine olan talepleri daha yüksektir (Bhattacharya vd., 2014: 10). Ayrıca sigortanın etkisi gelir etkisine benzerdir ve sağlık hizmetinin bedeli sigortacı tarafından ödendiği için, doğal olarak tüketicilerin talep ettiği sigorta kapsamındaki hizmetlere olan talebini de artırmaktadır (Penner, 2004: 13). Sağlık sigortası kapsamı arttığında, talep edilen tıbbi bakım miktarı artarken, talebin fiyat esnekliği ise daha esnek olmayan bir hal alır (Santerre ve Neun, 2013: 148; Henderson, 2012: 161). Ayrıca bireylerin sağlık hizmetlerine fiyatlarına karşı daha az duyarlı olması; daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ve dolayısıyla da sağlık harcamalarının artmasında bir role sahiptir (Mills ve Gilson, 1988: 123).

3.1.2.6.Sağlık Hizmeti Talebi ve Tedarikçinin Rolü

Tüketiciler genellikle sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri hakkında vermeleri gereken kararlar konusunda rasyonel olarak cahildir. Seçeneklere aşina değildirler, seçenekleri kıyaslamak için ihtiyaç duydukları bilgi ve beceriden yoksun olmakla beraber sağlayacağı faydalarını bilinmiyorlardır ve iyi bir karar vermek için zamanları yoktur çünkü beceri ve bilgi edinmenin maliyeti yüksektir. Bu sebeple bilgili ve tüketicilerin çıkarlarını geliştirecek tavsiyeler sunabilen bir temsilci ararlar. Tıbbi sorunları olan çoğu insan, temsilcisi olarak bir doktor seçer (Lee, 2009: 102,103). Doktorlar hem tıbbi hizmet sağlayıcıları hem de hastalarının danışmanları ya da temsilcileri olarak statüleri aracılığıyla talebi etkilemektedir. Hekimler aynı zamanda temsilci olarak da hizmet ettikleri için, kendi hizmetlerine talep yaratmaktadırlar (McGuire vd., 2005: 126). Sağlık sorununu teşhis etmek genellikle sağlayıcı ve hasta arasında bir bilgi alma ve verme sürecini gerektirir. Hangi testlerin yapılacağı, hastanın semptomların açıklamasına bağlıdır. Hastaların semptomlarını nasıl açıkladıkları, bakım sağlayıcılarıyla ne kadar iyi iletişim kurabildiklerine ve dolayısıyla bakım sağlayıcılarının semptomlarını yorumlamalarına ne kadar yardımcı olduklarına bağlıdır. Ayrıca test sonuçlarının neyi gösterebileceği ve bu sonuçların nasıl yorumlanacağı konusundaki etkileşimleri için de geçerlidir. Bu bakım ihtiyaçlarının teşhisinde önemli kalırken, bakım seyrinin hem sağlayıcı hem de hasta üzerinde etkili olması için tanı ile ilgili önceki değişimleri ve iletişimleri ışığında etkilerini izlemeli ve yorumlamalıdır. Bu kurulan ilişkiler ve refah hali değişimde ne kadar başarılı olurlarsa, hastanın sağlığını iyileştirmede o kadar başarılı olacaklardır (Davis ve

McMaster, 2017: 82,83). Tedarikçiler, tüketicilerin sağlık hizmetine ilk başta düşündüğünden daha iyi ve hatta daha çok ihtiyaç duyulduğuna ikna ettiğinde sağlık hizmetine olan talep değişecektir. Burada, hastaların daha fazla sağlık hizmeti kullanmasını öneren doktorlar tarafından talep teşvik edilmektedir (Olsen, 2009: 140,141). Hastalara doktorları tarafından verilen tavsiyeler genellikle tıbbi bakımlarını belirleyen ana faktördür. Hekimler genellikle önerilen tedavinin sağlayıcısıdır. Ayrıca, hekimler hastaların bu hizmetler için teşvik edilmiş talep yaratmak üzere tıbbi hizmetlere olan talebini manipüle edebilecek durumdadırlar. Bunu yapmak için motivasyonları, kendi çıkarlarını teşvik etmek veya hastalarının refahını arttırmak olabilir. Bunu konsültasyonlar ve yönlendirmeler şeklinde hastalara verilen hizmet sayısındaki artış veya servis karmasındaki bir değişiklik yoluyla ortaya çıkarabilirler. Bu şekilde arzın talep yaratması tipik olarak iki ana endişeyi gündeme getirmektedir. Birincisi, sağlık harcamalarını artırabilir ve hükümet bütçeleri üzerinde baskı oluşturabilir. İkincisi, verimlilik açısından etkileri olabilir, çünkü bir ülkenin sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarının payını dengeleyici faydasını çok az veya hiç olmadan artırabilir (Bickerdyke vd., 2002: 1). Ayrıca sağlayıcıların rolü fiyat esnekliği tahminini karmaşıktırabilir. Tedarikçiler olarak, sağlayıcılar, maliyet paylaşımındaki bir değişikliğin tetiklediği talepteki değişikliklere, uygulama modellerini değiştirerek, sağlanan bakımı kontrol ederek yanıt verebilirler. Sağlayıcı davranışını²³ yeterince kontrol edememek, toplamda kabaca doğru olsa da farklı bakım ortamlarındaki fiyat değişikliklerine tüketici tepkileri hakkında çok az fikir verebilen esneklik tahminleri üretebilir (Liu ve Chollet, 2006: 37,38).

3.1.2.7. Sağlık Hizmeti Talebi ve Zaman

Uygun sağlık hizmetinin bulunabilmesi ya da varlığı açısından zaman sağlık hizmet talebini etkiler. Uzun bir zaman diliminde sağlık hizmetinin bulunabilmesi ya da ikame ve tamamlayıcılarının var olması açısından bu hizmetin alınması kolaylaşır ve sağlık hizmeti talep esneklikleri daha esnek bir hal alır. Tam tersi kısa bir zamanda

²³ Her doktorun tıbbi etik, kurumsal ve düzenleyici çerçevede teşhis, tanı ve tercih ettiği tedavi yöntemi ile ilgili yaklaşımları farklıdır. Doktorun davranışları; gelir, boş zaman, mesleki itibar, mesleki ilgi alanları, iş yükü, hasta refahı, başkalarına yardım etme arzusu, kontrol bilgisi, hasta karar verme sürecine tercih edilen katılım düzeyi gibi faktörler tarafından şekillenmektedir (Bickerdyke vd., 2002: 29). Ayrıca doktor davranışını belirleyen faktörlerle ilgili Bickerdyke ve diğerleri (2002) s.28 şekil 4.1. incelenebilir.

ani bir şekilde ortaya çıkan bir talepte ise esneklikler bir hayli azdır (Rice ve Unruh, 2009: 22). Başka bir açıdan ise sağlık hizmetlerine erişim için seyahat ve bekleme zamanları sağlık hizmet talebini etkiler (Feldstein, 2007: 56). Bu açıdan kişisel sağlık hizmetleri talebinde, harcanan zaman çeşitli biçimlerde olabilir ve kişiler sağlık hizmetini alabilmek için sadece sağlık hizmeti fiyatı için değil bunun yanı sıra kaybedilen zaman içinde çeşitli bedeller ile karşılaşır. Bunların en başında seyahat süresi, doktorun ofisinde bekleme süresi, ziyaret sırasında geçirilen süre ve ziyaret takibi için harcanan zaman, reçete edilen ilaçların satın alınmasında geçen zamanlardır. Ayrıca kişinin harcadığı benzin, geçiş ücretleri ya da ebeveynin eşi veya bakıcısının hastaya eşlik etmesi gibi durumlar, bir doktor ziyaretinin tam fiyatına kayda değer bir miktar ekleyebilir (Sloan ve Hsieh, 2012: 95,96). Böylece, bu sağlık hizmetlerinin fiyatı yanı sıra kişinin cebinden ödediği ek bedeller zaman maliyetlerini oluşturur ve tıbbi hizmetlerine yönelik talep edilen miktarı da etkileyebilir. Zaman maliyetleri ayrıca kişilerin sağlık hizmetini alabilmek için vazgeçtikleri fırsat maliyetlerini de içerir. Bir bireyin zamanının fırsat maliyeti, kişinin tıbbi hizmet alırken vazgeçtiği faaliyetlerin parasal değerini temsil eder (Santerre ve Neun, 2013: 131). Doğal olarak, emekliler düşük bekleme maliyetlerine sahipken, çalışan annelerin bekleme maliyetleri oldukça yüksektir. Dolayısıyla zaman maliyetleri arttıkça sağlık hizmetine olan talep azalır (Feldstein, 2007: 56).

3.1.2.8. Sağlık Hizmet Talebi ve Demografik Faktörler

Hem bireysel hem de nüfus demografileri tıbbi bakım talebinin bazı belirleyicileridir. Önemli olan bazı demografik faktörler şu şekilde sıralanabilir:

Birey sayısı; gerek hane halkı birey sayısı gerek ülke nüfusu artışı sağlık hizmet talebini artırabilir. Diğer yandan daha fazla bekar ebeveyn, işgücünde daha fazla kadının yer alması, sonraki evlilikler, aile başına daha az çocuk ve daha fazla hareketlilik, doğrudan ailelerin sağlık hizmeti talebi için daha az talebe ve tıbbi sağlayıcılara daha fazla güvenmeye dönüşebilir (Henderson, 2012: 158).

Cinsiyet; erkeklerin ve kadınların biyolojik ve davranışsal yapılarında farklılıklar vardır. Bu nedenle birçok yaygın hastalığın vuku bulması, epidemiyolojisi, patofizyolojisi ve sağlık hizmetlerine yaklaşımı bu farklılıklardan etkilenir (Regit-

Zakrosek, 2012: 596). Dolayısıyla cinsiyete göre sağlık hizmet taleplerinde farklılıklar olsa da (Folland vd., 2013: 190) genelde kadınların sağlık hizmet talebi erkeklere göre daha fazla olduğu düşünülür. Kadınlar doğum ve benzeri nedenlerle daha sık hastaneye kaldırılmaktayken, nitekim erkekler hastaneye kaldırıldıklarında ise yüzde 50 daha uzun süre hastanede kalmaktadırlar (Henderson, 2012: 159). Buna ek olarak kadınlarda kalp rahatsızlıkları, osteoporoz, immünolojik hastalıklar, depresyon ve alzheimer gibi bazı hastalıklar erkeklerden daha yaygındır, buna rağmen erkeklere göre kadınların ortalama yaşam süresi daha uzundur (Regit-Zakrosek, 2012: 598).

Medeni durum; bireylerin evli veya bekar olması öncelikle evde sağlık üretimi yoluyla sağlık hizmeti talebini etkileyecektir. Evli bir kişi, evde kendisine bakabilecek eşinin bulunması nedeniyle, özellikle hastane bakımı olmak üzere daha az tıbbi bakım talep edecektir (Santerre ve Neun, 2013: 135).

Yaş; insanlar yaşları ya da başka bir deyişle sağlıktaki yıpranma oranlarının artması ile daha fazla tıbbi bakım talep edebilirler (Phelps: 2018: 122). Özellikle genç yetişkinlere göre orta yaş ve sonrasında kişisel sağlık hizmetlerinin talebi ve tüketimi çok daha yüksektir (Sloan ve Hsieh, 2016:2).

Eğitim; insanların eğitim düzeylerinin tıbbi bakım talebi üzerindeki etkisini tahmin etmek zordur. Bir yandan, ek eğitimle bireyler tıbbi bakımın sağlık üzerindeki potansiyel etkisini daha iyi anlayabilir ve bu sayede sağlıktaki yıpranma oranını yavaşlatmak için sağlık hizmeti almaya daha istekli olabilir. Öte yandan, yüksek eğitim seviyesine sahip bir birey, sağlıkta yıpranma oranını yavaşlatmak için evde üretilen sağlık hizmetlerini daha verimli kullanabilir ve daha az tıbbi bakım hizmeti talep edebilir. Böylelikle sağlık üretimine katkı sağlayan ve sağlık talebini artıran bireylerin sağlığın değerini anlama, hastalığın erken uyarı belirtilerini fark etme olasılıkları daha yüksek olabilir. Buna bağlı olarak daha az maliyetle tedavi şansı yüksek olabilirken nitekim ek eğitim seviyesi ile akut bakım talebi arasında ters bir ilişki olduğu söylenebilir (Santerre ve Neun, 2013: 135).

3.1.2.9.Sağlık Hizmeti Talebi ve Diğer Faktörler

Sağlık hizmetlerine yönelik olarak yapılan harcamaların sağlık hizmetleri talep tarafını yaşlanan nüfus, yaşam tarzı hastalıkları artışı, hastanın beklentilerinin artması

ve sağlık hizmeti tüketicileri arasında değer bilinçsizliğinin olması şeklinde dört temel etmen artırmaktadır. Nitekim, 2040 yılına kadar küresel nüfusun %30'unu oluşturacak doğal olarak yaşlanan bir nüfusun varlığı ve sağlıksız yaşam tarzlarının kronik ve önlenemez hastalıklara yol açması ile oluşan ve artan bir hastalık yükü söz konusudur. Böyle bir durumda sağlık hizmetlerinde kapasite artışları oluşur ve performans şeffaflığının olmaması ya da iyileştirilmiş sağ kalım oranlarının fazla olmasıyla da daha uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyulmasına neden olarak sağlık hizmetleri talebini artış yönünde tetikleyecektir. Bunun yanında fiyat sinyallerinin ve teşviklerin eksikliğinden kaynaklanan değer bilincinin zayıflığı ve temel ihtiyaçların karşılması sonucu ile daha yüksek hasta beklentilerine sahip olan insanlar sağlık hizmet talebini artıracaklardır (World Economic Form (WEF), 2013: 6).

Kentsel veya kırsal alanlarda yaşayan kişilerin sağlık hizmeti talebi veya kullanımında farklılıklar bulmaktadır. Kırsal kesimde yaşayanlar daha az sağlık hizmet talebinde bulunuyor ise sebebin yalnızca yoksulluk kaynaklı olduğu düşünülmemelidir. Bu talep azlığı; kültürel olarak farklılıklar, kişinin yaşam algısı, zevkleri, sağlık durumu ya da bölgedeki kırsal alan hakimiyetinin bir sonucu olduğu düşünülebilir. Başka bir argümana göre ise sağlık hizmet talep azlığı kırsal kültürden veya zevklerden ziyade kırsal alanlarda sağlık hizmeti almak için gerekenden daha uzun seyahat mesafelerinin varlığı ve seyahat masraflarının olduğu yönündedir (Folland vd., 2013: 190). Oysaki klinikler ve hizmetler mevcut olduğunda bile, hem tıbbi hizmetleri tüketmenin önemli manevi maliyetleri hem de kalitesizliği nedeniyle talep ve kullanım oranları düşük olabilir (Jack, 1999: 56).

Günümüzde dünya nüfusunun neredeyse yarısı artık kırsal yerleşimler yerine kentsel yerleşimlerde yaşıyor. Çünkü şehirler, daha iyi istihdam, eğitim, kültür ve sağlık hizmetleri sunar. Her ne kadar şehirleşme sağlık hizmetlerine kolay erişim imkanı sağlasa da standartların altında barınma, kalabalık, hava kirliliği, yetersiz veya kirli içme suyu, yetersiz sanitasyon ve katı atık bertaraf hizmetleri, vektör kaynaklı hastalıklar, endüstriyel atık, artan motorlu araç trafiği, yoksulluk ve işsizlikle ilişkili stres gibi faktörlerle kentsel sağlık risklerini artırarak beraberinde getirmektedir (Moore, Gould ve Keary, 2002: 269). Dolayısıyla kentsel yerleşimlerde sağlık hizmet talebi de artmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 170).

Zevk ve tercihler; medeni durum, eğitim, yaşam tarzı ve bireylerin sağlıklı yaşama nasıl değer verdikleri yönünde kişisel özelliklerle ilgilidir. Bu kişilerin belirli tıbbi hizmet türlerini daha fazla veya az tercih etmesine neden olabilir. Şayet bir kişinin aşırı miktarda alkol veya sigara kullanımı yaşam tarzı değişkeni olarak sağlık durumunu ve dolayısıyla talep edilen sağlık hizmeti miktarını etkileyebilir. Öyleyse bu kişinin tercihi daha fazla sağlık hizmeti tüketerek sigaranın sağlığa zararlı etkisini telafi etmek olabilir ve bu da tıbbi bakım için artan bir talebe dönüşür (Santerre ve Neun, 2013: 136). Özellikle talebin oluşmasında hastaların tedavi alternatiflerine harcayacak parası ve bunları tercih sırasına göre sıralama yeteneği olması gerekir. Aksi halde, hastalar tıbbi kaynak tahsisi oyununda sadece birer piyondur (Henderson, 2012: 155). Eğer ki zevk ve tercihler iynin lehine değişirse, talep artar veya bunun tersi de geçerli olabilir. Örneğin, hastane temelli fizyoterapi hizmetleri ve toplum fizyoterapi hizmetleri olmak üzere iki tür tedavi varsa ve tercihler toplum tedavisine doğru kayarsa, toplum tedavisine olan talep artacak ve hastanede tedaviye olan talep azalacaktır (Scott, 2016: 16).

Gelecekteki gelir, servet ve fiyat beklentileri; tüketici davranışını belirlemede önemlidir. Tüketiciler yakın gelecekte gelirlerinin artmasını beklerlerse, şimdi daha fazla harcama yapmak isteyebilirler ve böylece talebi artırabilirler. Aksine gelecekteki gelir ve servetin düşeceği beklentisi ise talebi azaltacaktır (Scott, 2016: 16). Ancak talep ile yalnızca tüketicilerin tercihleri; fiyat ve gelir değişikliklerine tepkilerini tahmin etmemize izin verecek kadar istikrarlıysa fiyat ve gelir değişiklikleri, tüketim kararlarının önemli ve yararlı talep belirleyicilerinden biri olabilir. Mesela reklam kampanyaları tüketicilerin aspirin hakkındaki fikirlerini kolaylıkla değiştirebiliyorsa, gelirler ve fiyatlar hakkındaki verileri izlemek pek de işe yaramayacaktır. Bu durumda önemli olan asıl şey fiyattaki değişiklikler değil, tutumdaki değişiklikler olacaktır. Bu açıdan tüketicilerin çeşitli ürünlerin sağlığa etkileri ile ilgili inançları, açık bir şekilde talep tartışmalarının merkezinde yer almasına neden olur. Pek az insan kendi iyiliği için aspirin ister ve aspirin talebi, tüketicilerin sağlıkları üzerindeki etkileri hakkındaki beklentilerine bağlı olarak oluşur. Bu beklentilerin iki boyutu vardır. İlk boyut, tüketicilerin kendi sağlıkları hakkındaki inançlarına bağlıdır. Bireyler sağlıklı olduklarına inanırlarsa, sağlıklarını iyileştirmek için mal ve hizmet satın alma

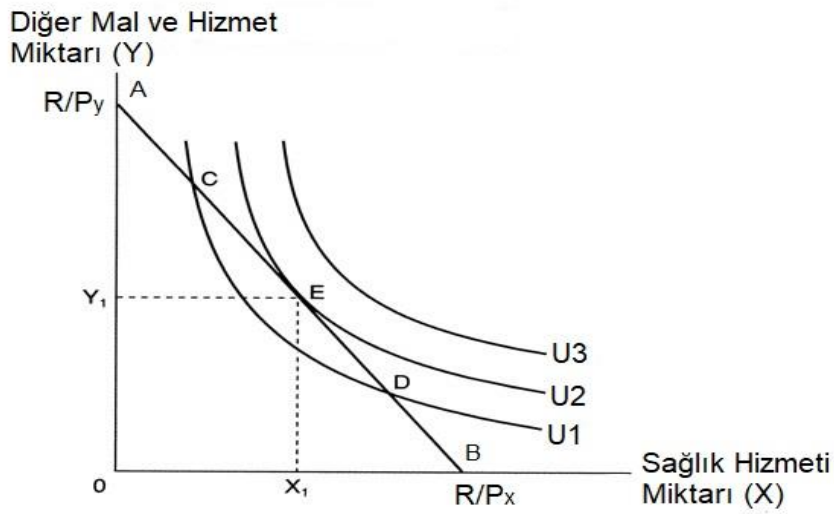
olasılıkları ve talepleri düşük olacaktır. Diğer boyut ise bir ürünün sağlığı ne kadar iyileştireceğine ilişkin algıya bağlıdır. Başım ağrıyor ama aspirinin baş ağrısını geçirmeyeceği algısına sahipsem, aspirini satın almak ve talep etmek istemem. Böylelikle mal ve hizmetlerin sağlığı iyileştirme kapasitesine ilişkin sağlık durumu algısı ve inançlar talebi etkilemektedir (Lee, 2009: 99,100).

3.2. Tüketiciler ve Sağlık Hizmeti Talebi

Sağlık hizmetleri talep analizinin değerlendirilmesi, mikroekonomi temelli tüketici teorisine dayanmaktadır. Tüketici teorisi, rasyonel bireylerin sınırlı kaynaklarla karşı karşıya kaldıklarında tüketim tercihlerini nasıl yaptıklarını inceler (Wiseman ve Jan, 2011:54; Folland vd., 2013: 28). Genel ekonomik yaklaşım, tüketiciyi rasyonel kararlar vererek faydasını maksimize eden tüketici egemen olarak belirler ve talebi, bütçe değerlendirmelerinin somut rolüyle sınırlandırılan ödeme istekliliği ile ilişkilendirir (McGuire vd., 2012: 121). Burada tüketici talebi modeli ise fayda işlevi ile başlayarak talep kavramının temelini oluşturur (Phelps, 2018: 83). Ekonominin çoğu yerinde bireyler hangi mal ve hizmetleri tüketmek istedikleri konusunda seçim yaparlar ve bu talepleri piyasada ifade ederler. Hangi ürünleri sevdiğileri, ne kadar sevdiğileri ve neyin mevcut olduğu ve hangi fiyattan satılacağı konusundaki bilgileriyle seçimler yaparlar. Talep teorisi, insanların nasıl seçim yaptıklarını ve seçimlerinin değişen koşullar ile nasıl değişebileceğini anlamaya çalışmakla ilgilidir (Mcpake vd., 2020: 13). Talep kavramı temelini fayda kavramından alır (Bowling, 2014: 107) ve fayda tüketicilerin ihtiyaçlarını tatmin etmenin bir ölçüsüdür (Dutta, 2006: 16). Tüketiciler, gelir kısıtlamalarına tabi olarak kendi faydasını maksimize eden mal sepetini tercih ederek tüketici dengesine ulaşmayı hedeflemektedir (Wiseman ve Jan,2011: 54).

Tüketici dengeye ulaşma ve faydasını maksimum yapma çabası içinde rasyonel olarak üç aşamada tercih ve kararlarda bulunmaktadır. İlk aşamada, tüketici kendi faydasını maksimize eden en iyi hangi mal ve hizmet sepetini nasıl tercih edeceğini araştırır. Bu kayıtsızlık ve fayda eğrileri ile açıklanmaya çalışılmaktadır. İkinci aşamada, tüketici elindeki sınırlı kaynaklar ile hangi seçenekleri ödeyebileceğini ya da karşılayabileceğini belirlemelidir. Bu bütçe kısıtı ve doğrusu ile açıklanmaya çalışılır (Folland vd., 2013: 23). Üçüncü ve son aşamada ise tüketicinin kıt olan para gelirini

iki mal arasında nasıl tahsis edeceğine dair kararı yani tercihleri harcama gücüyle eşleştirme girişimidir ve bu süreçte maksimum tatmin elde etme çalışılarak (Henderson, 2012: 96) tüketici denge koşuluna ulaşmaktadır ve bu nokta da kayıtsızlık eğrisi bütçe doğrusuna teğet olmaktadır (Çelik, 2013: 118). Bu dengeye ulaşma çabasında kayıtsızlık eğrileri ve bütçe çizgileri ile optimizasyonun mekaniğini keşfedilmeye (Getzen, 2012: 37) ve aşağıda Şekil 3.1 yardımı ile tüketici denge koşulu açıklanmaya çalışılmaktadır;



Şekil 3.1. Tüketici Denge Analizi

Kaynak: Çelik, 2013: 117

Şekil 3.1’de grafiksel olarak gösterilen U1, U2, U3 kayıtsızlık eğrileri tüketici tercihlerini ve tüketicinin ne almaya istekli olduğunu ifade eder (Henderson, 2012: 96). Her bir kayıtsızlık eğrisi üzerinde, aynı fayda seviyesini yaratan sağlık hizmeti miktarı (X) ve diğer mal ve hizmet miktarı (Y) tüm kombinasyonlar kümesi yer alır. Tüketici mümkün olan en yüksek kayıtsızlık eğrisine ulaşmaya çalışır çünkü fayda o zaman daha yüksektir (Phelps, 2018: 83). U2 kayıtsızlık eğrisi U1’den ve U3 kayıtsızlık eğrisi de U2’den daha yüksek bir faydaya sahiptir. Çünkü her noktada, kişi her iki maldan da daha fazla fayda elde etmektedir (Rice ve Unruh, 2009: 12). Bütçe çizgisi (AB) ile gösterilen gelir kısıtlaması, tüketicinin ne satın alabileceğini temsil eder (Henderson, 2012: 96). Tüketici, piyasada temsil edilen herhangi iki mal kombinasyonuna, sağlık hizmeti ya da diğer mal ve hizmetler için ödeme yapmalıdır ve genel harcama, mevcut bütçe ile sınırlıdır. Bütçe: $R = P_x \cdot X + P_y \cdot Y$ düz bir çizgi

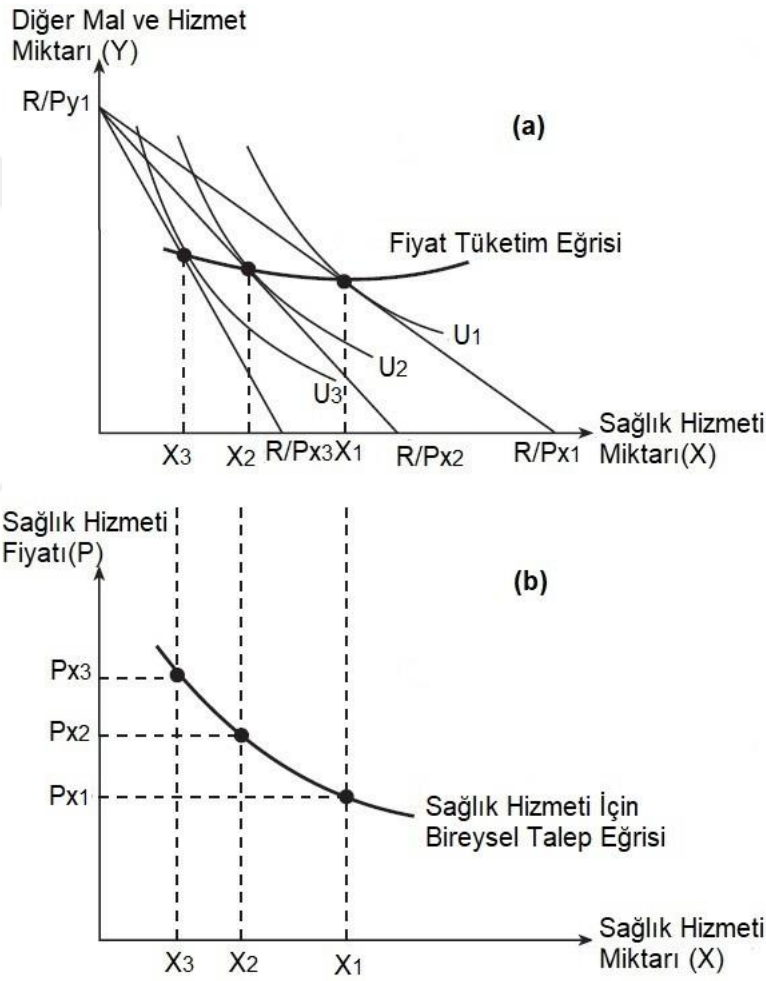
olarak gösteren AB doğrusunu temsil eder. Tüketici olabildiğince yüksek bir fayda düzeyine ulaşmak istediğinden, tüm bütçe her zaman kullanılır (Phelps, 2018: 84). Bütçe sınırlama çizgisinin her bir eksenini kestiği nokta, tüketicinin tüm geliri o tek hizmete harcayarak her bir mal veya hizmetten kaç tane satın alabileceğini gösterir. Yani tüketici B noktasında gelirinin tamamını sağlık hizmetlerine harcayarak R/Px miktar sağlık hizmeti almakta iken A noktasında gelirinin tamamını diğer mal ve hizmetlere harcayarak R/Py miktarında diğer mal ve hizmet satın almaktadır (Rice ve Unruh, 2009: 14). Tüketici bütçe kısıtlaması altında memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak için elde edilebilecek en yüksek kayıtsızlık eğrisi ile faydasını maksimuma ulaştırmaya ve denge noktasına ulaşmaya çalışmaktadır. Bütçe doğrusu ve kayıtsızlık eğrileri C, D ve E noktalarında kesişmektedir. Tüketici C ve D noktalarını tercih edebilir konumdadır fakat bu noktalarda faydası maksimuma ulaşmaz çünkü C ve D noktası en düşük faydayı sağlayan U1 kayıtsızlık eğrisi üzerinde yer almaktadır. Tüketici U3 kayıtsızlık eğrisine ulaşabilmek için de daha fazla miktarda mal ve hizmete ihtiyacı vardır ama bunun için yeterli bütçesi yoktur. Bu tür alternatifleri reddeden tüketici, bütçe doğrusunun U2 kayıtsızlık eğrisinin teğet olduğu E noktasında bütçesinin tamamını kullanarak faydasını maksimize eder ve tüketici dengesi sağlanır (Çelik, 2013: 117,118).

Şekil 3.1’de gösterilen U1, U2 ve U3 kayıtsızlık eğrileri ile faydanın ölçülemez sıralanabileceğini söyleyen ordinalistler, tüketici fayda maksimizasyonuna bütçe doğrusunun eğimi ($-P_x/P_y$) ve fayda fonksiyonunun eğiminin ($MRS_{x,y} = -\Delta q_y / \Delta q_x = -MU_x/MU_y$) eşit olduğu E noktasında ($MRS_{x,y} = \Delta q_x / \Delta q_y = MU_x/MU_y = P_x/P_y$) sağlanabileceğini söyler. Kardinalistler ise bir malın faydasının para ile ölçülebileceğini varsayar. Kardinalistlerde de tüketiciler kendilerine rasyonel olarak en fazla faydayı veren mal ve hizmet miktarını seçmek isterler. Fakat nasıl ki bir ihtiyaç giderildikçe şiddeti azalıyor tüketicinin de bir mal ve hizmeti tüketim miktarı arttıkça kişiye sağladığı fayda azalmaktadır. Bu sebeple tüketicinin en son birim tükettiği mal miktarı tüketiciye en yüksek faydayı sağlayarak marjinal faydasını (MU) ifade eder. Tüketici tercihlerini marjinal faydası en yüksek mala göre satın alır fakat ihtiyaç duyulan malların fiyatları birbirine eşit değildir. Bu durumda kardinalistler tüketici dengesine her bir malın son birimine (MU) ödemeye hazır oldukları fiyatlar(P)

birbirine eşit ($MU = P$) olduğunda ulaşacaklardır (Dinler, 2013: 39,72,73). Başka bir deyişle eğer ki tüketici fayda maksimizasyonu sağlık hizmeti (X) ve diğer mal ve hizmetler (Y) olduğunda; tüketici dengesi tüketilen sağlık hizmeti miktarının son birimine (MU_x) ve diğer mal ve hizmetlerin son birimine (MU_y) ödemeye hazır olunan sağlık hizmeti fiyatı (P_x) ve diğer mal ve hizmetlerin fiyatı (P_y) fiyatına eşitliği $MU_x/P_x = MU_y/P_y$ sağlandığında gerçekleşir (Rice ve Unruh, 2009: 14). Hem ordinalistler hem de kardinalistler açısından tüketilecek malın faydasının ölçülüp ölçülmeyeceği konusunda bir tartışma olsa da tüketicinin dengesi fayda maksimizasyonu konusunda ikisi de aynı görüşü savunur. Her ikisinin de tüketici dengesi her mal ve hizmet için ödenen son liranın faydaları eşitlendiğinde $MU_x/P_x = MU_y/P_y$ gerçekleşir (Yıldırım, 2012: 34,42). Hem ordinalistler hem de kardinalistler için gerçekleşen tüketici dengesi fayda maksimizasyon noktalarından sağlık hizmet talebi eğrisinin türetilmesi, tüketicilerin sağlık hizmeti talep yapısını anlama açısından aşağıda incelenmeye çalışılmaktadır.

a) Ordinalistlere Göre Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebi Eğrisinin Türetilmesi: Tüketicilerin sağlık hizmetleri talebi modeli, fayda işlevi ile başlar ve tüketicinin, dönemden döneme veya tıbbi bakımın değeri gibi yeni bilgilerle değişmemesi anlamında istikrarlı ve sıralanabilir bir fayda işlevi olduğu varsayılarak incelenmeye alınır. Sağlık hizmetleri (X) ve diğer mallar (Y) arasında iki mal olduğu farz edilerek iki mallı kombinasyonlardan tercihler yapılarak bu tercihler sıralanır. Tüketici, sağlık üretmek için kullanılan herhangi bir tıbbi bakım için ödeme yapmalıdır ve genel harcama, mevcut bütçe ile sınırlandırılmalıdır (Phelps, 2018: 83). Bütçe kısıtlaması verildiğinde memnuniyeti en üst düzeye çıkarmak için, tüketici elde edilebilecek en iyi ve en yüksek kayıtsızlık eğrisini arayacaktır. Tüketicinin iki mal arasında tercih yapmaya istekli olduğu oran, kayıtsızlık eğrisinin eğimi ($-MU_x/MU_y$) ve tüketicinin iki malın piyasa fiyatlarından alıp satabildiği orana, bütçe kısıtlamasının eğimine ($-P_x/P_y$) eşit olduğunda ($MU_x/MU_y = P_x/P_y$) tüketici denge noktasına ulaşır (Folland, 2013: 23). Bunun yanında ne alacağımız ve ne kadar satın alacağımız konusundaki kararlarımızın çoğunda en önemli husus fiyattır. Fiyat düştüğünde bir mal satın alma ve daha büyük miktarlarda satın alma olasılığımız yükselir. Bu ilişki genellikle şematik olarak bir talep eğrisinde sunulur. Bu da yüksek fiyatlarda talep

edilen miktarın daha düşük olması ya da düşük fiyatlarda talep edilen miktarın daha yüksek olması eğiliminde olduğunu gösterir (Mcpake vd., 2020: 13). Dolayısıyla çıkış noktası tüketici denge analizi olan fayda fonksiyonlarından, sağlık hizmeti bireysel talep eğrilerine geçişe dair karakterizasyonlar verilmiş olur ve böylece insanların farklı fiyatlardan ne kadar tıbbi bakım tüketiceğinin gösterilmiş olduğu tüketicinin bireysel talep eğrisi türetilmiş olur (Phepls,2018: 87). Ordinalistlere göre bireysel talep eğrisinin türetilmesi Şekil 3.2’de gösterilmektedir:



Şekil 3.2 a) Ordinal Tüketici Denge Analizi, b) Tüketicinin Bireysel Talep Eğrisi
Kaynak: Phelps, 2018: 88

Şekil 3.2’de sağlık hizmetleri miktarı (X) ve diğ er mal ve hizmetler miktarı (Y) kombinasyonlarının nasıl fayda yarattığını gösteren tüketici denge analizi noktalarından, istenen sağlık hizmet miktarının (X) sağlık hizmeti fiyatı (Px) ile nasıl

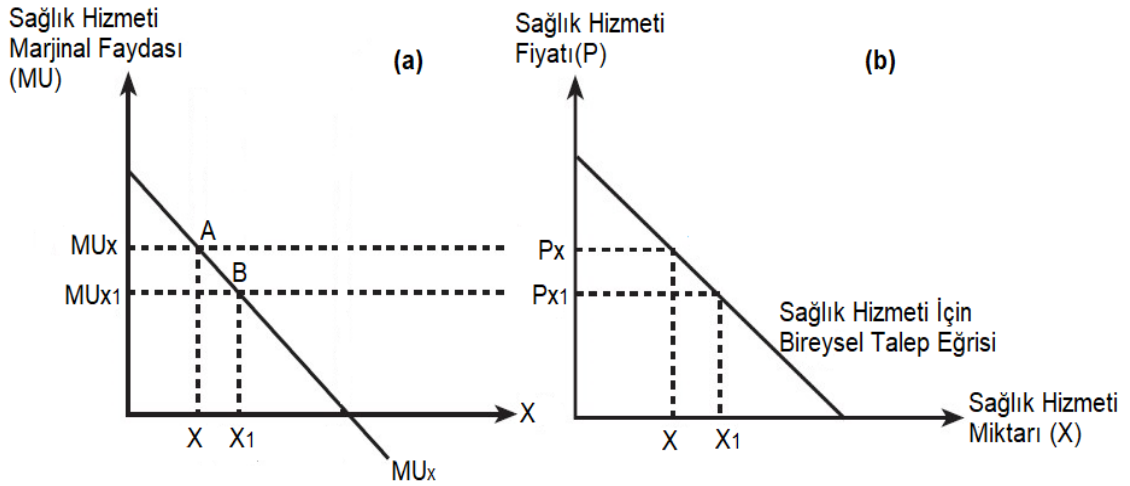
değiştiğini gösteren tüketicinin sağlık hizmeti için bireysel talep eğrisine geçişi açıklanmaya çalışılmaktadır. Şekil 3.2a'da başlangıçta tüketici $Px1$ fiyatından tüm bütçesini kullanarak, $X1$ kadar sağlık hizmeti miktarı olarak $U1$ kayıtsızlık eğrisi üzerinde tüketici dengesini gerçekleştirir. Şekil 3.2b'de sağlık hizmetinin fiyatı $Px1$ 'den $Px2$ 'ye yükseldiğinde tüketici yeni fiyattan daha az sağlık hizmeti miktarı $X2$ talep eder. Aynı zamanda Şekil 3.2a'da da sağlık hizmetinin fiyatı $Px1$ 'den $Px2$ 'ye çıkışı tüketici bütçesinde sağlık hizmeti miktarını $X1$ 'den $X2$ 'ye azaltmasına neden olarak bütçe doğrusunu sola kaydırır ve sağlık hizmeti miktar eksenini $R/Px2$ 'de keser böylece yeni tüketici denge noktası $U2$ kayıtsızlık eğrisi üzerinde sağlanır. Aynı durum sağlık hizmetinin fiyatı tekrar $Px2$ 'den $Px3$ 'e yükseldiğinde tüketici $X2$ 'den daha az sağlık hizmeti miktarı talep eder. Bunun yanında bütçe doğrusu sola kayarak sağlık hizmeti miktar eksenini $R/Px3$ 'de keser ve yeni tüketici denge noktası $U3$ kayıtsızlık eğrisi üzerinde sağlanmaktadır. Dolayısıyla Şekil 3.2a üzerinde sağlık hizmeti fiyat değişimine bağlı olarak tüketicinin faydasının maksimum olduğu her bir denge noktasının birleştirilmesiyle fiyat tüketim eğrisi oluşur ve Şekil 3.2b'de tüketicinin sağlık hizmetinin fiyatı değişmesi sonucu sağlık hizmeti miktarlarında meydana gelen değişimin gösterildiği tüketicinin sağlık hizmeti için bireysel talep eğrisi elde edilir (Morris vd., 2012: 25,26; Phelps, 2018: 88; Folland vd., 2013: 32,33).

b) Kardinalistlere Göre Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebi Eğrisinin Türetilmesi: Kardinalistlere göre tüketicilerin mal ve hizmetlerden elde ettiği fayda util veya utilon da denilen fayda birimi cinsinden ölçülebilir. Tüketici grip aşısı olduğunda 10 util fayda ve dünya turuna çıktığında 20 util fayda elde edebileceği varsayıldığında tüketicinin dünya turuna çıkması 2 kat daha faydalıdır denilebilir. Tüketim sonucu elde edilen toplam memnuniyet, toplam fayda (TU) ile ifade edilir. Tüketici faydasını en yükseğe çıkarmak ister ve ne kadar çok mal ve hizmet miktarı tüketirse o kadar toplam faydası artar. Ancak bir tüketicinin aç karnına yediği bir elma ile tok karnına yediği elmanın faydası tüketici açısından aynı değildir. Dolayısıyla tüketici ihtiyacını giderebileceği kendisine en yüksek faydayı sağlayan mal ve hizmeti satın almak ister ve bu da bir malın fazladan bir birimini tüketmenin ek faydası olan marjinal fayda kavramı (MU) ile açıklanabilir (Çelik, 2013: 107,108). Aynı zamanda tüketicinin faydasını en üst düzeye çıkarma girişimi, bireylerin gelirlerini farklı mal ve

hizmetlere dağıtma şeklini yansıtır. Tüketici için bir malın faydası ne kadar büyük olursa (MU), herkesin ödemeye hazır olacağı bedelin(P) de o kadar büyük olacağı varsayılır (Bowling, 2014: 107). Eğer ki tüketicinin satın almak istediği malın fiyatı elde edeceği marjinal faydadan yüksekse ($P > MU$) tüketici mal ve hizmete gelirini harcamaz ve tüketimini azaltır. Böylece toplam fayda düşer, marjinal fayda yükselir. Tam tersi durumda ise tüketicinin satın almak istediği malın ve hizmetin marjinal faydası fiyatından yüksekse ($MU > P$) tüketici mal ve hizmete gelirini harcamayı tercih eder ve tüketimini artırır. Böylece toplam fayda artar, marjinal fayda azalır. Dolayısıyla tüketici dengesi; tüketicinin faydasını maksimize eden mal ve hizmet miktarı için (MU) için harcanan son para birimine (P) eşit olduğunda ($MU = P$) sağlanır (Yıldırım, 2012: 33).

Şayet tüketici sağlık hizmeti (X) ya da diğer mal ve hizmetler (Y) arasında iki mallı bir satın alma kararı vermesi gerekirse hem sağlık hizmeti marjinal faydası (MU_x) ve diğer mal ve hizmetin marjinal faydasını (MU_y) hem de ödenecek olan sağlık hizmeti fiyatı (P_x) ve diğer mal ve hizmetlerin fiyatına (P_y) göre bir kararda bulunarak faydasını maksimum yapmaya çalışır. O zaman da her iki mal ve hizmetin son biriminden elde edilen fayda için ödenen son liranın tüketiciye sağladığı faydaları (MU/P) kıyaslanarak tüketici dengesine ulaşılması hedeflenir. Tüketici dengesine her iki mal için $MU_x/P_x = MU_y/P_y$ olduğunda ulaşılabacaktır. Fayda ve talep arasında bağlantı kurulurken “fayda” kavramının talebin arkasında yatmakta olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Mooney, 2003: 8,9). Kardinalistler için tüketici dengesinin sağlandığı noktalarından marjinal fayda eğrisi oluşur ve aynı zamanda tüketicinin bireysel talep eğrisi de türetilmiş olur (Yıldırım,2012:34). Bir talep eğrisi için alternatif fiyatlarla bir malın ne kadarının satın alındığını gösterdiği ifade edilse de başka bir ifade de talep eğrisi için bir tüketicinin mal veya hizmetin satın alınmasından elde ettiği marjinal faydasını gösterdiği ifade edilir (Rice ve Unruh, 2009: 16, 17). Yani marjinal fayda eğrisi ve talep eğrisinin özdeş eğriler olduğu kabul edilir (Dinler, 2013: 44; Mooney, 2003: 52) ve genelde sadece tek bir talep eğrisi verilerek ya da tek marjinal fayda eğrisi verilerek durum açıklansa da bu durumun nasıl meydana geldiği kardinalistlere göre tüketici denge analizi olan fayda maksimizasyon noktalarından

bireysel talep eğrisinin türetilmesine geçiş Şekil 3.3 yardımı ile gösterilerek açıklanmaya çalışılmaktadır.



Şekil 3.3 a) Kardinal Tüketici Denge Analizi, b) Tüketicinin Bireysel Talep Eğrisi
Kaynak: Yıldırım, 2012: 34, Dinler, 2013: 43 ve Santerre ve Neun, 2013: 128 bilgileri ışığında oluşturulmuştur.

Şekil 3.3'te sağlık hizmeti (X) için tüketici dengesi analizi noktalarından tüketicinin sağlık hizmeti bireysel talep eğrisinin elde edilmesi gösterilmektedir. Başlangıçta Şekil 3.3a'da MU_x fayda düzeyinde sağlık hizmeti miktarı X tüketilerek A noktasında ($MU_x = P_x$) tüketici dengesi gerçekleşmektedir. Şekil 3.3b'de ise tüketici P_x sağlık hizmeti fiyatından X sağlık hizmeti miktarı kadar sağlık hizmeti talep etmektedir. Şekil 3.3'te tüketicinin geliri ve sağlık hizmetinin marjinal faydası MU_x sabitken sağlık hizmetinin fiyatı P_x 'ten P_{x1} 'ye düşerse A noktasındaki tüketici dengesi $MU_x > P_{x1}$ olarak bozulur. Tüketici için bir malın marjinal faydası ne kadar yüksekse o mal her zaman diğer mallara kıyasla daha öncelikli duruma geçer ve daha fazla tüketimi sağlanır. Bu durumda da doğal olarak sağlık hizmetinin marjinal faydasını MU_x daha yüksek olduğundan daha fazla tüketilir ve tüketildikçe marjinal fayda azalarak Şekil 3.3a'daki MU_{x1} oluncaya kadar sürer. Yeni tüketici dengesi $MU_{x1} = P_{x1}$ olduğunda B noktasında sağlanır. Böylece sağlık hizmeti fiyatındaki değişiklik sonucu fayda düzeyindeki değişimden kaynaklı tüketici denge noktalarından Şekil 3.3b'de talep eğrisi elde edilir (Rice ve Unruh, 2009: 17; Olsen,

2009: 39). Nitekim sağlık hizmeti talep eğrisini göstermek için iki mallı bir satın alma kararı vermesi gerekirse her ürün için harcanan son dolardan elde edilen marjinal fayda, satın alınan tüm mallar ve hizmetler arasında eşit ($MU_x / P_x = MU_y / P_y$) olduğunda tüketici faydasının maksimize eder. Burada sağlık hizmeti marjinal faydası (MU_x) ve diğer mal ve hizmetin marjinal faydasını (MU_y), ödenecek olan sağlık hizmeti fiyatı (P_x) ve diğer mal ve hizmetlerin fiyatı (P_y) olarak temsil edilmektedir. Sağlık hizmeti tüketici dengesinde diğer veriler sabitken sadece sağlık hizmeti P_x ' ten P_{x1} ' e düşerse tüketici dengesi $MU_x / P_{x1} > MU_y / P_y$ bozulur. Bu durumda, sağlık hizmeti tüketiciye daha faydalı hale gelir ve tüketici harcamalarını yeniden tahsis ederek ve daha fazla sağlık hizmeti alarak toplam faydayı artırır. Ancak, tüketici diğer tüm mallar pahasına daha fazla tıbbi hizmet satın aldıkça sağlık hizmetinin marjinal faydası düşer ve diğer malların marjinal faydası artar. Bu süreç tekrar tüketici dengesi eski haline gelene kadar sürer ve tüketici faydası $MU_x / P_x = MU_y / P_y$ eşitlik sağlandığında gerçekleşir. Fiyat ve miktar arasındaki ilişkiyi gösteren talep eğrisinin aşağı doğru eğimi, tüketilen malın miktarı arttıkça marjinal faydadaki düşüşü takip ettiği gözlemlenir. Fiyatın düşmesine bağlı olarak sağlık hizmeti miktarındaki artışın olduğu bu ters yönlü ilişkiyi tipik olarak soldan sağa doğru negatif eğimli bir talep eğrisi ile gösterilir (Santerre ve Neun, 2013: 127,128).

Tüketici teorisinin temelindeki iki yaklaşım olan ordinalistlerin ve kardinalistlerin fayda konusuna bakış açıları farklı olsa da her iki yaklaşımda bireylerin rasyonel olarak, sınırlı bütçe altında tüketicinin faydasını maksimum yapan noktada ($MU_x/P_x=MU_y=P_y$) tüketici dengesi sağlanacağını savunur. Böylece fayda işlevi ile başlayan ve tüketici denge noktalarından talep eğrisi elde edilir (Dinler, 2013: 31,73). Dolayısıyla tüketiciler çeşitli mal ve hizmetlerden elde edecekleri faydalar için mal ve hizmet talebinde bulunmaktadır (Morris vd., 2012: 8). Aynı zamanda fayda kavramı temeline dayalı olarak tüketici davranışları açıklanmaya çalışılırken (Henderson, 2012: 94) talep teorisi de tüketicilerin davranışlarının incelenmesi ile başlar. Tüketiciler günlük yaşamda bir mal veya hizmeti satın alırken farklı şekillerde davranış sergiler. Herhangi bir işlem yaparken basit hesaplar yapar ve muhakeme eder, ekonomik anlamda doyuma veya dengeye ulaşmada rehberlik eden ilkelere ulaşmaya çalışırlar. Tüketici alışverişe çıktığında, neyi alacağına ve ne kadar harcayacağına

önceden karar vermeye çalışır. Başka bir deyişle, her zaman her şeyden daha fazlasını arzu eder ve bu amaçla pazarlıklar yapar ve mutlu bir şekilde ödemeye hazır olunan bir fiyatta anlaşır (Dutta, 2006: 16). Fayda elde etmek için tüketim davranışları sergilenecek mal ve hizmetlere talep oluşturulur. Tüketiciler mallar ve hizmetler için çeşitli istek ve ihtiyaçlarını karşılama ve fayda elde edebilme güdüsü içinde hareket eder ve bu istekleri sınırlı gelire veya ödeme istekliliği ile birleştirilerek tüketici talebi haline dönüştürür (Yıldırım, 2012: 29). Bu açıdan tüketicilerin sağlık hizmetleri talebi sağlık hizmeti ihtiyacı, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme isteği çerçevesinde aşağıda başlıklar halinde açıklanmaya çalışılmaktadır.²⁴

3.2.1.Sağlık Hizmeti İhtiyacı

İhtiyaçlar, insan yaşamını sürdürmek için kesinlikle gerekli şeylerdir. Bunlar yiyecek, giyecek ve barınak dahil olmak üzere temel hayatta kalma gereksinimlerini içerir (Clayton, 2007: 6). Başka bir deyişle ihtiyaç, aklın bir nesnesidir, öncelikle bilinmesi gereken bir şeydir (O'Boyle, 1993: 15). İhtiyaç kavramı eksiklik, istek, yoksunluk veya arzu gibi terimlere daha iyi hizmet edilebilecek birçok durum için geçerli olan bir ifadedir. Böylece ihtiyaçlar, zamana ve yere özgü ek anlamlar kazanabilir. Bazı durumlarda muhtaç olmak, ihtiyaç duymak anlamına gelebilir, çünkü ikisi de zorunludur. İhtiyaçlar sınırlıdır çünkü çok azı vardır. Öte yandan, istekler ise sınırsızdır. Bazı durumlarda ise ihtiyaçlar ve istekler arasında benzerlikler vardır. Hem ihtiyaçlar hem de istekler ilgili oldukları koşullara bağlıdır çünkü tatminleri kaynaklandıkları koşullardan gelmektedir. Ayrıca ihtiyaçlar özünde insan doğasından kaynaklanmaktadır. Gereksinimlerin karşılanması gereken bir seçim meselesi olmadığı için ihtiyaçların karşılanmaması ise bireylerin koşullarını zayıflatacaktır. İhtiyaç olarak tanımlanan bu şeylerin gerçekten oksijen veya yiyecek gibi varlıktan mı yoksa arzudan veya varlığı etkileyen diğer koşullardan kaynaklanan acil ihtiyaçlardan mı kaynaklandığı sorgulanabilir (Rivers, 2007: 104,105). Maslow (1943) insanların temelde beş ihtiyacı olduğunu ve sırasıyla adım adım bu ihtiyaçların giderilmesiyle bir sonraki ihtiyacın ortaya çıkacağını iddia etmektedir. Bunlar; fizyolojik, güvenlik, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır (Maslow, 1943: 144). Maslow daha

²⁴ Ayrıca üç alt başlık içeriğinin her birinde konusuna uygun olarak sağlık hizmeti talebi ve belirleyicilerinin yer aldığı gözden kaçmamalıdır.

sonra bu ihtiyaçlar hiyerarşisi modelini genişleterek saygı ihtiyacından sonra sırasıyla bilişsel (bilme, anlama, kişisel farkındalık), estetik, kendini gerçekleştirme ve üstünlük ihtiyaçlarına yer vermiştir (Ward ve Lasen, 2009: 142,145).

Sağlık ihtiyacı ise sağlık statüsünü korumak, geliştirmek ya da yeniden istenen düzeye getirmek için içsel ve dışsal birtakım girdilerin bir araya gelmesi ile oluşur (Liss,1993: 30). Bu açıdan temel olarak sağlık ihtiyaçları; yoksunluk, barınma, beslenme, eğitim ve istihdam gibi daha geniş sosyal ve çevresel sağlık belirleyicileri etrafında şekillenmektedir (Wright ve Kyle, 2006: 22). Sağlığa duyulan ihtiyaç geniş kapsamlıdır ve şu anda tedavisi olmayan hastalıkları da kapsayabilir (Scott, 2016: 30). Sağlık seviyesinde yaşanan yoksunluk ya da eksiklik durumlarında sağlık ihtiyaçlarını belirleme ancak bireylerin sağlık durumlarını ölçmeyi gerektirir (Liss, 1993: 30). Başka bir açıdan sağlık ihtiyacı sağlık hizmetlerinden yararlanabilme yeteneği ve kabiliyeti olarak da ifade edilebilir. Burada sağlık ihtiyacı, insanların tıbbi bakımdan faydalanma becerisine ve potansiyeline bağlıdır (Hasman, Hope ve Østerdal, 2006: 147; Robinson ve Elkan, 1996: 16,19). Genel olarak bireysel sağlık ihtiyacı, toplumsal sağlık kaynaklarına olan ihtiyaç haline dönüşebilir. Bu bakımdan sağlık ekonomistleri ve planlamacıları yaygın olarak sağlık ihtiyacını sağlık kaynaklarına olan ihtiyaç şeklinde değerlendirme eğilimindedir (Bowling, 2014: 74; Green, 1995: 168,170).

İhtiyaç anında sağlık hizmetleri, belki de hastaların kendilerini daha iyi hissetmeleri için satın alabilecekleri tek şeydir (Getzen, 2012: 37). Sağlık hizmetleri ihtiyacı, sağlık bakımı için bir gereklilik ve zorunluğu ima eder. İhtiyaç tespit edilmezse, sağlık bakımı için açık bir talep haline gelemmez (Earl-Slater, 1999: 94). Bazen de ihtiyaç duyulmayan bir talepte olabilir. Bu açıdan insanlar, sağlık durumları konusunda kötümser bir tahminde bulunuyor olabilir ya da iyimser olarak sağlık durumlarını iyileştirme olanakları konusunda yanıltıcı olabilirler (Morris vd., 2012: 44). Bildirilmeyen semptomlar, epidemiyolojik literatürde "klinik buzdağı" olarak kavramsallaştırılmıştır. Buzdağı metaforu, bildirilen (su üstünde) ve bildirilmeyen (su altı) semptomlarla ilgilidir. Bu klinik buzdağı çalışmaları, sağlık ihtiyacı ile sağlık hizmeti talebi arasındaki boşluğu belirlemenin geleneksel semptom temelli bir yolunu temsil etmektedir (Rogers ve Elliott, 2016: 12). Bradshaw (1972) sağlık hizmetleri ile ilgili ihtiyacı dört farklı biçimde normatif veya değerlendirilen ihtiyaç, hissedilen ya

da algılanan ihtiyaç, ifade edilen ihtiyaç ve karşılaştırmalı ihtiyaç olarak tanımlamıştır (Bradshaw, 1972: 72-80). Bunlar şu şekilde açıklanmaya çalışılmaktadır:

- ❖ **Normatif ihtiyaç veya değerlendirilen ihtiyaç**, uzmanlar tarafından değerlendirilen minimum sağlık hizmeti standardı olan ihtiyaç türüdür. Tedavinin olası faydalarına ilişkin uzman yargısına dayanır. Elbette, uzmanlar her zaman aynı fikirde olmayabilir ve yargıları zamanla değişebilir bu da dikkatten kaçmamalıdır.
- ❖ **Hissedilen ihtiyaç ya da algılanan ihtiyaç**, bireyin kendi isteklerine ilişkin algı ve görüşlerini yansıtır. Bu, ihtiyaç bireylerin sağlık hizmetleri ve sağlık hakkındaki bilgisine ve sağlıkla ilgili normal olana ilişkin beklentisine bağlıdır.
- ❖ **İfade edilen veya açığa vurulan ihtiyaç**, hissedilen veya algılanan ihtiyacın eyleme dönüşmüş halidir. Başka bir ifade ile açıklanarak faaliyete geçirilen ve sağlık hizmeti talebine dönüşen ihtiyaç türüdür.
- ❖ **Karşılaştırmalı ihtiyaç**, fayda sağlamak için benzer yeteneklere sahip bireylere sağlanan sağlık hizmetlerini biri alabilirken diğeri alamazsa alamayan kişinin o hizmete ihtiyacı olduğu söylenir ve bu hakkaniyetle ilgilidir. Bu ihtiyaç kategorileri, birbirini dışlayan veya her şeyi kapsayan anlamında kullanılmayabilir. Ek kategoriler mümkündür ve sınıflandırmalar arasında bazı örtüşmeler olabilir. Nitekim bir hastalığı tedavi etmek veya önlemek için gerekli görülen sağlık hizmetleri ile alınan gerçek hizmetleri arasındaki eşitsizliği ifade eder (Scott, 2016: 30). Ücretsiz bakım, gözlemlenen karşılanmamış ihtiyaçlar üretebilir. Bu durumda, sağlık hizmeti almak isteyen herkes alamaz. Sağlık bakımı ya fiyat ya da başka bir mekanizma ile paylaştırılabilir. (Morris vd., 2012: 12).

İnsanların sağlığı, müdahale olsun ya da olmasın, mutlaka sabit kalmaz. Bu nedenle, bir kişinin söz konusu müdahaleyi alırsa veya almazsa deneyimleyeceği sağlık durumlarının doğal bir geçmişi olabilir ve bu tüm doğal geçmişe yerleştirilen genel bir değeri temsil eder. Bununla birlikte, önemli olan, sağlık durumlarının en azından daha iyi veya daha kötü durumlar açısından sıralanabilmesidir. Böyle bir sıralama, hastaların sağlık durumları için tercihlerine dayalı olabilir veya birçok farklı şekilde yapılandırılabilir. Bir müdahaleyi, hastanın durumunu tedavi dışı sağlık

durumundan tedavi sonrası sağlık durumuna değiştirmede anahtar rol oynayan bir tedavi olarak tanımlayabiliriz. Üzerinde düşünölen bir müdahale ancak olumlu bir etkiye sahipse ihtiyaç olabilir (Hasman, Hope ve Østerdal, 2006: 147,148). Sağlık bakımı ihtiyacı belirlenirken, sağlık hizmetinin amacı ve sağlık bakımı uygulaması önemli rol oynayabilir. Sağlık hizmeti ihtiyacının bir gereksinim veya zorunluluktan yeteneğe geçiş durumu; prognozun olasılıklı doğası, mevcut durumda herhangi bir müdahale yokken sağlık hizmeti ihtiyacının normatıflığı ya da birinin ihtiyaç duymadığına veya ihtiyaç duymayacağı sezgisıyla en az bir fayda elde edilebileceği kanaati ile sağlanabilir (Gustavsson, 2013: 34).

3.2.2.Sağlık Hizmeti Niteliği

Sağlık ekonomisinde sağlık hizmetlerinin tek özelliği sadece sağlığı iyileştirmesi değildir. Birçok sağlık hizmeti türü, bir kişinin refahının farklı yönlerden de etkileyebilir. Örneğin, sağlığın değişip değişmediğine bakılmaksızın, sağlık durumu hakkında güvence sağlayabilir ya da endişe verebilir. Sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşları tarafından sunulan bazı hizmetler, yalnızca sağlık hakkında bilgi verilerek bir etki yaratmayı amaçlamış olabilir ve sağlık hizmetinin ana veya tek amacı sağlığı iyileştirmek olsa bile, sağlanma şekli de önemli olabilir. Örneğin, hastanede kalış sırasında sağlanan yemeklerin kalitesi, bu yönün sağlık üzerinde hiçbir etkisi olmasa bile insanlar için önemli olabilir. Ancak çoğu sağlık hizmeti türü için en önemli ve ilginç özelliği, sağlık endüstrisi tarafından sağlanan hizmetler değil, sağlığı değiştirmeye yönelik olmalarıdır (Morris vd., 2012: 7,8). Tüketiciler sağlık hizmet talebinde bulunurken sağlık hizmetinin özelliklerine bakarak seçimlerde bulunarak karar verirler. Bu seçim kararında temelde; sağlık hizmeti sunumunda fiziki olanaklarının varlığı, sağlık hizmeti sunanların tutum ve davranışları, sağlık hizmetinin kalitesi (Berkowitz ve Flexner, 1981: 32) gibi özelliklerin yanında genellikle hastane seçimininde tüketiciyi en sık etkileyen kriterler, yaşanılan haneye yakın olması, uzman doktorların varlığı, doktorun tavsiyesi, tıbbi ekipman ve teknolojiye sahip olması, sağlık personelinin tanıma ve ilişkiler, hastane ile yaşanılan geçmiş deneyim, sağlık sunucusunun büyüklüğu ve branşların varlığı sayılabilir (Boscarino ve Steiber, 1982: 16).

Tüketiciler, farklı ürünler arasında ayırım yapabilirlerse, bir ürünü diğerine tercih edebilirler ve dolayısıyla bunun için daha fazla ödeme yapmaya istekli olabilirler. Hastalar sağlık hizmetinin kalitesi ve sağlık hizmetinin sağlık üzerindeki beklenen etkisi hakkında bilgi sahibi değildir. Esasen bu doktorları ilk etapta görmelerinin nedenidir (Olsen, 2009: 48,51). Bakım kalitesindeki artışlar bireylerin sağlık hizmet taleplerinde artışlara katkıda bulunur. Aynı zamanda, yüksek kaliteli bakıma erişim konusunda bakım kalitesinin içerisinde bazı ileri teknoloji tedaviler de akla gelen talebi artıran unsurlardandır (Folland vd., 2013: 9).

3.2.3.Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği

Bireyin bir mal veya hizmet elde etmek için ya da olası bir zararı önlemek için ödemeye istekli ve hazır olduğu maksimum tutar, ödeme istekliliğini ifade eder. Her birey herhangi bir eylem, terapi, tedavi veya önleyici program gibi yollardan belirli kazançlar sağlar. Bu kazançlar, bireyin bu faydaları elde etmek için ödemeye istekli oldukları toplam tutara göre değerlendirilir. Genelde ödeme istekliliği ve yeteneği ile fayda arasında sıklıkla bağlantı kurulur ve bunlar da sağlık durumuyla ilişkilendirildiğinde, birçok ekonomist, bireylerin ödeme istekliliğine herhangi bir önem verme konusunda isteksizdir, sebep ise, eşit olmayan ödeme yeteneğine sahip olanların varlığıdır (Culyer, 2005: 29,137). Ödeme isteği enstrümanları ise mal ve hizmetlerin değerini ve bireyin tercih gücünü ölçmeye çalışır (Donaldson ve Shackley, 2003: 5).

Hayatta farklı yaşam nitelikleri olan insanlar, farklı bütçe kısıtlamaları, farklı yaşam beklentileri ve sağlık hizmeti ile diğer ürün ve hizmetler arasındaki ödünleşmeleri farklı şekilde değerlendirir. Bir kişi, çocuğunun eğitim ücretini ödemek için diz protezi ameliyatını atlamaya karar verebilir. Başka bir kişi, eşi için güzel bir hediye yerine lazerle göz ameliyatı olmaya karar verebilir (Bhattacharya vd., 2014: 9). Karar anında beklentiler sonuçlardan daha önemlidir. İnsanlar piyango bileti satın alır, randevulara gider, tatil rezervasyonu yapar, hisse senedi satın alır ya da çoğu kez hayal kırıklığına uğrayacakları halde almayı beklediklerine göre ameliyat için randevu alırlar. Benzer şekilde kemoterapi, kısırlık tedavisi ve kalp naklinin sonuçları da asla kesin değildir. Satın alma kararı verilirken, önemli olan, gerçekleşen değer değil beklenen değerdir (Getzen, 2013: 27). Doğru bakım miktarının belirlenmesi yalnızca tıbbi bir mesele değildir, aynı zamanda bakımın minimum maliyetiyle bu bakımın en

yüksek faydayı dengeleyen ekonomik ödünleşmelerin sonucunu oluşturur (Bhattacharya vd., 2014: 9). Bu da ancak kişilerin ödeme istekliliğine bağlı olarak gerçekleşebilir. Tüketicilerin geliri ve malların fiyatları bireylerin doyunluğa ulaşmasını engeller. Bir tüketicinin fazladan bir iyi birim için ödemeye istekli olduğu maksimum miktar, bu fazladan birimin faydalarına ne kadar değer verdiğini gösterir. Genel olarak, her tüketicinin, malın artan birimlerine ne kadar değer verdiklerini yansıtan bir talep eğrisine sahip olduğu varsayılır. Her birimizin belirli bir fiyattan talep ettiği miktar, gelirimize ve tercihlerimize bağlı olacaktır (Olsen, 2009: 39).

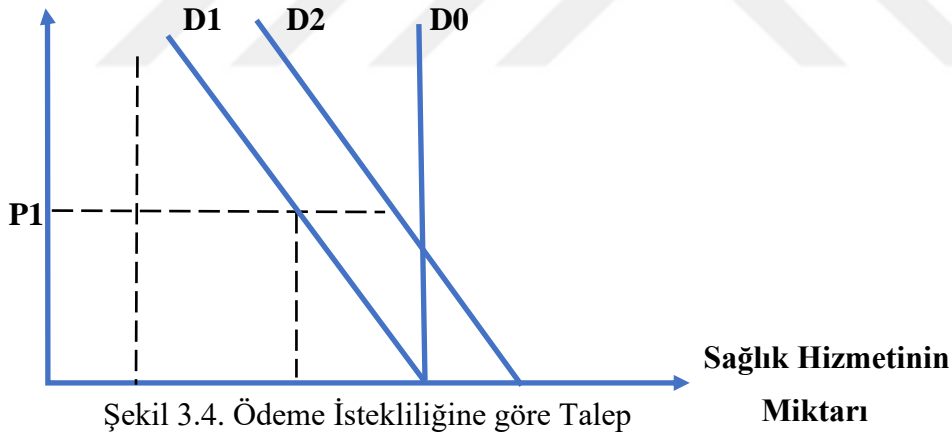
Sağlığın iyileşmesi ve sağlık hizmet talebinde bulunma konusunda bireysel isteklilik; mevcut tıbbi bakımın maliyeti, bireye gelecekte sağlayacağı getirinin boyutu, sağlık kazanımının gerçekleştirildiği zaman aralığı ve bireylerin sağlık hizmetini alma konusundaki zamansal tercihinine göre belirlenir (Henderson, 2012: 156). Peki burada bireyler ödeme istekliliği konusunda sağlık bakımı miktarına nasıl karar vermelidir? Ekonomideki elmas-su paradoksu²⁵ sağlık alanında bize yardımcı olacaktır. Satın alma ister bir şişe su ister elmas veya ameliyat olsun, satın alma kararı, marjda verilen bir karardır. Bir tane daha ödemeye değer mi? Sağlık hizmetleri, yalnızca birkaç birim mevcut olduğunda son derece değerlidir. Daha fazla sayıda insan için makul değere sahiptir ve her ek birim, daha fazla insan onları aldıkça daha az değerlidir ve ekstra hizmetler neredeyse değersiz ve hatta zararlıdır. Sağlık çok değerlidir ve devletin topluma ücretsiz olarak sunduğu tüm sağlık hizmetleri su gibi fayda sağlayarak toplumun toplam faydasını maksimuma ulaştırır. Bunun yanında kişiler her ek bir birim daha aldıklarında çok da bir fayda sağlayabileceklerini düşünmezler. Oysaki su kıt olduğunda, hayati derecede öneme sahip olacak ve belki elmas gibi belki elmastan daha değerli ve hatta fiyatı da bir o kadar yüksek olacaktır. Bu sayede sağlanan her ek birimin değeri kişiye en yüksek faydayı sağlayacaktır. Örneğin, ölüm kalım meselelerinde kullanılan her bir yapay kalp 1 milyon \$ mal

²⁵ Bu paradoks: “Yaşamın kendisi için gerekli olan su, bu kadar değerliyse neden bu kadar düşük maliyetli ve basitçe süslemeli elmaslar neden bu kadar pahalı?” sorusuna yanıt arar. Yanıt marjinal faydalar ile toplam faydalar arasında ayırım yapılarak durum kolayca açıklanabilir. Su miktarı bol olduğu için fiyatı düşük, toplam faydası yüksek, kullanım değeri yüksek ve marjinal faydası düşüktür. Elmas miktarı az olduğu için fiyatı yüksek, marjinal faydası yüksek, değişim değeri yüksektir fakat toplam faydası düşüktür (Getzen, 2013: 25).

oluyorsa ve daha fazla gelişme, yapay kalplerin maliyetini her biri için 100 bin \$ düşürürse, daha fazla insan onları alacaktır. Böylece yapay kalp, 1 milyon dolarlık bir bedelle, sosyal yardım alacağına inanan ve bu kadarını ödemeye razı olan sadece iki kişiye yerleştirilebilirken eğer ki fiyat 100 bin \$ 'lık bir fiyattan yapay kalp daha fazla kişiye yerleştirilecek ve algılanan faydası 1 milyon \$ 'dan az ancak 100 bin \$ 'a eşit veya daha fazla fayda sağlayacaktır. Sonuçta yapay kalplerin fiyatı düştükçe daha fazla insan alabilecek fakat sağlanan her ek birimde fayda azalacaktır. Oysaki yapay bir kalbin “değeri” diye bir şey yoktur. Değeri, kaç tane kullanıldığına bağlıdır. Eğer ki yalnızca birkaç kalp mevcut olsaydı, değerleri fevkalade yüksek olurdu, her biri milyonlarca dolar olurdu. Pek çok yapay kalp satıldıktan sonra değerleri düşer ve sonunda, yüzbinlerce satılırsa, her bir ek değer oldukça düşük olur (Getzen, 2013: 24,25). Tüketicinin bireysel ödeme istekliliği aşağıda Şekil 3.4 yardımı ile açıklanmaya çalışılmıştır.

Sağlık Hizmetinin

Fiyatı



Şekil 3.4. Ödeme İstekliliğine göre Talep

Kaynak: Henderson, 2012: 156

Şekil 3.4'e göre kişiler minimum sağlık düzeyini korumak için en az QM kadar sağlık hizmet miktarı talep etmektedir. Toplum, herhangi bir kişinin bu minimum eşiğin altına düşmesine izin vermez ve bu minimum seviye, bireyin mevcut sağlık durumuna bağlı olarak değişecektir. Akut veya kronik sağlık sorunları olan bireyler daha fazla tıbbi bakıma ihtiyaç duyacaktır. Fiyat sıfır olduğunda Q0 seviyesinde D0 talep eğrisi, klinik standart olarak tıp camiası tarafından oluşturulan bakım seviyesini gösterir ve maliyet dikkate alınmadan verilmesi gereken bakım seviyesidir. Fiyat göz

önüne alınmadığından esnek değilmiş gibi değerlendirilir. Bireyler sağlık ihtiyaçlarına bağlı olarak fiyat ödeyerek sağlık hizmeti almaları bireylerin talep eğrisini fiyata daha duyarlı hale getirir ve aşağı yönlü eğimli D1 konumunu alır. Bireyler ilk durumda, D1 seviyesinde ödedikleri ücrete bakılmaksızın aynı düzeyde Q0 hizmet alırlarken fiyat P1 seviyesine yükseldiğinde bireyler D1 eğrisi üzerinde Q1 kadar sağlık hizmeti alabilmektedirler. Burada hastalar, cepten daha fazla ödeme yapmaları gerektiği için daha az talep ediyorlar. Eğer ki sağlık hizmeti fiyatı dışında kişilerin sağlık durumunda bir kötüleşme olsaydı talep seviyesi artar ve talep eğrisi sağa D2'ye kayardı ve böylece D2 konumunun da ise klinik ihtiyaçlar da Q0'dan Q2 seviyesine arttığı gözlemlenebilir (Henderson, 2012: 157).

İnsanların her eylemi “değer” hakkında bir yargı oluşturur. İnsanlar harekete geçtiklerinde, bu hareketle kendileri için elde edecekleri kazancın, maliyetten daha değerli olduğunu düşünerek talebi oluştururlar. Ekonomistler ise sağlık sonuçlarına verdikleri değeri tahmin etmek için geçmişte hastaların ve hekimlerin aldıkları kararlara bakmaktadır (Getzen, 2013: 26).

3.3.Sağlık Hizmetleri Talebi ile İlgili Araştırmalar

Heller (1982) Malezya'da Logit model kullanarak yapmış olduğu çalışmada; ayakta ve yataklı sağlık hizmeti talebi fiyata, gelire ve zamana çok duyarlı olmadığını belirtmiştir. Ayrıca gelir arttıkça hane halkı geleneksel sağlık hizmetlerinden modern sağlık hizmetlerine doğru yönelmekteyken sağlık hizmetine ulaşımın zorlaşması ve tedavi süresinin uzun olması sağlık hizmet talebini azaltmakta olduğunu ileri sürmüştür.

Hotchkiss (1993) Filipinler'de Karma çok durumlu logit model kullanarak ayırık seçimler kuralına dayanan sağlık hizmet talebi çalışmasında; gelir artışı, kalite ve tedavi süresi artışı, nitelikli personelin varlığı sağlık hizmet talebini artırdığını ileri sürerken sağlık hizmeti girdi maliyetindeki artış ile sağlık hizmeti kalitesi azalarak sağlık hizmet talebini azalttığını belirtmiştir. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti sağlayıcılarının hem sağlık hizmeti sürecini hem de gerçek sağlık sonucunu etkileyebilecek yapısal özellikleri seçim değişkenlerini etkilemede teorik bir temel sağlarken kalabalıklaşma, pratisyen eğitimi ve ilaç bulunabilirliği gibi bakım kalitesini

etkileyen tesis özelliklerinin sağlayıcıların seçiminde önemli belirleyiciler olduğunu söylemektedir.

Niraula (1994) Nepal’de Logit model ile yaptığı çalışmada; sağlık tesisinin kullanılma durumunu, sağlık davranışı modeline dayanarak yatkınlık, olanak sağlama ve ihtiyaç düzeyi ile değerlendirmiş ve önemli derecede ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaş ve hane halkı büyüklüğü sağlık bakımı kullanımı ile negatif ilişkili iken yaşayan çocukların sayısı, katılımcının eğitimi, yola ve hizmet merkezine yakınlık, arazi değeri, sağlık çalışanları hakkında bilgi ve çocuk kaybı deneyiminin, modern sağlık kullanımıyla olumlu yönde ilişkisi olduğunu belirtmiştir.

Akın, Guilkey ve Denton (1995) Nijerya’da Çok durumlu probit modeli kullanarak yaptıkları çalışmada; sağlık kurumlarında fiziksel donanım ve ilaçların bulunmasının yanı sıra kişi başına düşen sağlık harcaması sağlık hizmetinin kalitesinde artışa neden olduğunu tespit etmiştir. Ayrıca sağlık hizmetinin fiyatı sabit tutularak kalitede bir artış sağlandığında sağlık hizmetlerine olan talep artarken kalitede değişim olmadan sağlık hizmeti fiyatı artışları sağlık hizmetine talebi azalttığını belirtmişlerdir.

Bolduc, Lacroix ve Muller (1996) Benin’de Multinomial logit, Bağımsız çok terimli probit ve Çok terimli probit yöntemiyle ayrık seçimler kuralına dayanan tıbbi sağlayıcılar seçiminde bir kıyaslama yapmışlardır. Çalışmada gelir, hastalığın ciddiyeti, hastaneye yakınlık, eğitim seviyesindeki artışlar etkili olarak sağlık hizmet talebini artırdığını belirtirken sağlık hizmetinin fiyatının artması talebi azalttığını tespit etmişlerdir.

Develay, Sauerborn ve Diesfeld (1996) Burkina Faso’da Logit model kullanarak yaptığı çalışmada hastalanma durumunda kişilerin farklı türden sağlık hizmeti sağlayıcı kullanımı tespit edilmeye çalışılmıştır. Cinsiyet, ailedeki konum, medeni hal, hane halkı büyüklüğü, çok eşlilik, etnik yapı, din, eğitim seviyesi, hane halkı reisi, ikamet yeri sağlık kurumuna uzaklık sağlık hizmeti seçiminde etkili olmadığını bulmuşlardır. Bunun yanı sıra yaş artışı, sosyo-ekonomik seviyenin artışı, hastalığın; türü, uzunluğu ve şiddetindeki artış, bakım maliyeti ve ulaşım maliyetindeki azalış sağlık hizmet talebini artırdığını belirtmişlerdir.

Li (1996) Bolivya’da Çok durumlu logit model ve Nested multinominal logit model kullanarak yaptığı çalışmasında ailedeki birey sayısı, gelir, eğitim, hastalığın şiddeti ve yaş artışı talebi artırdığını bulmuştur. Ayrıca seyahat süresi, bekleme süresi, çocuk sayısı artışları ise talebi azalttığını belirtmiştir. Sağlık hizmet talebi fiyatı esnekliği çok düşüktür. Gelir arttıkça talebin fiyat esnekliği düşer. Çocuklar için fiyat esneklikleri yetişkinlere göre daha düşüktür. Bunun yanında fiyat esneklikleri etnik grup veya cinsiyete göre çok fazla değişmediğini ileri sürmüştür.

Tembon (1996) Kamerun’da Çok durumlu logit model ile sağlık hizmeti sağlayıcı seçimi üzerine yaptığı çalışmada tesis seçimini etkileyen en önemli faktör kalite olduğunu belirtmiştir. Diğer seçimi etkileyen faktörler ise tedavi için harcanan zaman, hane geliri ve büyüklüğü, mesafe ve sağlık hizmetleri maliyeti olduğunu tespit etmiştir. Bunun yanında hane halkı büyüklüğünde kişi başına düşen gelir artışı sağlık hizmeti talebini artırdığı bulunurken gelir artışı ile kamu sağlık hizmetlerine olan talep özel sağlık kurumlarına yönelmekte olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca sağlık hizmetinin fiyatı, bekleme süresi ve danışma süresinin artışı sağlık hizmet talebini azalttığı tespit edilmiştir. Çalışmanın kırsal alanda yapılmış olması mesafe değişkeninin katsayısını pozitif çıkmasına neden olsa da yaşanan kesimle alakalı bir durum olduğu belirtilmiştir.

Akın vd. (1998) Sri Lanka’da Karma çok durumlu logit model kullanarak yaptıkları çalışmada; birey ve hane halkının mevcut alternatif sağlık bakım tesislerinin çok sayıda özelliğinin, sağlık hizmeti seçimini etkileyen istatistiksel olarak önemli faktörler olduğunu bulunmuştur. Kalite, erişilebilirlik, mesafe faktörleri, bakım kullanımı kararlarında güçlü istatistiksel öneme sahiptir. Sağlık tesisinin ilaç arzı ve daha fazla saat açık olması sağlık hizmet talebini artıran bir unsurken fiyatın artması sağlık hizmet talebini azalttığını belirtmişlerdir.

Frederickx (1998), Tanzanya’da Logit model kullanarak yapmış olduğu çalışmada sağlık durumu, hastane seçimi ve sağlık hizmeti talebi incelenmiştir. Sağlık durumu ve sağlık talebi için hane halkı gelirinin ve tıbbi bakım kalitesi önemlidir. Kadınların bir hastalığı bildirme ve anne çocuk hizmetlerinden dolayı daha çok özel sektörü seçme olasılığı daha yüksektir. Nüfusun zengin kesiminde gelir artışıyla beraber hastalık durumunda sağlık hizmeti talebini artırırken yoksul kesiminde gelir

artışı sağlık hizmet talebini azalttığını bulmuştur. Daha zengin hanelerin yoksul ailelere göre özel tesisleri daha fazla kullanma eğiliminde olduğu ileri sürülürken sağlık hizmet merkezine ne kadar uzakta olursa, tedavi arama şansı o kadar az olduğu belirtilmiştir. Daha eğitimli kişilerin daha az bekleme süresinden özel hastaneyi tercihinin fazla olması yüksek zamanın değerine sahip olduğunu gösterdiği tespit edilmiştir.

Hotchkiss (1998) Filipinler’de Nested karma çok durumlu logit model kullanarak yaptığı çalışmada tüketicilerin ayrık seçimler kuralı ile sağlık hizmet talebinde fiyat ve kalite arasında yaptıkları ödünleşmeyi incelemektedir. Tesis kalabalık olması ve sağlayıcı eğitimi tüketicinin seçiminde önemli belirleyiciyken fiyat yoksul haneler için önemli bir belirleyici konumunda olduğu bulunmuştur. Kamu tesisleri kısa vadede kalite yönlerini artırdığında halk tarafından talep artıran bir unsurken sigortaya sahip olanlar, daha kaliteli bakım talebini artırdığı tespit edilmiştir.

Chawla ve Ellis (2000) Nijer’de Multinomial nested logit model kullanarak yaptıkları çalışmada finansman ve kalite değişikliklerinin sağlık hizmeti talebine etkisi hastalar tarafından karar vermede bir hastalığı bildirme, tedavi arayışı ve hizmet sağlayıcı seçimi için üç aşamalı bir süreç bölgeler arası kıyasla beraber öngörölmüştür. Hastalığı bildirme, tedavi arayışı ve hizmet sağlayıcı seçimini fiyat, gelir, seyahat süresi ve hane halkı büyüklüğu anlamlı şekilde etkilemektedir. Yüksek gelirli aileler fiyata daha az duyarlıdır. Düşük gelir seviyelerinde herhangi bir tedavi arama olasılığı fiyatlar arttıkça azalır ancak yüksek gelir seviyeleri için olasılığın fiyatlar ile artacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı insanların tedavi görme olasılığı daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Dunlop, Coyte ve McIsaac (2000) Kanada’da Çok değişkenli logit model ile yaptıkları çalışmada; sağlık hizmeti kullanımının, sağlık problemlerinin sayısı ve algılanan sağlık durumu ile ölçölen sağlık ihtiyacı göstergeleriyle tutarlı bir şekilde ilişkili olduğunu bulunmuştur. Sağlık ihtiyacı ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı arasındaki ilişki pozitifdir. Sosyo-ekonomik avantaj pozitif sağlık üretme ve sürdürme kapasitesini arttırır. Düşük gelirli ve eğitimli bireylerin uzman ziyaret etme olasılığı daha düşüktür. Eğitimin etkisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sık kullanımı için olumsuzken uzman sağlık hizmeti kullanımı için olumludur. Kentsel

topluluklarda yaşayanlar daha fazla hekim ziyareti yapma eğilimi vardır. Sağlık hizmeti aramamakla ilişkili riskleri almayı tercih edenlerin sağlık hizmeti için talebi değişebilir. Bu nedenle, sağlık inançları, tutumları veya sağlıkla meşguliyet gibi sosyo-ekonomik statü ile hekim kullanımını arasındaki ilişkiye yardımcı olan veya bunları bastıran diğer değişkenlerin belirlenmesi gerekli olabileceği öne sürülmüştür.

Glick, Razafindravonona ve Randretsa (2000) Madagaskar'da Nested Logit Model kullanarak yaptığı çalışmada tedavi maliyetinin, sağlık hizmeti üzerinde olumsuz ve önemli etkileri vardır. Yoksul hanelerdeki bireyler fiyata daha duyarlıdır. Geliri daha iyi durumda olan bireylerin özel bir doktora danışması, özel bir kliniği ziyaret etmesi veya özel bir eczane kullanması fakirlere göre daha olasıdır. İlaç bulunabilirliği, hizmet sağlayıcı seçimi üzerinde seçici etkilere sahiptir. Ücretsiz aşuların mevcudiyeti hastane bakımı talebini artırırken sıtma ilacının mevcudiyeti temel sağlık merkezlerinde bakıma olan talebi artırmaktadır. Cinsiyet, eğitim seviyesi ve doktorun varlığı sağlık hizmeti talebini etkilemediği bulunmuştur.

Gupta ve Dasgupta (2002) Hindistan'da Nested multinominal logit model kullanarak yaptıkları çalışmada hem gelir hem de fiyat sağlayıcı seçimini etkiler. Yaş, tüm hizmet sağlayıcı seçimlerinde pozitif ve önemlidir bu da yetişkinlerin yaşlandıkça tıbbi bakım kullanımını artırmaktadır. Daha az eğitilmiş bireyler, daha fazla tıbbi bakım talep eder. Kadınlar devlet sektörü dışında sağlık hizmeti aramaya erkeklerden daha yatkındır. Tesisin açık olmaması tüm sağlayıcı türlerine olan talebi azaltır. Bu, belirli bir tesisi seçerken kalite boyutuna verilen önemi gösterdiğini belirtmişlerdir.

Mariko (2003) Mali'de sağlık bakım kalitesi ve sağlık hizmetlerine olan talep üzerine Nested multinominal logit model kullanarak yapmış olduğu çalışmasında fiyat ve gelir sağlık hizmetleri talebi üzerinde etkilidir. Kalite ise ilaçların mevcudiyeti, ekipman, personel sayısı ve nitelikleri gibi yapısal niteliklerin yanı sıra uygulayıcılar tarafından izlenen süreçleri ve bakımın sonucunu içermektedir ve sağlık hizmet talebini etkiler. Tesiste ilaçların varlığı ve iyi bakım süreci sağlık hizmet talebini artırırken hane büyüklüğü sağlık hizmet talebini azalttığını tespit etmiştir.

Fabbri ve Monfardini (2003) İtalya'da Poisson ve Negatif Binomial modeli kullanarak yaptıkları çalışmada; kamu hekimine başvuru ile gelir arasında ilişki

bulunmazken özel hekime başvuru ile gelir arasında anlamlı ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca kamu hekimine başvuru ile eğitim arasında anlamlı ilişki varken özel hekime başvuru ile eğitim arasında anlamlı ilişki bulunmadığını bulmuşlardır. Bunun yanı sıra eğitim seviyesinin artması ve özel sağlık sigorta sahipliğinin artması sağlık hizmet talebini artıran bir unsur olduğu belirtilmiştir.

Mocan, Tekin ve Zax (2004) Çin’de tıbbi bakım talebi üzerine Logit model kullanarak yaptıkları çalışmada yaşanan ev ve çalışma koşulları, tıbbi bakım talebi etkiler. Gelir esnekliği 0,3 civarında olup tıbbi bakımın bir gereklilik olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetleri fiyatı esnek değildir. Fiyat arttığında yoksul haneler, tıbbi bakıma olan taleplerini zengin hanelere göre daha fazla azaltacaktır. Ortalama eğitim süresinin tıbbi bakım talebi üzerinde hiçbir etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Al-Ghanim (2004) Suudi Arabistan’da İkili logit model kullanarak yaptığı çalışmada kamu ya da özel sağlık hizmetlerinin kullanımını bireyle ilişkili değişkenler arasında gelir, algılanan sağlık durumu, eğitim düzeyi, cinsiyet, sağlık sigortası ve etnik köken etkilemediği bulmuştur. Bunun yanında sağlık kuruluşunun konumu, bekleme süresi, yardımcı hizmetlerin kullanılabilirliği, açılış saatleri ve uzman doktorların mevcudiyeti gibi sağlık hizmet sunumuyla ilgili değişkenler kamu veya özel sağlık hizmetlerinin kullanımı etkidiğini belirtmiştir.

Hanson, Yip ve Hsiao (2004) Kıbrıs’da Probit model kullanarak yaptıkları çalışmada ayakta hasta bakımı için talep, seyahat ve bekleme süresinde ölçülen fiyata göre kaliteye oldukça duyarlı olduğunu tespit etmiştir. Kalite teknik veya sistem yönleriyle karşılaştırıldığında, hastaların kişilerarası kaliteye en duyarlı oldukları görülmektedir, bu da doktorun ilgi, alakası ve davranışlarıyla ilgilidir. Kamu kurumlarında kalite artışı talebi artırdığını belirtmişlerdir.

Geitona, Zavras ve Kyriopoulos (2007) Yunanistan’da Logit model kullanarak yaptıkları çalışmada; sağlık durumu, yaş, gelir, bölge ve cinsiyet, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmanın önemli belirleyicileri olduğunu bulmuşlardır. Birinci basamak sağlık sigortası kapsamında olmayanların hastanede yatış süresinin arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Abu-Mourad vd. (2008) Filistin’de birinci basamak sağlık hizmeti kullanımının bireysel belirleyicileri üzerine Logit model kullanarak yaptıkları çalışmada Andersen'in davranış modeli kullanılmış ve sağlık hizmetlerinin artan kullanımı, temel yatkınlık, olanak sağlama ve ihtiyaç faktörleri ile ilişkilendirilmiştir. İleri yaş, medeni durum, algılanan kötü yaşam koşulları, çalışmama, yüksek gelir seviyesi, kötü sağlık durumu, düşük eğitim seviyesi, mevcut sigara içme alışkanlığı sağlık hizmet kullanımını artırdığı tespit edilmiştir.

Kermani, Ghaderi ve Yousefi (2008) İran’ın kentsel bölgelerinde sağlık hizmet talebine yönelik Multinomial logit model kullanarak yaptıkları çalışmada; sağlık hizmet fiyatının artışı sağlık hizmetleri talebi üzerinde ciddi olumsuz etkisi olduğu saptanmış ve cepten yapılan ödemelerin artışı ile maliyetlerin geri kazanılması mümkün görünmediği belirtilmiştir. Gelir, tıbbi yardım alma kararı ve tesis seçimi üzerinde önemli bir olumlu etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların erkeklerden ve daha yüksek yaş grubundaki bireylerin sağlık hizmet talebi daha fazlayken daha eğitilmiş bireylerin sağlık hizmet talebi daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Thuan vd. (2008) Vietnam’da Çok değişkenli logit model kullanarak yaptıkları çalışmada tüm hastalar genellikle kamu hizmetlerinden önce özel hizmetleri tercih edilmekte olduğu bulunmuştur. Daha yoksul bireyler hastalıklarını daha az bildirme eğiliminde olmakla birlikte daha az bakım talep etmekte olduğu ileri sürülmüştür. Sağlık hizmeti tercihi, eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmeti sağlayıcılarını seçenlerin sayısını artırmıştır. Kadınlar ve daha ağır hastalar sağlık hizmetlerini talebi artırmakta olduğu belirtilmiştir.

Qian vd. (2009) Çin’in kırsal alanlarında sağlık hizmeti talebi üzerine Karma multinomial logit model kullanarak yaptıkları çalışmada fiyatın ve mesafenin sağlık hizmeti sağlayıcı seçiminde ve talebinde önemli etkisi olduğu tespit edilmiştir. Ayakta tedavi hizmetlerini tercih eden daha düşük gelirli grupları için talebin fiyat esnekliği daha yüksektir. Ayakta tedavi gören hastalar, hizmet sağlayıcının kalitesi veya itibarı hakkında endişeleri varsa mesafe daha az önemli olma eğilimindedir. Sigortanın durumu, kendi kendine tedaviye göre kamuya ait köy kliniklerinin seçiminde önemli bir etkiye sahiptir. Yaş ve hastalığın türü istatistiksel olarak önemli faktörlerdir. Yaşlı

insanlar daha düşük seviyedeki sağlayıcıları talep etme olasılıkları daha yüksekken hafif hastalığı olanlar evde kendi kendine tedaviyi tercih etmekte olduğu belirtilmiştir.

Şenol, Çetinkaya ve Balcı (2010) Türkiye’de Kayseri ilinde Çoklu doğrusal regresyon analizi kullanarak yaptıkları çalışmada Anderson’un sağlık hizmetlerinin kullanımını ile ilgili hazırlayıcı, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerini araştırmıştır. Hazırlayıcı faktörlerden evli olmak; kolaylaştırıcı faktörlerden gelir, sağlık sigortasının olmaması, hastaneye yakınlık, ihtiyaç faktörlerinden kötü sağlık algısı, kronik hastalığın varlığı sağlık hizmet kullanımını artırmakta olduğunu bulmuşlardır.

Yaylalı, Kaynak ve Karaca (2012) Türkiye’de Erzurum ilinde Logit model kullanarak yaptıkları çalışmada; aile geliri, yaş, ailedeki birey sayısı, medeni durum, eğitim durumu talebi etkilemekte olduğunu tespit etmişlerdir. Aile geliri, yaş, ailedeki birey sayısı arttıkça talep artmakta, eğitim seviyesindeki yükselme ise sağlık hizmet talebini azaltmakta olduğu bulunmuştur. Ayrıca sağlık personelinin nazik davranması, tedavi hakkında bilgi vermesi ve güvenilir olması yaş ilerledikçe sağlık hizmetlerinin talebinde daha fazla etkili olduğu ancak eğitim düzeyi arttıkça çok etkili olmadığı görülmüştür.

Muriithi (2013) Kenya’da Multinomial logit model kullanarak yaptığı çalışmada kalite, bekleme süresi, eğitim, yaş, sunulan hizmete duyulan güven, hane halkı büyüklüğü, bireyin hastalığı hakkında bilgilendirilmesi unsurlarındaki artış sağlık hizmet talebini artırmakta olduğunu bulmuştur. Hastaneye uzaklık, sunulan hizmetin fiyatının artışı ise sağlık hizmeti talebini azaltmakta olduğu tespit edilmiştir.

Özkoç (2013) Türkiye’de Uygunluk analizi ve Nested logit model kullanarak yaptığı çalışmada gelir, cinsiyet, yerleşim yeri, çalışma durumu sağlık hizmeti tercihlerini etkilemekte olduğunu tespit etmiştir. Medeni durum ve çalışma durumu ise tercih üzerinde ciddi bir etkisinin olmadığını bulmuştur. Erkeklere göre kadınlar, evlilere göre bekarlar, gelir seviyesinin yükselmesi ve yaşın artmasıyla özel sağlık kuruluşlarını tercih etme olasılığı artırdığı belirtmiştir. Ayrıca kırsal kesimde yaşayan bireyler özellikle üniversite ve özel hastanelere ulaşımında zorluklar yaşamaları nedeniyle bu kurumları tercih edemediğini ileri sürmüştür.

Saraçoğlu ve Öztürk (2016) Türkiye’de İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde Multinomial logit model kullanarak yaptıkları çalışmada sosyal güvence, kronik hastalık, uygulanan tedavi süresi, tedavi ücretlerinin kişi için önemsiz olması talebi etkilediğini ve uygulanan tedavi süresindeki artış, kişi için tedavi ücretinin önemsiz olması sağlık hizmeti talebini artırdığı bulmuşlardır.

Güneş vd. (2016) Türkiye’de Genelleştirilmiş momentler yöntemi, Alet değişken yöntemi ve Sıfır değer ağırlıklı negatif binom modeli kullanarak yaptıkları çalışmada; eğitim seviyesinin artması, cinsiyetin bayan olması, evliler, gelir düzeyi yüksek kişiler, çalışmayanlar sağlık hizmeti talebini artırmakta olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca yaş gruplarının yataklı tedavi yarananma durumuna göre talep yaşlı ve orta yaşlılarda artmakta olduğunu tespit etmişlerdir. Literatürün aksine sağlık durumu iyi olan kişilerin sağlık durumu kötü olan hastalara göre daha çok doktora gittikleri sonucuna ulaşılmış olduğu belirtilmiştir.

İnce, Eren ve Bedir (2016) Türkiye’de Analitik hiyerarşi prosesi kullanarak yaptıkları çalışmada sağlık hizmet talebini etkileyen faktörlerden en fazla ağırlığa sahip ve en önemli faktör tüketici gelir seviyesi olduğu bulunmuştur. Diğer faktörlerin ağırlıkları ise artandan azalana doğru; uzmanlaşma seviyesi, sağlıkta otorite kabul edilen kuruluşlar ve uzman görüşleri, sağlık hizmetinin fiyatı, tüketici zevk ve tercihleri, finansman yöntemi, sağlık personelinin tutum ve davranışları ve sağlık kuruluşunun fiziki imkânları şeklinde sıralanmaktadır. Kişilerin geliri sağlık hizmet talebinde önemlidir ve kişilerin geliri arttıkça sağlık hizmet talebi artmakta olduğu belirtilmiştir.

Aksoy (2018) Türkiye’de Ankara ilinde Sayı, Yüzde analizi ve Ki kare karşılaştırma testi kullanılarak yaptıkları çalışmada eğitim durumu yüksek olan kişilerin sağlık hizmetini talebinde ilk noktanın kurumun kalabalık olmaması ve tanı tedavi imkanlarının geniş olması etkili olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kurumunu ilk talep nedeni sosyal güvencedir. Gelir seviyesi arttıkça sağlık kurumunu talep etme sebebi olan sosyal güvenceyi tercih nedeni olarak görme durumu azalmıştır. Yüksek okul mezunlarının en son aldıkları sağlık hizmeti başvuru sebebi çoğunlukla ilaç yazdırmak ve hastalıkla ilgili bilgi almak istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur.

Öztürk Yaprak ve Ecevit (2019) Türkiye’de Kayseri ilinde Nested multinominal logit model kullanarak yaptıkları çalışmada; hastalığın şiddeti, yetişkin sayısı, eğitim, bazı sağlık problemleri sağlık hizmeti talebini etkilediği tespit edilmiştir. Hastalık şiddeti ve eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmeti talebi artar. Ailede yetişkin sayısı arttıkça sağlık hizmeti talebini azalttığı belirtilmiştir.

3.4.Araştırmanın Amacı

Tüketici teorisinden hareketle tüketicilerin sağlık hizmet talebine yönelik bir yapı araştırılmak istenmiş olup bu doğrultuda ölçek geliştirme çalışması amaçlanmıştır.

3.5.Araştırmanın Önemi

Tüketicinin sağlık hizmet talebine yönelik olarak yapılan çalışmanın önemi maddeler halinde aşağıda açıklanmaya çalışılmaktadır;

- Sağlık ekonomisi 21. yüzyılın trendlerinden biri haline dönüşürken mikro temelli sağlık ve sağlık hizmetleri talebine yönelik farklı yaklaşımlara sahip olunması gerekmektedir (Nefiodow, 2016: 209). Sağlık ekonomisinde araştırmacılar, ülkeler arasında sağlık hizmeti talebindeki çeşitliliği tek bir değişken olarak açıklamaya çalışırken kişi başına düşen sağlık harcamasını toplam talebi temsil eden bir ölçü olarak kullanır. Ülke ne kadar zenginse, sağlık hizmetlerine olan talep o kadar büyüktür (Dewar, 2010: 27). Dolayısıyla bir taraftan sağlık harcamalarının artması ülke büyüme trend artışını gösterirken diğer taraftan sağlık hizmetlerine yönelik talebi de artıracaktır (Sloan ve Hsieh, 2012: 22). Böylece sağlık hizmetlerine olan talep, insanların kaliteli hizmetlere erişimi artırma beklentileriyle birlikte artmaktadır (WHO, 2019: 16). Artan talebin sebebinin ne olduğunun geleceğe yönelik olarak araştırılmasında tüketicinin sağlık hizmet talebinin ölçülmesinde kullanılan sağlık hizmeti miktarı veya hastaneye gitme sıklığı gibi nicel ölçütlerin (Ringel vd.,2002: 21) yanında sağlık hizmetinin talebini oluşturan insan davranışlarına yönelik bir yapı araştırılmalı (Fuchs, 2000: 141) ve tüketicinin sağlık hizmet talebini ölçebilen yeni bir ölçüm aracı geliştirilmelidir.

- Tüketicinin sağlık hizmetleri talebi, sağlık ve sağlık hizmeti ihtiyacını değerlendirmesi ile başlar (Dewar, 2010: 26), sağlık arama davranışına bağlı olarak ortaya çıkar (Muriithi, 2013: 152) ve sağlık hizmetinin kullanılmasına öncülük ederek (Mwabu, 2008: 84) sağlık kullanım davranışının oluşumuna katkı sağlar (Gökkaya ve Erdem, 2017: 154). Sağlık hizmeti talebi kavramı, herhangi bir toplumdaki bireylerin sağlık arama davranışlarıyla yakından ilgilidir. Kişi gerek özel gerekse kamu kaynaklarından ya da öz bakım yoluyla herhangi bir tıbbi bakımı tüketmeden önce, sağlık ve sağlık hizmeti ihtiyacına algılamalı ve sonra sağlık hizmetini talep etmelidir. İhtiyaç ortaya çıktığında, bireyler bir tıp doktorunu ziyaret edip etmemeye ve satın alma gücüne bağlı olarak sağlık hizmeti özellikleri de göz önüne alınarak sağlık hizmetine talebine karar vermelidir. Potansiyel maliyetler, riskler ve faydalar hakkında sınırlı bilgi ve tıbbi olmayan mal ve hizmetlerin tüketiminden vazgeçmenin fırsat maliyeti nedeniyle bu tür kararları verme süreci karmaşık olabilir (Sarma, 2009: 266). Dolayısıyla bu çalışmada sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların ortaya çıkması sonucu kişilerin sağlık hizmeti niteliklerini değerlendirerek satın alma gücü ya da diğer bir ifade ile ödeme isteği ile sağlık hizmeti talebini oluşturan yapı tüketici teorisi çerçevesinde ele alınarak incelenmek istenmiştir. Bu çalışma ile eğer ki kişilerin sağlık hizmet talebinin nasıl ve ne şekilde olacağı ile ilgili bir yapı kurgulanırsa sağlık kullanımı hakkında bilgilerle ulaşılması daha da kolaylaşacaktır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda sağlık hizmeti planlayıcılarına (özel-kamu) kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasında yol gösterici olacaktır (Thomas, 2021: 91). Bunun yanı sıra sağlık piyasasında tüketici odaklı sağlık hizmeti sunumunda tüketici beklentisinin ve tercihlerinin nasıl olabileceği konusunda fikirler vereceği düşünülmektedir (Şantaş, Kurşun ve Kar, 2016: 17).
- Sağlık hizmetleri talebine ilişkin alan yazınından yararlanılarak oluşturulan yapı ilk kez Açıklayıcı Faktör Analizi yardımı ile araştırılması tüketicinin sağlık hizmetlerine yönelik talep yapısının anlaşılmasında ve alan yazınında ağırlıklı olarak kullanılan demografik faktörlerin haricinde de talep ile ilgili farklı değişkenlerin değerlendirilmesi ve bunun yanında özellikle nitel değişkenlerin araştırma kapsamında incelenmesine olanak tanımaktadır.

Sağlık hizmetleri talebinin 6nemine dair yapılan açıklamalara dikkate alındığında sağlık ekonomisine yeni bir boyut kazandırmak bu sayede sağlık hizmet talebinin altında yatan sebeplerin neler olduğu konusunda 6nceden 6ng6r6lebilir bir yapı oluşturmak doğru bir karar olacaktır.



4.BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Bu bölümde öncelikle araştırmanın modeli, araştırmaya dair değişkenlerin tanımlanması ve araştırmanın probleminden bahsedilmiş olup ardından araştırma örnekleme ve veri toplama yöntemine dair bilgilere değinilerek en son olarak da anket sonucu elde edilen verilerin analizi ve bulgulara yer verilecektir.

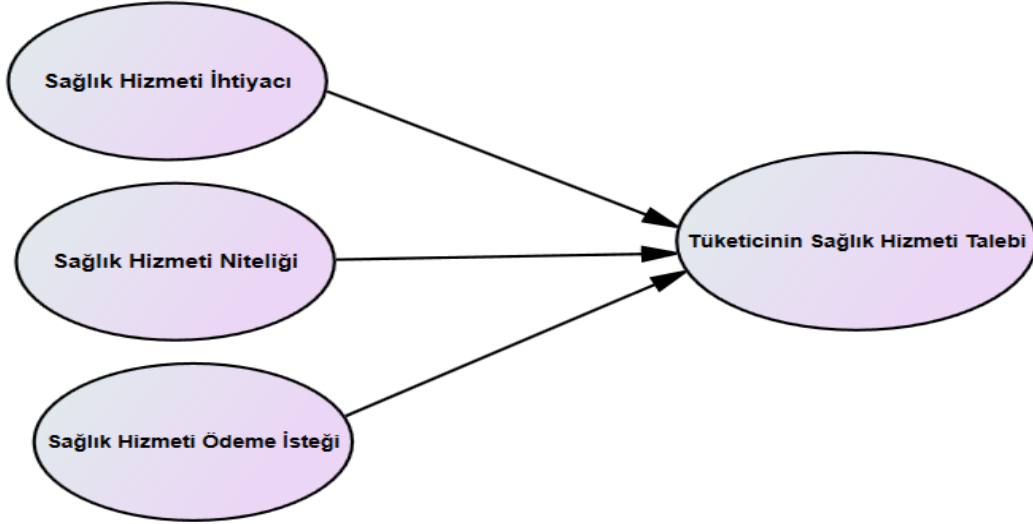
4.1.Araştırmanın Modeli

Faktör analizinde de diğer istatistiksel tekniklerde olduğu gibi başlangıç noktası araştırma problemi (Hair vd., 2019: 127). Araştırılmak istenen problemin altında yatan yapı hakkında bir teori olduğunda veya araştırmacı alta yatan yapıyı anlamak istediğinde, faktör analizi sıklıkla kullanılır. Bu durumda araştırmacı, birçok farklı soruya verilen yanıtların, faktör adı verilen birkaç temel yapı tarafından yönlendirildiğini gözlemler (Tabachnick ve Fidell, 2019: 22). Faktör analizi, temsili değişkenler, faktör puanları veya toplam ölçekler kullanılarak, orijinal değişkenlerin karakterini ve doğasını çok daha az sayıda yeni değişkende birleştiren yeni bir değişken seti oluşturmak için temel sağlar. Araştırmacı hem ilişkilerin ampirik tahmininden hem de sonuçların kavramsal temeline ve yorumlanmasına ilişkin iç görüden yararlanabilir (Hair vd., 2019: 132). Faktör analizi, sosyal bilimcinin büyük karmaşıklık ve çeşitlilikteki davranışsal fenomenleri incelemesini ve bulgularını bilimsel teorilere dönüştürmesini sağlar. Davranışı tanımlamak ve tahmin etmek için kullanılacak bir dizi denklem verir ve sosyal gerçekliğin fiziksel modellerinin, bunların altında yatan denklemlerden soyutlanarak incelenebilmesine olanak tanır (Rummel, 1970: 3).

Faktör analizine yönelik iki ana yaklaşım; Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi' dir (DFA). AFA, çok sayıda gözlemlenen değişkeni veya göstergeyi çeşitli şekillerde bileşenler, varyasyonlar, temelde yatan veya gizil boyutlar veya en yaygın olarak faktörler olarak bilinen daha küçük bir dizi doğrusal bileşik aracılığıyla ifade edilmesi için kullanılan istatistiksel bir araçtır. En basit tabirle AFA, yorumlayıcı aklı yatkın analitik genel amaçlı bir boyut küçültme işlemidir (Peterson, 2000: 262). AFA 'nın birincil kullanım amacı; yapı oluşturma ve tanımlamadır. Bunun

için belirli bir araştırma alanını hesaba katarak verilerin temelini oluşturan yapıyı keşfetmek ve gereken anahtar yapıların belirlenmesine yardımcı olmak amaçlanır. Kavramsal tanımın rolleri ve yapı tanımlamada teorik varsayımların bir tartışması için hangi belirli ölçülen değişkenlerin aynı ortak faktörlerden etkilendiğini inceleyerek, yapıların doğası ile ilgili sonuçlara ulaşabilir. AFA'nın ikincil amacı; yapıları değerlendirmek için ölçüm araçlarının geliştirilmesine yardımcı olmaktır. Bir araştırma alanındaki temel yapıların sayısı ve doğası hakkında bilgi sağlayan herhangi bir faktör analizi, aynı zamanda, hangi belirli ölçülen değişkenlerin her bir faktörü etkili bir şekilde yakaladığına ilişkin bilgi verir. Ölçüm aracı olma özelliğiyle bir dizi maddenin boyutluluğunu test etmek ve aynı ölçeğin veya alt ölçeğin bir parçası olarak hangi öğelerin uygun şekilde birbirine ait olduğunu belirlemek için açık bir yöntem sağlar (Fabrigar ve Wegener, 2012: 20-22). Araştırmacı, korelasyonların altında yatan yapı hakkında yapılacak keşif için faktörlerin sayısı ve ilişkileri hakkında herhangi bir öngörü veya somut hipotezin olmaması veya nispeten eksik beklentilerinin olduğu durumlarda, AFA yani sınırsız faktör analizini tercih edecektir. Eğer ki araştırmacı önceki sistematik sonuçlardan veya sağlam teorik öngörülerin varlığından dolayı, faktörlerin sayısını ve ilişkisini ve bunların değişkenler üzerindeki yüklerini öngörebildiği durumlarda ise DFA'yı tercih eder. AFA keşifsel bir tekniktir, belirli hipotezleri test etmek için kullanılmamalıdır. DFA ise yapıların nedensel olarak nasıl ilişkili olabileceğine dair hipotezleri doğrulamak veya rakip modelleri test etmek amacıyla kullanılır (Brown, 2006: 301). Önemli olan, AFA ile temsili bir örneklem için makul bir model elde etmek ve ardından DFA ile örneklemin bulunan çıkarımsal istatistiklerine geçmektir. AFA, yolculukta yalnızca bir ilk durak noktasıdır teoriye dayalı, kavramsal olarak anlaşılabilir çözümler yaratma hedefinin geçerli olması için AFA'nın sonuçlarını DFA bağlamında farklı verilerle doğrulayana kadar yolculuk bitmeyecektir (Osborne ve Banjanovic, 2016: 36). Keşifsel analizler araştırmacının hipotezlerinin daha tam olarak geliştirilmesine yardımcı olduktan sonra araştırma programında daha sonra onaylayıcı bir yaklaşımın benimsenmesi gerekir. Bu açıdan bir yaklaşımda AFA sonuçları elde edildikten sonra aynı örneklem üzerinde DFA test edilerek modelin geçerliliği test edilebilir (Brown, 2006: 301; Fabrigar ve Wegener, 2012: 29). Bu araştırmada tüketicilerin sağlık hizmet talebine yönelik bir yapı araştırılmak istenmiş olup AFA ile bu yapıya bağlı olarak bir ölçek geliştirme

çalışması amaçlanmış ve DAF ile modelin geçerliliği test edilmiştir. Tüketici teorisinden hareketle tüketicinin sağlık hizmetine yönelik talep etme şeklinin tahmin edilebilmesi için düşünülen yapı; (1) sağlık hizmeti ihtiyacı, (2) sağlık hizmeti niteliği ve (3) sağlık hizmeti ödeme isteği olarak tasarlanmış olup araştırmanın modeli aşağıda Şekil 4.1 yardımı ile gösterilmektedir.



Şekil 4.1. Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebine İlişkin Araştırma Modeli

Tüketicinin sağlık hizmet talebini açıkladığı düşünülen yapı tasarımındaki değişkenlerin içerikleri şu şekilde tanımlanabilir:

(1) Sağlık hizmeti ihtiyacı; tüketicinin sağlık statüsü, sağlık hizmeti türü, tedarikçinin rolü, zaman, kırsal ve kentsel yaşanılan yer, beklentiler, zevk ve tercihler gibi sağlık hizmeti talebi belirleyicileri göz önüne alınarak ilgili alan yazına göre şekillenmiştir. Ayrıca Bradshaw'ın (1972) ihtiyaçlara dair yapmış olduğu tanımlama; normatif ihtiyaç (değerlendirilen ihtiyaç), hissedilen ihtiyaç (algılanan ihtiyaç) ve karşılaştırmalı ihtiyaç dikkate alınarak sağlık hizmeti ihtiyacı yapısı oluşturulmaya çalışılmıştır.

(2) Sağlık Hizmeti Niteliği; tüketicinin sağlık statüsü, sağlık hizmeti türü, tedarikçinin rolü, zaman, beklentiler, zevk ve tercihler gibi sağlık hizmeti daha çok tüketicinin hastane tercihlerinde etkili olabilecek hastanenin fiziki ve sosyal ortamı, doktorun davranışı ya da kişinin hastalığın şiddeti gibi etkenlerde öncelikli belirleyici rol alan unsurları dikkate alan sağlık hizmet talebi belirleyicileri ekseninde alan

yazınına göre şekillenmiş ve sağlık hizmetleri niteliği yapısı oluşturulmaya çalışılmıştır.

(3) Sağlık hizmeti ödeme isteği; sağlık hizmetinin fiyatı, tüketicinin geliri ve sigortası gibi sağlık hizmet talebi belirleyicileri dikkate alınarak hem tüketicinin satın alma gücü gözlemlenmek istenmiş hem de kişilerin ödeme isteği kavramı ile tüketicinin sağlık hizmetine verdiği değer, sağlamak istediği fayda ölçüsünde ödemek istediği fiyatla anlaşılmaya çalışılmış olup, sağlık hizmetleri ödeme isteği yapısı oluşturulmuştur.

4.2.Araştırmanın Problemi ve Hipotezler

Tüketicinin sağlık hizmet talebini sağlık hizmet miktarı ve hastanede kalış süresi gibi nicel değişkenler dışında tüketici teorisi ekseninde sağlık hizmeti ihtiyaçları, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme isteğinin oluşturduğu gizil değişkenler ile bir yapı kurmak ve tüketicinin sağlık hizmet talebini ölçebilmek mümkün mü?

Alt Problemler ve Alt Hipotezler

Alt Problem 1: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri cinsiyete göre farklı mıdır?

H1: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” faktörü cinsiyete göre farklıdır.

H2: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktörü cinsiyete göre farklıdır.

H3: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörü cinsiyete Göre Farklıdır.

Alt Problem 2: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri yaşa göre farklı mıdır?

H4: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” faktörü yaşa göre farklıdır.

H5: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktörü yaşa göre farklıdır.

H6: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörü yaşa göre farklıdır.

Alt Problem 3: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri yaşanan ilçeğe göre farklı mıdır?

H7: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” faktörü ilçeğe göre farklıdır.

H8: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktörü ilçeğe göre farklıdır.

H9: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörü ilçeğe göre farklıdır.

Alt Problem 4: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri eğitim durumuna göre farklı mıdır?

H10: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” faktörü eğitim durumuna göre farklıdır.

H11: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktörü eğitim durumuna göre farklıdır.

H12: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörü eğitim durumuna göre farklıdır.

Alt Problem 5: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri gelir durumuna göre farklı mıdır?

H13: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” faktörü gelir durumuna göre farklıdır.

H14: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktörü gelir durumuna göre farklıdır.

H15: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörü gelir durumuna göre farklıdır.

4.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın ana kütlesi Konya Büyükşehir Belediyesi il sınırları içerisinde Karatay, Meram, Selçuklu olmak üzere üç merkez ilçede yaşayan 18-65 yaş aralığındaki bireylerden oluşmaktadır. Araştırmanın evreni Konya İl Nüfus ve Vatandaşlık Müdürlüğü'nün 2019 yılı nüfus istatistiklerine dayanarak Karatay 338.976, Meram 344.546, Selçuklu 662.808 kişi olmak üzere toplam 1.346.330 kişiden oluşmaktadır(www.nvi.gov.tr). Bu evreni temsil edecek ve anket uygulanacak örneklem büyüklüğü tespit edilecektir. Bunun için basit tesadüfi örnekleme yöntemi formülü kullanılmıştır. Bu formül aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Krejcie ve Morgan, 1970: 607):

$$n = \frac{N \times P \times (1 - P) \times Z^2}{(N - 1) \times d^2 + P \times (1 - P) \times Z^2} = 384 \quad (1)$$

Bu formül²⁶ (1) ile elde edilen verilerde örneklem büyüklüğünün tespit edilmesinde, %95 güven aralığında %5 hata payı ile ana kütle temsil edecek örnek büyüklüğü,

$$n = \frac{1346330 \times (0.5) \times (0.5) \times (1.96)^2}{(1346330 - 1) \times (0.05)^2 + (0.5) \times (0.5) \times (1.96)^2} = 384 \quad (2)$$

(2) hesap edilmiştir. Burada 1.346.330 kişilik evrene karşılık 384 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmektedir. Ancak araştırmanın genelliğini arttırabilmek örneklem grubunun evreni iyi temsil etmesi açısından çalışmada 1500 kişi hedeflenmiş fakat 1212 kişiye ulaşılarak 911 kişinin anketi değerlendirmeye

²⁶ Bu formüldeki her harf (1) şu ifadeleri: “n: Örnek kütle büyüklüğü, N: Anakütle büyüklüğü, P: Olayın gerçekleşme olasılığı, 1-P: Olayın gerçekleşmeme olasılığı, Z: %(1-α) düzeyinde Z test değeri α: Önem düzeyi d: Hata payı” olarak temsil edilir.

alınmıştır. Bu uygulanan anket verilerinden eksik ve hatalı cevaplar olabileceği düşünülerek 19 adet anket çıkarıldığında geri kalan 892 anket kalmıştır. Bu anket cevapları değerlendirmeye alınarak 892 anket üzerinden analiz gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.1. Belirli Evren Büyüklükleri için Kabul Edilebilir Örneklem Büyüklükleri

N*	S*	N*	S*	N*	S*
10	10	290	165	1.600	310
15	14	300	169	1.700	313
20	19	320	175	1.800	317
25	24	340	181	1.900	320
30	28	360	186	2.000	322
35	32	380	191	2.200	327
40	36	400	196	2.400	331
50	44	420	201	2.600	335
100	80	440	205	2.800	338
110	86	460	210	3.000	341
120	92	480	214	3.500	346
130	97	500	217	4.000	351
140	103	550	226	4.500	354
150	108	600	234	5.000	357
160	113	650	242	6.000	361
170	118	700	248	7.000	364
180	123	750	254	8.000	367
190	127	800	260	9.000	368
200	132	850	265	10.000	370
210	136	900	269	15.000	375
220	140	950	274	20.000	377
230	144	1.000	278	30.000	379
240	148	1.100	285	40.000	380
250	152	1.200	291	50.000	381
260	155	1.300	297	75.000	382
270	159	1.400	302	1.000.000	384
280	162	1.500	306	10.000.000	384

*N=Evren büyüklüğü, *S= Örneklem Büyüklüğü

Kaynak: Sekaran, 2003: 294; Krejcie ve Morgan, 1970: 608

Tablo 4.1’de görüldüğü üzere araştırmamız için 1.346.330 kişilik evrene karşılık 384 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu da görülmektedir. Ancak 892 anket değerlendirmeye alınarak analiz gerçekleştirilmiştir.

4.4. Veri toplama Yöntemi ve Aracı

Anket çalışması Kasım-Aralık 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada veriler online anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anketler online şekilde sosyal medya (facebook, instagram, telegram, watsaap vb.) aracılığıyla 18-65 yaş arasındaki kişiler tarafından gönüllü olarak doldurulmuştur. Geçerli bir anket formu

düzenleyebilmek için ilk olarak, kapsamlı bir mevcut yazın taraması gerçekleştirilmiş ve araştırma sonucunda konu hakkında yazında yer alan yerli ve yabancı çalışmalar anket formunun ortaya çıkmasında önemli rol oynamıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formunda 5 adet demografik soru 7 adet sağlık hizmetine başvurma sıklığı olmak üzere 12 genel soru sorumuş olup tüketicinin sağlık hizmeti talebi için ölçek geliştirme çalışması amacıyla; sağlık hizmeti ihtiyaç boyutu için 9 sağlık hizmeti niteliği boyutu için 9 ve sağlık hizmeti ödeme isteği boyutu için 9 anketin tamamı toplam 33 sorudan oluşmaktadır. Anket formunda ölçek geliştirme amaçlı yer alan sorularda ifadeler 5’li likert düzenine göre oluşturulmuştur. Yanıtlar ve puanlamalar “Tamamen katılmıyorum=5”, “Katılıyorum=4”, “Kararsızım=3”, “Katılmıyorum=2”, “Hiç katılmıyorum=1” seçeneklerinden oluşturulmuş ve katılımcılardan kendilerine en uygun seçenekten bir tanesini işaretlemesi istenmiştir. Sadece sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunda birkaç madde ters puanlanarak değerlendirilmeye alınmıştır.

Anketlerden elde edilen veriler, veri kaybına neden olmamak için elde edilmiş sırasına göre numaralandırılmış, numaralandırılan anket formları SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22 versiyon istatistik programına girilmiştir. İlk olarak anket sorularına verilen yanıtlar ile ilgili tanımlayıcı istatistikten; frekans değerleri, standart sapmalar, ortalama değer ve yüzdelerine yer verilmiştir. Ardından da tüketicinin sağlık hizmeti talebi ile ilgili ölçek geliştirme için alınan yanıtlar ise SPSS 22 versiyon programı ile Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) uygulanmış ve yapı geçerliliğini test etmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) için IBM SPSS Amos 23 versiyon programı kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında yüzde ortalama, Cronbach Alpha gibi testlerin yanında Faktör analizi için KMO ve Bartlett Testi, Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax Döndürme Yöntemi (Varimax Rotation) kullanılmıştır. En son aşamada ise ölçek geliştirilmesi amacı ile oluşturulan boyutlar için demografik değişkenlerle arasında fark olup olmadığını görebilmek SPSS 22 versiyon ile t-testi ve Anova testine yer verilmiştir.

4.5.Verilerin Analizi ve Bulgular

4.5.1.Araştırmanın Değişkenlerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

Araştırmanın Demografik Özellikleri

Aşağıdaki Tablo 4.2’de ankete katılanların demografik özelliklerine yer verilmektedir.

Tablo 4.2. Ankete Katılanların Demografik Özellikleri

Değişkenler		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	273	30,6
	Kadın	619	69,4
Yaş	18-24	191	21,4
	25-31	287	32,2
	32-38	192	21,5
	39-45	128	14,3
	46-51	48	5,4
	52+	46	5,2
İlçe	Karatay	220	24,7
	Meram	220	24,7
	Selçuklu	452	50,7
Eğitim Durumu	İlköğretim ve Ortaokul mezunu	78	8,7
	Lise mezunu	180	20,2
	Üniversite mezunu	504	56,5
	Lisansüstü	130	14,6
Ailenin Gelir Durumu	2.500TL ve Altı	182	20,4
	2.501TL- 4.000TL	226	25,3
	4.001TL-5.500TL	195	21,9
	5.501TL-7.000TL	115	12,9
	7.001TL- 8.500TL	64	7,2
	8.501TL-10.000TL	45	5,0
	10.001TL ve Üstü	65	7,3

Tablo 4.2 ’de incelendiği gibi anketi cevaplayan 892 katılımcının cinsiyete göre dağılımında erkekler (%30,6) ve kadınlar (%69,4) oluşturmaktadır. Yaş gruplarına göre dağılımda 18-24 yaş grubunda (%21,4), 25-31 yaş grubunda (%32,2), 32-38 yaş grubunda (%21,5), 39-45 yaş grubunda (%14,3), 46-51 yaş grubunda (%5,4), 52 yaş ve üstü grupta (%5,2) kişi yer almaktadır. Konya Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı üç merkezi ilçeden katılımcılar: Karatay ilçesinden (%24,7), Meram ilçesinden (%24,7), Selçuklu ilçesinden (%50,7) katılım sağlanmıştır. Eğitim durumuna göre dağılımlarda ilköğretim ve ortaokul mezunu (%8,7), lise mezunu (%20,2), üniversite mezunu (%56,5), lisansüstü (%14,6) grup oluşturmaktadır. Ailenin

aylık gelir durumuna dağılımlarda ise 2.500TL ve altı gelir grubunda (%20,4), 2.501TL- 4.000TL gelir grubunda (%25,3), 4.001TL-5.500TL gelir grubunda (%21,9), 5.501TL-7.000TL gelir grubunda (%12,9), 7.001TL- 8.500TL gelir grubunda (%7,2), 8.501TL-10.000TL gelir grubunda (%5,0), 10.001TL ve üstü gelir grubunda (%7,3) kişi yer almıştır.

Tablo 4.2 'de incelendiği üzere ankete katılanların büyük bir çoğunluğunu; cinsiyete göre katılımda kadınlar (%69,4), yaş grubuna göre katılımda 25-31 yaş aralığında (%32,2), ilçe olarak katılımda Selçuklu ilçesinden (%50,7), eğitim durumuna göre katılımda üniversite mezunu (%56,5), ailenin gelir durumuna göre ise 2.501TL- 4.000TL aralığında gelire sahip (%25,3) bireyler oluşturmuştur.

Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebinde Bulunma Sıklığının Belirlenmesi

Ankete katılan bireylerin, iki farklı şekilde sağlık hizmet talebinde bulunma düzeyleri araştırılmıştır. İlki Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Hakkında 3274 sayılı (2019/10) genelgeye dayanarak sağlık hizmetinin sunumu üç farklı basamak şeklinde gerçekleşmektedir. Bu açıdan tüketicinin sağlık hizmetlerine yönelik talebi üç farklı basamağa 1 yıl içinde başvuru yapma sıklıklarına göre değerlendirilmiştir. Bu Tablo 4.3'te incelenmeye çalışılmıştır.

Tablo 4.3. Sağlık Hizmetinin Sunum Şekillerine Göre Talep Edilme Düzeyleri

Değişkenler		Frekans	Yüzde
Birinci basamak sağlık hizmeti veren özel ve kamu işyeri hekimliği, 112 acil sağlık hizmetleri, dispanser hizmeti, özel muayenehane, evde bakım hizmetleri, eczane hizmeti veya aile hekimliğine bir yılda başvurma sıklığı	Hiç	93	10,4
	Nadir	456	51,1
	Orta Sıklıkta	295	33,1
	Sık	34	3,8
	Çok Sık	14	1,6
İkinci basamak sağlık hizmeti veren devlet hastanesine ya da özel hastaneye bir yılda başvurma sıklığı	Hiç	37	4,1
	Nadir	523	58,6
	Orta Sıklıkta	295	33,1
	Sık	25	2,8
	Çok Sık	12	1,3
Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi ya da belli bir branşta ihtisaslaşmış bir hastaneye bir yılda başvurma sıklığı	Hiç	207	23,2
	Nadir	502	56,3
	Orta Sıklıkta	162	18,2
	Sık	17	1,9
	Çok Sık	4	0,4

Tablo 4.3'te sağlık hizmetlerinin sunum şekillerine göre üç farklı basamakta sağlık hizmetleri talep edilme düzeyleri, bir yılda hastaneye başvurma sıklıklarıyla değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ankete katılan 892 katılımcı birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulan özel ve kamu işyeri hekimliği, 112 acil sağlık hizmetleri, dispanser hizmeti, özel muayenehane, evde bakım hizmetleri, eczane hizmeti veya aile hekimliği hizmetlerine bir yılda başvuru yapma düzeyi; hiç başvuru yapmayanlar (%10,4), nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%51,1), orta sıklıkta başvuru yapanlar (%33,1), sık başvuru yapanlar (%3,8), çok sık başvuru yapanlar (%1,6) olarak gerçekleşmiştir. İkinci basamak sağlık hizmeti kapsamında devlet hastanesine ya da özel hastaneye bir yılda başvuru yapma düzeyi; hiç başvuru yapmayanlar (%4,1), nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%58,6), orta sıklıkta başvuru yapanlar (%33,1), sık başvuru yapanlar (%2,8), çok sık başvuru yapanlar (%1,3) olarak gerçekleşmiştir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi ya da belli bir branşta ihtisaslaşmış bir hastaneye bir yılda başvuru yapma düzeyi; hiç başvuru yapmayanlar (%23,2), nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%56,3), orta sıklıkta başvuru yapanlar (%18,2), sık başvuru yapanlar (%1,9), çok sık başvuru yapanlar (%0,4) olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.3'te incelendiği gibi ankete katılanların birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulan özel ve kamu işyeri hekimliği, 112 acil sağlık hizmetleri, dispanser hizmeti, özel muayenehane, evde bakım hizmetleri, eczane hizmeti veya aile hekimliği hizmetlerine bir yılda başvuru sıklığı ya da diğer bir ifade ile talep etme düzeyinin büyük çoğunluğu nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%51,1) oluşturmuştur. İkinci basamak sağlık hizmeti kapsamında devlet hastanesine ya da özel hastaneye bir yılda başvurma sıklığı ya da talep etme düzeyinin büyük çoğunluğu, nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%58,6) oluşturmuştur. Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi ya da belli bir branşta ihtisaslaşmış bir hastaneye bir yılda başvurma sıklığı ya da talep etme düzeyi nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%56,3) oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerinin her bir basamağına yönelik başvuru yapma sıklığı ya da talep etme düzeyleri nadir sıklıkta başvuru yaparak gerçekleşmiştir.

İkinci olarak sağlık hizmet talebi düzeyleri ise Tablo 4.4'te incelenmeye çalışılmaktadır. Burada kişilerin çeşitli zaman periyotlarında sağlık hizmetine başvuru yapma sıklıkları olarak talep düzeyleri incelenmiştir.

Tablo 4.4. Sağlık Hizmetinin Zaman Periyoduna Göre Talep Edilme Düzeyleri

Değişkenler		Frekans	Yüzde
Hastaneye 1 yılda başvurma sıklığı	Hiç	29	3,3
	Nadir	463	51,9
	Orta Sıklıkta	349	39,1
	Sık	39	4,4
	Çok Sık	12	1,3
Hastaneye 6 ayda başvurma sıklığı	Hiç	133	14,9
	Nadir	484	54,3
	Orta Sıklıkta	236	26,5
	Sık	31	3,5
	Çok Sık	8	0,9
Hastaneye 3 ayda başvurma sıklığı	Hiç	262	29,4
	Nadir	463	51,9
	Orta Sıklıkta	137	15,4
	Sık	20	2,2
	Çok Sık	10	1,1
Hastaneye 1 ayda başvurma sıklığı	Hiç	438	49,1
	Nadir	353	39,6
	Orta Sıklıkta	84	9,4
	Sık	12	1,3
	Çok Sık	5	0,6

Tablo 4.4'te ankete katılan bireylerin sağlık hizmetlerine çeşitli zaman periyotlarında başvurma sıklıkları veya talep etme düzeyleri dikkate alınarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bireylerin 1 yılda hastaneye başvuru yapma ya da talep etme düzeyleri; hiç başvuru yapmayanlar (%3,3), nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%51,9), orta sıklıkta başvuru yapanlar (%39,1), sık başvuru yapanlar (%4,4), çok sık başvuru yapanlar (%1,3) şeklinde olmuştur. Bireylerin 6 ayda hastaneye başvuru yapma ya da talep etme düzeyleri; hiç başvuru yapmayanlar (%14,9), nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%54,3), orta sıklıkta başvuru yapanlar (%26,5), sık başvuru yapanlar (%3,5), çok sık başvuru yapanlar (%0,9) şeklinde olmuştur. Bireylerin 3 ayda hastaneye başvuru yapma ya da talep etme düzeyleri; hiç başvuru yapmayanlar (%29,4), nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%51,9), orta sıklıkta başvuru yapanlar

(%15,4), sık başvuru yapanlar (%2,2), çok sık başvuru yapanlar (%1,1) şeklinde olmuştur. Bireylerin 1 ayda hastaneye başvuru yapma ya da talep etme düzeyleri; hiç başvuru yapmayanlar (%49,1), nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%39,6), orta sıklıkta başvuru yapanlar (%9,4), sık başvuru yapanlar (%1,3), çok sık başvuru yapanlar (%0,6) şeklinde gerçekleşmiştir.

Tablo 4.4'te ankete katılan tüketicilerin sağlık hizmetlerine çeşitli zaman periyotlarında başvurma sıklıkları veya talep etme düzeylerinde; hastaneye 1 yılda başvuru yapma ya da talep etme düzeyinin büyük çoğunluğunu nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%51,9) oluşturmuştur. Hastaneye 6 ayda başvuru yapma ya da talep etme düzeyinin büyük çoğunluğunu nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%54,3) oluşturmuştur. Hastaneye 3 ayda başvuru yapma ya da talep etme düzeyinin büyük çoğunluğunu nadir sıklıkta başvuru yapanlar (%51,9) oluşturmuştur. Hastaneye 1 ayda başvuru yapma ya da talep etme düzeyinin büyük çoğunluğunu ise hiç başvuru yapmayanlar (%49,1) oluşturmuştur. Sağlık hizmetlerine yönelik başvuru yapma sıklıkları ya da talep etme düzeylerinin büyük çoğunluğu 1 yılda, 6 ayda ve 3 ayda nadir sıklıkta başvuru yaparak gerçekleştirmekle beraber 1 ayda büyük çoğunluk hastaneye hiç başvuru yapmamış veya talepte bulunmamıştır.

Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talep Ölçeği ile İlgili Faktörler

Tüketicinin sağlık hizmetlerinin talebinde etkili olan faktörlerin belirlenmesinden sonra ankete katılanların talep düzeyleri tespit edilmiştir. Tablo 4.5'te tüketicinin sağlık hizmeti talep etme düzeyleri gösterilmektedir.

Tablo 4.5. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebi ile İlgili Faktörler

Ölçek Maddeleri	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmeti İhtiyacı		
Sağlığıma değer verdiğim için hastane ve hekim hizmetine ihtiyaç duyarım.	4,30	0,78
Uzmanların sağlığım hakkındaki görüşleri hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğumu belirler.	4,18	0,70
Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığım hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim.	3,25	1,22
Doktor tavsiyesi ile ikinci bir doktora daha gerekli ise muayene olabilirim.	4,32	0,68
Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim.	4,60	0,59
Sağlık Hizmet İhtiyacı Toplam	4,13	0,79
Sağlık Hizmeti Niteliği		
Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.	4,86	0,48
Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.	4,74	0,60
Hastanenin tahlil, patoloji ve röntgen gibi laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması önemlidir.	4,79	0,58
Sağlık Hizmeti Niteliği Toplam	4,80	0,55
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği		
İhtiyaç duyduğum zaman sağlık hizmeti satın alabilme gücüne sahibim.	3,17	1,21
Sağlık hizmeti için gerekli olan bedeli ödemeye hazırım.	3,29	1,13
Bazen aile hekiminin yeterli olduğunu düşünmem ve muayene ücretine rağmen hastaneye de başvururum.	3,50	1,13
Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.	3,77	1,07
*Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceği beni endişelendirir.	2,20	1,05
Birden çok hekime başvuru yapabilirim ücret önemli değil iyileştirsin yeter.	3,25	1,18
Doktorun çok iyi olduğunu düşünürsem gereken ücret çok da gözüme görünmez.	3,44	1,14
*Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.	2,46	1,07
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği Toplam	3,13	1,12
Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebi Ölçeği (Toplam Madde)	4,02	0,37

Tablo 4.5'te incelendiği gibi tüketicinin sağlık hizmeti talep etme düzeylerinden sağlık hizmeti ihtiyacı faktöründe en yüksek değer 4,60 ortalama ile "Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim." değişkeni yer almaktadır. En düşük değere sahip değişken ise 3,25 ortalama ile "Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığım hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim." değişkeni olmuştur.

Sağlık hizmetinin niteliği boyutunda en yüksek değer 4,86 ortalama ile “Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.” değişkeni yer almaktadır. En düşük değere sahip değişken ise 4,74 ortalama ile “Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.” değişkeni olmuştur. Ankete katılan tüketicilerin sağlık hizmetleri taleplerinde sırasıyla ilk sırada doktorun özellikleri, laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması ve son olarak da hastanenin yoğun olması ve bekleme süresinin az olması olmuştur.

Sağlık hizmeti ödeme isteği faktöründe en yüksek değer 3,77 ortalama ile “Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.” değişkeni yer almaktadır. En düşük değere sahip değişken ise 2.20 ile “Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceği beni endişelendirir.” ve 2,46 ortalama ile “Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.” değişkeni olmuştur.

4.5.2. Tüketicinin Sağlık Hizmetleri Talebi ile İlgili Ölçek Geliştirme İstatistikleri

Araştırmanın bu aşamasında tüketicinin sağlık hizmeti talebine ilişkin boyutlar ve maddeler belirlenmeye çalışılmıştır. Tüketicinin sağlık hizmeti talebi; ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti doğrultusu sağlık hizmetinin niteliği göz önünde bulundurularak ödeme isteği ölçüsünde vuku bulmaktadır. Bu amaçla tüketicinin sağlık hizmetleri talebi; sağlık hizmet ihtiyacı, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme istekliliği kapsamında sorularla değerlendirilmeye alınmıştır. Sorular 5’li Likert tipi ölçeğe uygun olarak hazırlanmış ve tüketicinin sağlık hizmet talebi ölçeği geliştirilmeye çalışılmıştır. Bunun için kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği ve güvenilirlik çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Kapsam geçerliliği için araştırma alanı ve uzman görüşü dikkate alınarak sorular oluşturulmuş, yapı geçerliliği için (AFA) ve (DFA) gerçekleştirilmiştir. Son olarak da güvenilirlik için Cronbach Alfa testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 892 katılımcıdan elde edilen veriler doğrultusunda da ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Araştırma

kapsamında faktör analizinin yapılabilmesi için gerekli görülen örneklem büyüklüğü incelenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek için Varimax Döndürme ile Temel Bileşenler Analizi kullanılarak AFA gerçekleştirilmiştir. Analizde AFA için faktör yükleri en az 0.40 olarak belirlenmiştir (Widaman, 1993: 94). Ayrıca AFA ile ortaya konulan yapının doğruluğunun test edilebilmesi için DFA yapılmıştır. DFA’da faktör yüklerinin 0.30’dan büyük olması maddelere ait faktör yüklerinin yeterli olduğu anlamına gelmektedir (Harrington, 2009: 23). Ölçeğin alt boyutları ve toplam güvenilirlikleri için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyonu 0.30’un üzerinde güvenilir olduğu kabul edilmektedir (Field, 2013: 990; Tabachnick ve Fidell, 2019: 482; Sungur, 2009: 116). Yapılan analizlerde AFA sonucunda üç madde, DFA sonucunda bir madde ve güvenilirlik analizi sonucunda bir madde ölçekten çıkartılmıştır.

4.5.2.1.Kapsam Geçerliliği

Ölçek geliştirme, ölçülebilir ve nesnel bir şekilde bir yapıyı temsil eden bir dizi ögenin tanımlanmasına odaklanan özel bir süreçtir. Geçerliliğin sağlanması, neyin ölçüleceğinin tam olarak anlaşılması ve ardından ölçümün mümkün olduğunca doğru yapılmasıyla başlar. Araştırmacı bir konuyu kesin olarak tanımlayabilir, ancak “doğru” soru sorulmadığında “yanlış” geçersiz bir ölçü ortaya çıkacaktır. Araştırmacılar her bir boyutu inceleyebilir ve bu boyutta yer alan değişkenlerin bir uzman ortamında daha yorumlanabilir ve yararlı olması için “ince ayar” yapabilir (Hair vd., 2019: 3,130). Araştırma yürütülürken ya da araştırmayı eleştirirken veri toplama araçlarının geçerliliği önemli bir husustur. Aracın değişkene göre olması gereken tüm içeriği yeterince kapsayıp kapsamadığına bakılır. Sorulan sorularla öğrenilmek istenen değişkenlerin tüm içeriği yeterince kapsayıp kapsamadığı ya da söz konusu ölçülmek için tasarlanan yapının ortaya çıkıp çıkmadığıdır. Uzmanların bir aracın amaçlanan kavramı ölçüp ölçmediğine ilişkin görüşleri alınır (Heale ve Twycross, 2015: 66,67). Uzman görüşü, istatistiksel analiz değil, içerik geçerliliğinin belirlenmesinin temelidir (Kline, 2011: 72). Anketin görünümü, fizibilite, okunabilirlik, stil ve format tutarlılığı ve kullanılan dilin netliği açısından değerlendirilir. Sınav katılımcıları ve yasal sistemin temsilcileri gibi uzman olmayanların yargısına göre, bir değişkenin belirli bir yapıyla ilişkili görünme derecesi

ya da bir yapının operasyonel hale getirilmesine ilişkin öznel bir yargı yüz geçerliliğini ifade eder. İçeriği sadece testi alan kişi ile alakalı görünüyorsa, bir testin yüz geçerliliği vardır (Taherdoost, 2016: 29).

Ölçeğin güvenilirliği ve yapısal geçerliliği test edilmeden önce yüzey ve kapsam geçerliliği test edilmiştir. Yüzey geçerliliği kapsamında tasarlanan ölçek literatür destekli geliştirilmiş okunduğunda anlaşılır olup olmadığını, cümlelerin uzunluğunu test etmek için yakın çevre ve hane halkından 11 kişiye sorulmuştur. Ayrıca, yüzey geçerliliği, kapsam geçerliliği ile bir arada yürütülerek uzmanlar tarafından ölçeğin her bir maddesinin yüzey geçerliliğinin değerlendirilmesi de sağlanmıştır. İlk aşamada alan yazın incelenmiş ve alan uzmanlarının görüşleri alınmıştır. Bu kapsamda yurtiçi ve yurtdışında bu alanda yapılan çalışmalar ve uzman görüşleri incelenerek ölçek maddeleri belirlenmiştir. Böylece 21 maddelik madde havuzu oluşturulmuştur. Oluşturulan 21 maddelik form, uzman görüşleri alınmak üzere konu alanında bilgi sahibi olan ve çalışma konusu hakkında bilgilendirilen İktisat, Sağlık ve Eğitim Bilimleri alanından 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Bu süreçte uzmanların vermiş olduğu görüşler doğrultusunda maddelerin kapsam geçerliliği belirlenmiştir. Kapsam geçerliliği her bir madde için olumlu yanıt vermiş uzman sayısı toplamının toplam uzman sayısına oranının bir eksiği alınarak belirlenmiştir. Kapsam geçerlik oranı 0.80'in altında olan maddeler ölçekten çıkarılarak 21 maddelik deneme formu elde edilmiştir.

4.5.2.2. Verilerin Faktör Analizi İçin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Yapı geçerliliğini test etmek için bu çalışmada tüm değişkenler için faktör analizi testi kullanılmıştır. Bu testin uygunluğu, Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett'in küresellik testi kullanımına tabi tutulmuştur. Veri grubunun faktör analizine uygunluğunu gösteren Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Testi ve Bartlett'in küresellik testi gibi farklı örnekleme yeterliliği ölçümleri elde etmek de uygulanan bir testtir (Izquierdo, Olea ve Abad, 2014: 396). Bu test daha çok örneklemin yeterli olup olmadığı ile ilgili bilgi veren bir testtir. Örneklem yeterliliğinin ölçüm kriteri 0 ile 1 arasında değişir. KMO değeri; örneklem büyüklüğü arttığında, değişkenlerin maddelerinin sayısı artırıldığında, faktör sayısı azaldığında, korelasyon düzeyi arttığında artar (Dziuban ve Shirkey, 1974: 359). KMO index aralığı: 0.50'den küçük

ise “Kabul Edilemez”; 0.50-0.60 ise “Kötü”; 0.60-0.70 ise “Zayıf-vasat”, 0.70-0.80 ise “Orta”; 0.80-0.90 ise “İyi” ve 0.90 üzerinde ise “Mükemmel” çıkarımı yapılır (Kaiser ve Rice, 1974: 112).

AFA için korelasyon matrisinin uygunluğunun ikinci bir değerlendirmesi ise Bartlett 'in Küresellik testi (1950) tarafından sağlanmıştır; bu, korelasyon matrisinin bir tanımlama matrisi olduğu şeklindeki boş hipotezi test eder. Bartlett 'in testi örneklem büyüklüğüne duyarlıdır ve asgari bir standart olarak kabul edilir (Nunnally ve Bernstein, 1994: 469). Bu nedenle, KMO değerleri 0.5'ten büyükse ve Bartlett'in küresellik testi ise ($p < 0.05$) anlamlıysa faktörlenebilirlik o zaman mümkün olabilir (Coakes, 2005: 165). Faktör analizine başlamadan önce verilerin uygunluğunu saptamak üzere (KMO) katsayısı ve Bartlett'in küresellik testi Tablo 4.6'da hesaplanmıştır.

Tablo 4.6. KMO and Bartlett's Testi Sonuçları

KMO and Bartlett's Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		0,802
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3.489.867
	df	120
	Sig.	,000

KMO değeri 0.802 bulunmuştur. Bu değer örneklem büyüklüğünün faktör analizinin “Değerli ve İyi” olduğunu gösterir. Bartlett küresellik testi ($X^2 = 3489.867$, $p = 0.000$) sonucuna göre $p < 0.05$ olduğundan anlamlıdır. Bu nedenle yaklaşık olarak çok değişkenli normal ve faktör analizi için kabul edilebilirdir (George ve Mallery, 2019: 268).

4.5.2.3. Faktör Deseninin Belirlenmesi

Ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak ve maddelerin faktör yüklerini belirleyerek boyutlandırabilmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Ölçek faktörlerini tanımlamak ve faktör yüklerini belirleyebilmek için Varimax Döndürme Yöntemi ile Temel Bileşenler Analizi kullanılarak AFA gerçekleştirilmiştir. Araştırmacıların çoğu, AFA ve Temel Bileşenler Analizini birbirinin yerine tercih etmekte ya da analiz yaparken AFA 'nın daha iyi bir performans sergilenmesi için Temel Bileşenler

Analizini kullanmaktadır (Osborne ve Banjanovic, 2016: 2). Temel bileşen analizi, genel bir boyut indirgeme analizi sınıfının hesaplamalı olarak basitleştirilmiş bir versiyonudur (Hotelling, 1933: 421,429). Temel Bileşenler Analizinin amacı ölçülen değişkenlerdeki varyansı açıklamaktır. Yani, orijinal ölçülen değişkenlerden mümkün olduğunca fazla bilgi tutan ölçülen değişkenlerin doğrusal kombinasyonlarını belirlemektir (Fabrigar vd., 1999: 275). Özetle, Temel Bileşenler Analizi ölçülen değişkenlerden küçük bir ana bileşen setinin oluşturulduğu ve bu bileşenlerin ölçülen değişkenleri tahmin etme kabiliyetinin değerlendirildiği temel bir modeldir (Fabrigar ve Wegener, 2012: 32).

Temel Bileşen Analizi çıktısı ile araştırmacılar faktör yüklerini inceler. Bu adımdaki amaç, yeterince büyük faktör yüklerine sahip ana bileşenlerden herhangi birine yüklenmemiş öğeleri belirlemek ve bu öğeleri kaldırmaktır (Henson ve Roberts, 2006: 397,398). Faktör yükleri için yaygın olarak kullanılan bir yaklaşım, ise bir kesme değerinin belirlenmesiyle en yüksek yüklemeye odaklanmaktır. Bir öğenin en yüksek faktör yükü, önceden belirlenmiş bir kesme değerinden büyükse araştırmacılar bu öğeyi havuzda tutarlar (Matsunaga, 2011: 101). Geleneksel olarak, bu eşiği karşılayan yükler dikkat çekici olarak nitelendirilir (Watkins, 2021: 89). Faktör yükleri açısından 0.30 'dan büyük faktör yüklerinin minimum seviyeyi karşıladığı kabul edilir; 0.40'lık yüklemeler daha önemli kabul edilir ve yükler 0,50 veya daha büyükse, bunlar pratik olarak önemli kabul edilir (Hair vd., 2019: 151). Faktör doygunluğu ya da faktör yükleri AFA 'da kritik bir parametredir. Bu nedenle, faktör doygunluğunu artırma çabasında, bir faktörün tanımlanması için bir değişken için olağan 0.30 yerine 0,40 'lık bir faktör yükünün kullanılması önerilir (Velicer, Peacock ve Jackson, 1982: 375). AFA yaparken temel bileşenler analizi uygulandığında özellikle topluluklar en düşük olduğunda faktör yükü minimum 0.40 kabul edilmesi en doğru hesaplama sonucunu vereceği düşünülür (Widaman, 1993: 94). Çalışmamızda da AFA için faktör yükleri en az 0.40 olarak belirlenmiştir. Eşik değerinin altındaki faktörlerin düşük doygunluğu ile oluşan zayıf bir kombinasyonu tanımlama yapılmamalıdır. Veri seti iyileştirilirse, yani yeterli bir oran elde edilirse ve daha yüksek satürasyon değişkenleri dahil edilirse, yöntemler arasındaki sayısal farklılıklar minimum olacaktır (Velicer, 1990: 101). Birçok araştırmacı AFA uygulanırken yaygın olarak ortogonal rotasyonlarda Varimax

Döndürme Yönteminin seçilmesini önerir (Wood, Tataryn ve Gorsuch, 1996: 361). Araştırmacılar tarafından kolay yorumlanabilir sonuçlar verdiği için kullanılan bu yöntemle yapı içinde daha büyük faktör yüklemelerinin artması ve daha küçük boyutların en aza indirilmesi için bir faktör içindeki varyansı maksimize etmeye çalışılır. Bu yöntem sayesinde bir ve başka bir kümede yüksek yüklerle sahip olan bir dizi değişkeni tanımlayarak faktörleri basitleştirir. Ancak, bazı değişkenler faktörlerin hiçbirine güçlü bir şekilde yüklenemeyebilir (Osborne ve Banjanovic, 2016: 63,65).

Varimax Döndürme işleminden sonra ortaklıklar, örüntü katsayıları ve her bir faktör için yüklerin karesi toplamı ile gösterilir. Faktörler ve gözlemlenen değişkenler arasındaki ortaklığın gücünü, her faktör için yüklerin karesinin toplamı ve gözlenen puanlarda açıklanan toplam varyans yüzdesini özetler. Yani, bir yapı veya desen katsayısı için kullanılabilen bir eşik değeri için sırasıyla 0.32, 0.40 ve 0.50 değeri kullanılarak gözlemlenen bir değişkenin sırasıyla %10, %16 ve %25 açıklanan varyansa karşılığında denk düşmektedir. En son olarak yüksek yüklemelere sahip değişkenlerin ortak yönlerini yorumlamak, yani bileşeni adlandırmak için genellikle içerik alanında uzman bir araştırmacıya ihtiyaç vardır (Pituch ve Stevens, 2016: 346,384,385). Temel Bileşenler analizinde amaca yönelik ve güvenilir sonuçlar çıkarması için ideal olan karakterize edilen standartlar; ilgili özdeğerler birden büyük (> 1.0), ilk özdeğerler varyans yüzdesi ondan büyük ($> \%10$) olmalıdır. Özellikle, varyans katkısının kümülatif yüzdesi konusunda literatürde farklı görüşler bulunmaktadır (Tripathi ve Singal, 2019: 3). Tahmin edilen ortak varyansın yalnızca %30 ila 40'ı minimum olması gerektiği düşünülürken toplam varyansın %50' sinden daha azının bir faktör çözümü ile açıklanan çalışmalar vardır (Tinsley ve Tinsley, 1987: 420,421). Sosyal bilimler alanında bilginin genellikle daha az olduğu toplam varyansın %60'ını tatmin edici ve bazı durumlarda da daha da azı kabul edilebilirdir (Hair vd., 2019: 142). Bu bilgiler ışığında açıklanan toplam varyansların yüzdesinin minimum eşiğinin ne olması gerektiği konusunda tam net bir görüş olmamasına rağmen sosyal bilimlerin çok yönlü doğasından kaynaklı yapılan çalışmalarda dikkate alınarak çok boyutlu çalışmalarda %40 ve %60 aralığı geçerli olarak kabul edildiği düşünülmektedir (Sandalcı ve Tuncer, 2019: 84; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012: 245).

Tablo 4.7. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebi Ölçeğine İlişkin Faktörler

Ölçek Maddeleri		Faktör Yüklü	Açıkladığı Varyans
Sağlık Hizmeti İhtiyacı			
M1	Sağlığıma değer verdiğim için hastane ve hekim hizmetine ihtiyaç duyarım.	0.702	%15.05
M2	Uzmanların sağlığım hakkındaki görüşleri hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğumu belirler.	0.669	
M3	Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığım hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim.	0.637	
M4	Doktor tavsiyesi ile ikinci bir doktora daha gerekli ise muayene olabilirim.	0.719	
M5	Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim.	0.585	
Sağlık Hizmeti Niteliği			
M6	Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.	0.680	% 10.83
M7	Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.	0.789	
M8	Hastanenin tahlil, patoloji ve röntgen gibi laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması önemlidir.	0.858	
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği			
M9	İhtiyaç duyduğum zaman sağlık hizmeti satın alabilme gücüne sahibim.	0.702	%23.16
M10	Sağlık hizmeti için gerekli olan bedeli ödemeye hazırım.	0.774	
M11	Bazen aile hekiminin yeterli olduğunu düşünmem ve muayene ücretine rağmen hastaneye de başvururum.	0.526	
M12	Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.	0.495	
M13	*Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceği beni endişelendirir.	0.579	
M14	Birden çok hekime başvuru yapabilirim ücret önemli değil iyileştirsin yeter.	0.725	
M15	Doktorun çok iyi olduğunu düşünürsem gereken ücret çok da gözüme görünmez.	0.698	
M16	*Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.	0.608	

*Bu maddeler ters puanlanmaktadır. M harfi ile ifade edilen her bir soru sayılarla beraber her bir madde numarasını temsil etmektedir.

Elde edilen sonuç açıklanan varyans oranının yeterli olduğunu göstermektedir. Birinci faktör toplam varyansın %23.16'sini, ikinci faktör toplam varyansın %15.05'ini üçüncü faktör toplam varyansın %10.83'ünü, açıklamaktadır. Ölçek maddelerine ait faktör yüklerinin 0.52 ile 0.86 arasında değiştiği görülmüştür. Bu da her bir maddenin en azından orta derecede ve bazı durumlarda faktör kümesiyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir. Sınırlandırılmış AFA ile elde edilen madde-boyut ilişkisi ile planlama aşamasında oluşturulan maddelerin boyutlara dağılımının tutarlı olduğu saptanmıştır. Analiz sonucunda elde edilen alt boyutlar araştırmanın planlama aşamasına uygun olarak “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” olarak adlandırılmıştır. Faktör sayısı alan yazın dikkate alınarak ve çalışmanın amacı kapsamında üç ile sınırlandırılmıştır. Yüklerin karesi toplamı, faktörlerin önem açısından oldukça benzer olduğunu göstermektedir. Bu üç faktörün ölçeğe ilişkin açıkladığı varyans ise %49.05' dir. Çok boyutlu ölçeklerde açıklanan toplam varyans oranının %40 ile %60 arasında olması kabul edilebilirdir (Sandalcı ve Tuncer, 2019: 84; Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012: 245).

4.3.2.4.Doğrulayıcı Faktör Analizi

Araştırmanın bu bölümünde, AFA sonucu ortaya çıkan üç faktörlü yapının uygunluğu test edilmiştir. Hem AFA hem de DFA ortak faktör modeline dayanmaktadır ve her ikisi de göreceli olarak küçük bir gizli değişkenler seti kullanarak ölçülen değişkenler arasındaki korelasyonların yapısını temsil etmeye çalışır (Fabrigar vd., 1999: 276). Teori veya önceki araştırmalar, test edilecek bir DFA modelini belirlemek için çok önemlidir (Henson ve Roberts, 2006: 409). DFA araştırmacının faktör sayılarını, kullanılan değişkenlerden hangilerinin verilen faktörleri yansıttığını ve faktörlerin ilişkili olup olmadığı konusunda belirli beklentilere sahip olmasını gerektirir. DFA, faktör modellerinin uygunluğunu açıkça ve doğrudan test eder. Teorileri olmayan araştırmacılar DFA 'yı kullanamazlar, ancak teorileri olan araştırmacılar genellikle DFA 'yı AFA 'dan daha yararlı bulurlar. DFA, teorinin varlığında daha kullanışlıdır, çünkü teori doğrudan analizle test edilir ve model uyumu derecesi çeşitli yollarla ölçülebilir (Thompson, 2004: 6). DFA, yeni ve mevcut ölçülerin özelliklerinin değerlendirilmesi ve yöntem etkilerinin incelenmesi

dahil olmak üzere çok sayıda amaç için kullanılabilir. DFA, yapı doğrulamasının yanında bir ölçünün gruplar, popülasyonlar veya zaman arasında değişip değişmediğini incelemek için de kullanılabilir (Harrington, 2009: 22,23). Araştırmacı, DFA ile ölçülen her değişkenin yapıya katkısı belirlediği gibi ölçülmek istenen yapının güvenilirliğini ve geçerliliğini de değerlendirir (Hair vd., 2019: 27). Çalışmamızda AFA ile bir model oluşturulmuştur. Bu modelin yapı doğrulaması için DFA gerçekleştirilmiştir. DFA sonucunda da AFA’ da ortaya konulan yapının doğrulandığı görülmüştür. DFA ile elde edilen model Şekil 4.2’de ve DFA model uyumuna ilişkin değerler Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Tablo 4.8. DFA Uyumuna İlişkin İstatistiksel Değerler

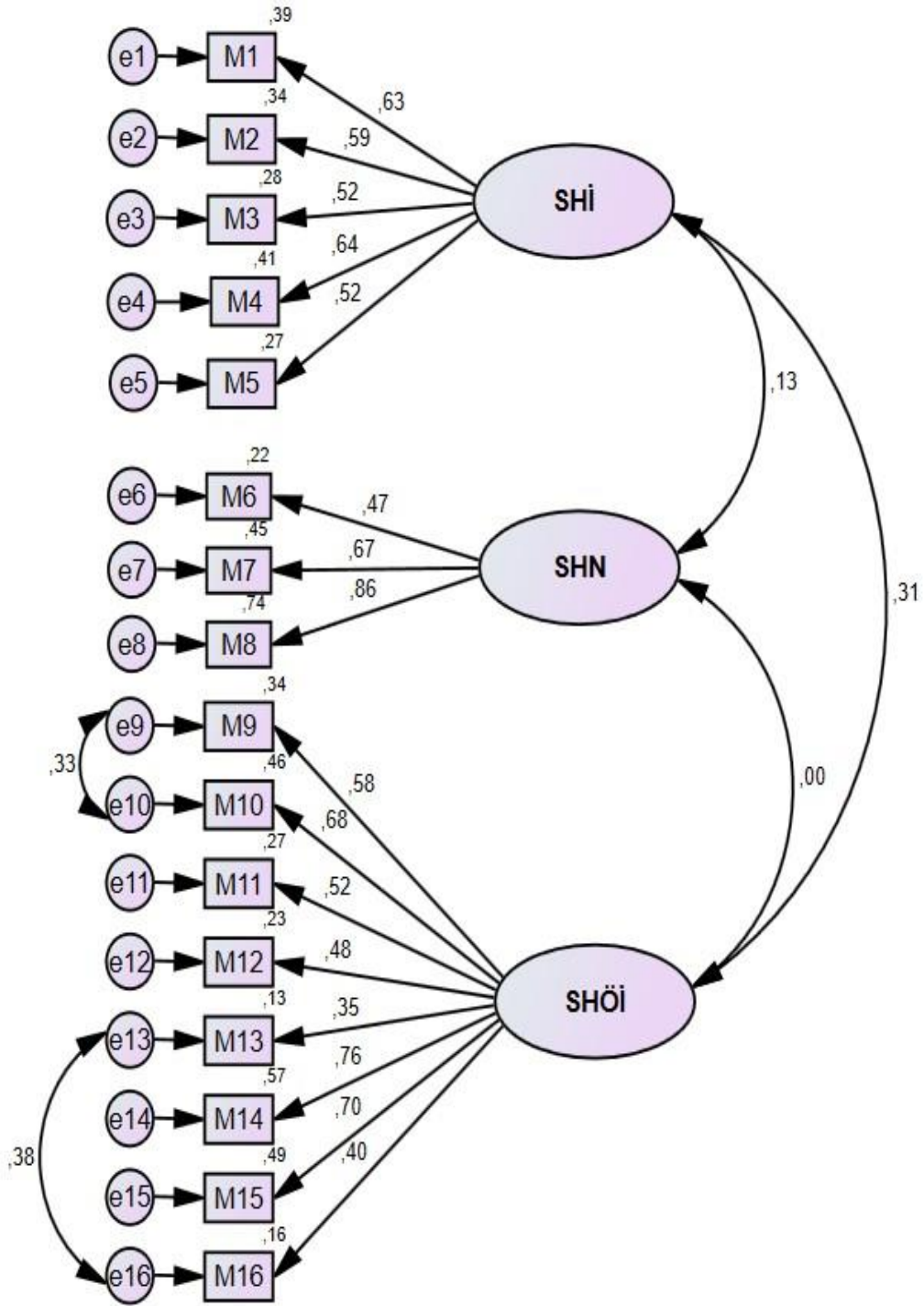
<i>Ölçüm</i>	<i>İyi Uyum</i>	<i>Kabul Edilebilir Uyum</i>	<i>DFA Uyum İndeksi Değerleri</i>
(X^2 /sd)	≤ 3	$\leq 4-5$	3.87
RMSEA	≤ 0.05	0.06-0.08	0.06
SRMR	≤ 0.05	0.06-0.08	0.06
IFI	≥ 0.95	0.94-0.90	0.92
CFI	≥ 0.95	≥ 0.90	0.92
GFI	≥ 0.90	0.89-0.85	0.95
AGFI	≥ 0.90	0.89-0.85	0.93
TLI	≥ 0.95	0.94-0.90	0.90

Kaynak: Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003: 52; Schumacker ve Lomax, 2004: 82,177,178; Loehlin, 2004: 67,69; Collier, 2020: 65-68

Tablo 4.8 ’de yer alan model uyum değerleri incelendiğinde, X^2 /sd =3.87, RMSEA= 0.06, SRMR=0.06, IFI =0.92, CFI= 0.92, GFI=0.95, AGFI=0.93, TLI = 0.90, olarak bulunmuştur. Genel olarak, bu katsayılar dikkate alındığında istenen düzeyde uyum değerlerine sahip olduğu anlaşılmaktadır (Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller, 2003: 52; Schumacker ve Lomax, 2004: 82; Loehlin, 2004: 67,69; Collier, 2020: 65-68).

Tablo 4.8’deki DFA model uyum istatistikleri aşağıda yer alan Şekil 4.2 ve Tablo 4.9’daki değerler sonucunda elde edilmiştir. DFA ’nın sonuçları, faktör varyansları ve kovaryanslarının tahminlerini, göstergelerin ilgili faktörlere ilişkin yüklemelerini ve her bir gösterge için ölçüm hatası miktarını içerir. Araştırmacının modeli makul bir şekilde elde edilen sonuç modeli ile incelenir ve bu ortak bir faktörü

ölçmek için belirlenen tüm göstergeler, o faktör üzerinde nispeten yüksek standartlaştırılmış faktör yüklerine sahip olduğunu kanıtlar niteliktedir (Kline, 2011: 116). DFA model uyumuna ilişkin değerlere ulaşmadan önce yapı için her bir maddenin faktör yükleri belirlenerek analiz gerçekleştirilmektedir. Hem genel hem de özel araştırma koşullarında faktör yükünün neye göre yüksek veya düşük olduğuna dair genel bir fikir birliği yoktur. Araştırmacılar, faktör yükünün sıfırdan önemli ölçüde farklı olup olmadığını hesaplamadan yanı sıra, faktör yükünün önemini yorumlarken veya değerlendirirken uzmanlığa veya sezgiye dayalı bir buluşsal yöntem kullanıyor görülmektedir (Peterson, 2000: 263,264). Sosyal ve davranış bilimlerindeki genel literatüründe geleneksel olarak karar verirken kullanılan eşik yani minimum faktör yükü 0.30 olduğu görülmektedir (Merenda, 1997: 160). Genel kural olarak, 0.71'in üzerindeki yükler mükemmel, 0.63 çok iyi, 0.55 iyi, 0.45 orta ve 0.32 zayıftır (Tabachnick ve Fidell, 2019: 509). Araştırmacılar, belirli bir faktör yükünün belirgin olup olmadığını belirlerken farklı kesme değerleri olduğunu vurgularlar. Faktör yükü ne kadar yüksekse o kadar iyidir ve DFA için tipik olarak faktör yükü 0.30'dan büyük olması kabul edilebilirdir bunun altında olan faktör yükler yorumlanmaz (Harrington, 2009: 23). Çalışmamızda da DFA için faktör yükü en az 0.30 olarak dikkate alınmıştır. AFA ile ortaya konan yapı DFA ile test edilmiştir. Test edilen DFA'ya ait model Şekil 4.2'de gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talep Ölçeği, DFA Analizi için Oluşturulan Model

Şekil 4.2’de yer alan modele ilişkin faktör yükleri Tablo 4.9’da aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 4.9. DFA Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Faktör Yüğü	
Sağlık Hizmeti İhtiyacı (SHİ)	M1	Sağlığıma değer verdiğim için hastane ve hekim hizmetine ihtiyaç duyarım.	.625
	M2	Uzmanların sağlığımlı hakkındaki görüşleri hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğumu belirler.	.586
	M3	Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığımlı hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim.	.525
	M4	Doktor tavsiyesi ile ikinci bir doktora daha gerekli ise muayene olabilirim.	.638
	M5	Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim.	.518
Sağlık Hizmeti Niteliğı (SHN)	M6	Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.	.469
	M7	Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.	.673
	M8	Hastanenin tahlil, patoloji ve röntgen gibi laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması önemlidir.	.861
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğı (SHÖİ)	M9	İhtiyaç duyduğum zaman sağlık hizmeti satın alabilme gücüne sahibim.	.579
	M10	Sağlık hizmeti için gerekli olan bedeli ödemeye hazırım.	.678
	M11	Bazen aile hekiminin yeterli olduğunu düşünmem ve muayene ücretine rağmen hastaneye de başvururum.	.518
	M12	Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.	.479
	M13	*Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceğı beni endişelendirir.	.354
	M14	Birden çok hekime başvuru yapabilirim ücret önemli değil iyileştirsin yeter.	.757
	M15	Doktorun çok iyi olduğunu düşünürsem gereken ücret çok da gözüme görünmez.	.700
	M16	*Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.	.404

*Bu maddeler ters puanlanmaktadır. Ayrıca M harfi ile ifade edilen her bir soru sayılarla beraber her bir madde numarasını temsil etmektedir. Sağlık Hizmeti İhtiyacının kısaltması "SHİ", Sağlık Hizmeti Niteliğinin kısaltması "SHN", Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğinin kısaltması "SHÖİ" şeklinde kullanılmaktadır.

Tablo 4.9’da ve Şekil 4.2’de görüldüğü üzere DFA sonucunda elde edilen standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0.43 ile 0.80 arası değerler aldığı görülmektedir. Modelde gösterilen tüm yollar $p < 0.001$ düzeyinde anlamlıdır. Elde edilen faktör yüklerinin 0.30’dan büyük olması maddelere ait faktör yüklerinin yeterli olduğu anlamına gelmektedir (Harrington, 2009: 23). Bu sonuç aynı zamanda ölçeğin orijinal formu ve AFA sonuçları dikkate alınarak oluşturulan boyutların istatistiksel olarak doğrulandığını da göstermektedir.

4.5.2.4. Güvenilirlik

AFA’dan elde edilen faktörlerin veya ölçeklerin güvenilir olup olmadığı, yeni bir örnekte onaylanıp onaylanmadığı ve birden çok grup arasında kararlı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Araştırmada faktör yapısıyla iyi bir ölçek oluşturmaya odaklanmak ile güvenilirlik ve geçerlilik gibi şeylerin ortak özellikleri arasında hassas bir geçiş vardır (Fan ve Thompson, 2001: 518; Wilkinson, 1999: 596). Bir yapıyı tanımlayan bir dizi maddenin güvenilirliği, faktör analizinde kritik öneme sahiptir. Bir yapının güvenilirliği, yapının ne ölçüde hatasız olduğunu gösterir ve bu nedenle zaman içinde ve enstrümandaki çeşitli öğeler arasında tutarlı ölçüm sağlar. Başka bir deyişle, yapının güvenilirliği, aracın kavramı ölçtüğünü ve yapının iyiliğini değerlendirmeye yardımcı olduğu istikrarın ve tutarlılığın bir göstergesidir (Sekaran, 2003: 203). Güvenilirlik tahminleri, aynı kişilere farklı zamanlarda uygulanan ölçümlerin kararlılığını veya aynı standardı değerlendirmek için kullanılabilmesi gibi aynı testteki madde setlerinin eşdeğerliğini veya aynı aracı kullanarak bir davranışı, olayı puanlayan farklı gözlemcileri değerlendirmek için de kullanılır (Kimberlin ve Winterstein, 2008: 2277). Faktör analizinde bir değişken için toplam puan, bir dizi maddeye verilen yanıtların toplanmasıyla elde edilir. Maddelerin toplamından alınan bu toplam puan veya bileşik puan, genellikle bir ölçek puanı olarak adlandırılır (Schumacker ve Lomax, 2004: 178). Ölçülmek istenen yapı için sorulan testin yanıtları test her tamamlandığında yaklaşık olarak aynı yanıtlara sahip olmalıdır. Bu şekilde kesin bir güvenilirlik hesabı vermek mümkün olmasa da farklı ölçülerle bir güvenilirlik tahmini elde edilebilir (Heale ve Twycross, 2015: 66). Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı geleneksel olarak istatistikte, maddeler setindeki yanıtların iç tutarlılığının ölçüsü olarak rapor edilir (Schumacker ve Lomax, 2004: 179). Ölçülerin

iç tutarlılığı, yapıya dokunan ölçüdeki öğelerin homojenliğinin göstergesidir. Diğer bir deyişle, maddeler bir set olarak birbirine bağlı olmalı ve aynı kavramı bağımsız olarak ölçebilmelidir, böylece yanıtlayıcılar her bir maddeye aynı genel anlamı eklenebilir (Sekaran, 2003: 205). Bu ancak ölçüm aracındaki öğelerin ve öğelerin alt kümelerinin yüksek düzeyde ilişkili olup olmadığının incelenmesiyle görülebilir. Maddeler aynı kavramın bağımsız ölçümleri oldukları ölçüde, birbirleriyle ilişkilendirileceklerdir. Öğeler arası tutarlılık güvenilirliğinin en popüler testi, her faktörün çok sayıda maddeyle ölçeklendirilmiş öğeler için kullanılan Cronbach Alfa katsayısıdır (Izquierdo vd., 2014: 396). Cronbach Alfa, bir setteki öğelerin birbirleriyle ne kadar iyi pozitif korelasyona sahip olduğunu gösteren bir güvenilirlik katsayısıdır. Cronbach Alfa, kavramı ölçen maddeler arasındaki ortalama karşılıklı korelasyonlar açısından hesaplanır. Cronbach Alfa değeri 1'e ne kadar yakınsa, iç tutarlılık güvenilirliği o kadar yüksek olur (Sekaran, 2003: 307; Kimberlin ve Winterstein, 2008: 2277). Alfa katsayısının değeri daha fazla madde sayısı artırılmasıyla mümkündür. Bu nedenle kabul edilebilir Alfa değerinin ne olduğuna dair herhangi ayarlı bir yorum yoktur. Çoğu durum için geçerli olan Cronbach Alfa değeri 0.90'larda güvenilirlik katsayıları "Mükemmel", 0.80'lerdeki güvenilirlik katsayıları "İyi", 0.70'lerdeki güvenilirlik katsayıları "Kabul edilebilir", 0.60'lardaki güvenilirlik katsayıları "Şüpheli" 0.50'deki güvenilirlik katsayıları "Zayıf" ve 0.50'den küçük güvenilirlik katsayıları "Kabul edilemez" şeklinde yorumlanmaktadır (George ve Mallery, 2019: 244). Yapılan analizler sonucunda 16 maddelik ölçeğin alt ölçekleri ve tamamına ilişkin güvenilirlik analizlerine Tablo 4.10' da yer verilmiştir.

Tablo 4.10. Güvenilirlik İstatistiği

Alt Ölçekler	Faktör Cronbach's Alpha(α)
Sağlık Hizmeti İhtiyacı	.68
Sağlık Hizmeti Niteliği	.70
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği	.80
Ölçeğin Geneli	.76

Tablo 4.10'da da incelendiği gibi Cronbach's Alpha "Sağlık Hizmeti İhtiyacı" alt ölçeği için 0.68, "Sağlık Hizmeti Niteliği" alt ölçeği için 0.70, "Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği" alt ölçeği için 0.80, ölçeğin geneli için 0.76 değeri hesaplanmıştır. Güvenilirlik katsayısı değeri $0.60 < \alpha < 0.90$ kabul edilebilirdir (George ve Mallery, 2019: 244; Hair vd., 2019: 163). Bu durum ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

Aynı faktör altındaki öğeler arasındaki korelasyonlar arttıkça, Cronbach Alfa değeri artar. Bu değerın artması demek güvenilirliğinde artması demektir (Hair vd., 2019: 161). Ölçeğe ait toplam madde korelasyonlarının yer aldığı Tablo 4.11’de gösterilmektedir.

Tablo 4.11. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebi Ölçeği Madde Toplam Korelasyonları

Alt Boyut	Ölçek Maddeleri	Madde Toplam Korelasyonları
Sağlık Hizmeti İhtiyacı	Sağlığıma değer verdiğim için hastane ve hekim hizmetine ihtiyaç duyarım.	.517
	Uzmanların sağlığı hakkındaki görüşleri hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğumu belirler.	.463
	Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığı hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim.	.433
	Doktor tavsiyesi ile ikinci bir doktora daha gerekli ise muayene olabilirim.	.514
	Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim.	.388
Sağlık Hizmeti Niteliği	Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.	.396
	Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.	.539
	Hastanenin tahlil, patoloji ve röntgen gibi laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması önemlidir.	.623
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği	İhtiyaç duyduğum zaman sağlık hizmeti satın alabilme gücüne sahibim.	.580
	Sağlık hizmeti için gerekli olan bedeli ödemeye hazırım.	.663
	Bazen aile hekiminin yeterli olduğunu düşünmem ve muayene ücretine rağmen hastaneye de başvururum.	.432
	Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.	.423
	Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceği beni endişelendirir.	.399
	Birden çok hekime başvuru yapabilirim ücret önemli değil iyileştirsin yeter.	.612
	Doktorun çok iyi olduğunu düşünürsem gereken ücret çok da gözüme görünmez.	.564
	Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.	.426

Tüketicinin sağlık hizmeti talep ölçeğine ilişkin alt boyutların toplam madde korelasyonları incelenmiş elde edilen değerlerin 0.38 ile 0.66 arasında olduğu görülmüştür. Araştırmacılar madde toplam korelasyonu 0.30 ve üzeri değerlerin

güvenilir olduğunu belirtmişlerdir (Field, 2013: 999; Tabachnick ve Fidell, 2019: 482; Sungur, 2009: 116). Elde edilen değerlerin 0.30'un üzerinde olması madde toplam korelasyonlarının yeterli olduğunu göstermektedir.

4.5.3. Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini Açıklayan Faktörler Arasındaki Farklılıkların İstatistiği

Tüketicinin sağlık hizmet talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacı, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme istekliliğinin cinsiyet, yaş, yaşanan ilçe, eğitim durumu ve gelir durumuna göre farklı olup olmadığı incelenmeye çalışılmıştır. Bunun için cinsiyet değişkenine T testi uygulanmış ve yaş, yaşanan ilçe, eğitim durumu ve gelir durumu değişkenlerine ise One-Way Anova analizi uygulanmıştır.

Cinsiyete Göre Faktörlerin T testi

Tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan faktörlerle cinsiyet arasındaki farklılıkların incelenmesi için T testi yapılmıştır. T testi, bir değişkenin ortalamasını bilinen veya varsayılmış bir değerle karşılaştırmak için kullanılır (Coakes, 2005: 74). T testi analizine geçmeden önce Levene testi kontrol edilmiştir. Levene testine göre ve her alt faktörün $p > 0.05$ 'ten büyük olduğu ve varyanslarının homojen dağıldığı görülmüştür (George ve Mallery, 2019: 156). Analiz sonucu değişkenlerin ortalamaları ve standart sapma değerleri Tablo 4.12'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Cinsiyete Göre Faktörlerin T Testi Analizi

Araştırma Değişkenleri	t	sd	p	Erkek		Kadın	
				Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmeti İhtiyacı	-,36886	890	,712	4,1194	,55249	4,1341	,54534
Sağlık Hizmeti Niteliği	-,81674	890	,414	4,7790	,44327	4,8051	,43744
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği	1,16826	890	,243	3,1767	,70638	3,1151	,73469

Tablo 4.12'de incelendiği gibi Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan boyutlardan "Sağlık hizmet İhtiyacı", "Sağlık Hizmeti Niteliği" ve "Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği" faktörlerinin cinsiyet değişkenine göre ($p > 0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur. Ayrıca değişkenlerin cinsiyet ortalamalarının da birbirine yakın olduğu da görülmektedir. Cinsiyete göre değişkeninin sağlık hizmet talebi üzerinde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir. Bu bulgulara göre H1, H2 ve H3 hipotezleri red olunmuştur.

Yaş'a Göre Faktörlerin Anova Testi

Tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan faktörlerle yaş arasındaki farklılıkların incelenmesi için One-Way Anova testi yapılmıştır. İki'den fazla grubun ortalaması veya bağımsız bir değişken düzeyi karşılaştırılmak istediğinde, tek yönlü bir varyans analizi ANOVA uygulanır (Coakes, 2005: 85). Anova analizine geçmeden önce Levene testi kontrol edilmiştir. Levene testine göre ve her alt faktörün $p > 0.05$ 'ten büyük olduğu ve varyanslarının homojen dağıldığı görülmüştür.

Tablo 4.13. Yaş'a Göre Faktörlerin Anova Analizi

Faktörler	Yaş	N	\bar{x}	Ss	Varyans	Kareler	Sd	Kareler	F	P
Sağlık Hizmeti İhtiyacı	18-24	191	4,22	,501	G.Arası	3,770	5	,754	2,539	,027
	25-31	287	4,09	,578	G.İçi	263,089	886	,297		
	32-38	192	4,08	,504	Toplam	266,859	891			
	39-45	128	4,10	,602						
	46-51	48	4,09	,538						
	52-	46	4,29	,507						
	Toplam	892	4,13	,547						
Sağlık Hizmeti Niteliği	18-24	191	4,78	,397	G.Arası	,661	5	,132	,685	,635
	25-31	287	4,82	,483	G.İçi	171,167	886	,193		
	32-38	192	4,81	,387	Toplam	171,828	891			
	39-45	128	4,74	,490						
	46-51	48	4,80	,313						
	52-	46	4,81	,490						
	Toplam	892	4,80	,439						
Sağlık Hizmetinin Ödeme İsteği	18-24	191	3,09	,682	G.Arası	4,031	5	,806	1,533	,177
	25-31	287	3,17	,731	G.İçi	465,991	886	,526		
	32-38	192	3,20	,721	Toplam	470,022	891			
	39-45	128	3,10	,751						
	46-51	48	3,07	,705						
	52-	46	2,93	,823						
	Toplam	892	3,13	,726						

Tablo 4.13'te incelendiği gibi Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan boyutlardan "Sağlık Hizmeti Niteliği" ve "Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği" faktörlerinin yaş değişkenine göre ($p > 0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur. Böylece H5 ve H6 hipotezi red olmuştur. Fakat tüketicinin sağlık hizmet talebini açıklayan "Sağlık hizmet İhtiyacı" faktörünün yaş değişkenine göre ($p < 0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır ve H4 hipotezi kabul edilmiştir. "Sağlık hizmet İhtiyacı" faktörünün hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu görebilmek için Post Hoc Testi yapılmıştır. P olasılık değerinin farkın nerede olduğunu veya farklılıkların neden

kaynaklandığını göstermediğinden Post Hoc testlerinin popülerlerinden biri olan ve diğer testlere göre daha liberal olan en az önemli farkı (LSD) testi uygulanmıştır (George ve Mallery, 2019: 160).

Tablo 4.14. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti İhtiyacının Yaşa Göre Farklılığı

Yaş (LSD)		Ortalama Fark	Standart Hata	P
18-24	25-31	,12896*	,05089	,011
	32-38	,13657*	,05569	,014
	39-45	,11782	,06225	,059
	46-51	,13344	,08798	,130
	52-	-,07036	,08950	,432
25-31	18-24	-,12896*	,05089	,011
	32-38	,00761	,05081	,881
	39-45	-,01114	,05792	,848
	46-51	,00449	,08498	,958
	52-	-,19932*	,08654	,022
32-38	18-24	-,13657*	,05569	,014
	25-31	-,00761	,05081	,881
	39-45	-,01875	,06218	,763
	46-51	-,00313	,08794	,972
	52-	-,20693*	,08945	,021
39-45	18-24	-,11782	,06225	,059
	25-31	,01114	,05792	,848
	32-38	,01875	,06218	,763
	46-51	,01562	,09223	,866
	52-	-,18818*	,09368	,045
46-51	18-24	-,13344	,08798	,130
	25-31	-,00449	,08498	,958
	32-38	,00313	,08794	,972
	39-45	-,01562	,09223	,866
	52-	-,20380	,11243	,070
52-	18-24	,07036	,08950	,432
	25-31	,19932*	,08654	,022
	32-38	,20693*	,08945	,021
	39-45	,18818*	,09368	,045
	46-51	,20380	,11243	,070

p<0.05

1) LSD testinin sonuçlarına göre, yaş düzeyi 18-24 olanların yaşı 25-31 olanlara göre (Ort. fark= ,12896, P=,011) $P<0,05$ ve yaşı 32-38 olanlara göre (Ort. Fark=,13657, P=,014) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacı boyutunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ihtiyacının artması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de 18-24 yaş grubunda olanların yaşı 25-31 olanlara göre ve yaşı 32-38 olanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

2) LSD testinin sonuçlarına göre, yaşı 25-31 olanların yaşı 18-24 olanlara göre (Ort. fark=-,12896, P=,011) $P<0,05$ ve yaşı 52 ve üzeri olanlara göre (Ort. Fark=-,19932, P=,022) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacı boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ihtiyacının azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de 25-31 yaş grubunda olanların yaşı 18-24 olanlara göre ve yaşı 52 ve üzeri olanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

3) LSD testinin sonuçlarına göre, yaşı 32-38 olanların yaşı 18-24 olanlara göre (Ort. fark=-,13657, P=,014) $P<0,05$ ve yaşı 52 ve üzeri olanlara göre (Ort. Fark=-,20693, P=,014) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacı boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ihtiyacının azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de 32-38 yaş grubunda olanların yaşı 18-24 olanlara göre ve yaşı 52 ve üzeri olanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

4) LSD testinin sonuçlarına göre, yaşı 39-45 olanların yaşı yaşı 52 ve üzeri olanlara göre (Ort. Fark=-,18818, P=,045) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak sağlık hizmeti tüketicinin talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacı boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ihtiyacının azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de 39-45 yaş grubunda olanların yaşı 52 ve üzeri olanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

5) LSD testinin sonuçlarına göre, yaşı 52 ve üzeri olanların yaşı 25-31 olanlara göre (Ort fark=,19932, P=,022) $P<0,05$, yaşı 32-38 olanlara göre (Ort. Fark=20693, P=,021) $P<0,05$ ve yaşı 39-45 olanlara göre (Ort. Fark=,18818, P=,045) düzeyinde

anlamlı olarak sağlık hizmeti tüketicinin talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacı boyutunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ihtiyacının artması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de 32-38 yaş grubunda olanların yaşı 18-24 olanlara göre ve yaşı 52 ve üzeri olanlara göre daha arttığı söylenebilir.

Sonuç olarak tüketicinin sağlık hizmetleri talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacının yaşa göre farklılık olmasının nedeninde tüm gruplar içerisinde 18-24 yaş arası grubun ve yaşı 52 ve üzeri olanların sağlık hizmeti ihtiyacının daha fazla olduğu söylenebilir.

İlçeye Göre Anova Analizi

Tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan faktörlerin ilçelere göre farklı olup olmadığının incelenmesi için One-Way Anova testi yapılmıştır. Anova analizine geçmeden önce Levene testi kontrol edilmiştir. Levene testi sonucuna göre tüm faktörler arasında “Sağlık Hizmetinin Niteliği” faktörü $p < 0.05$ 'ten küçük olduğundan varyansı eşit dağılmamıştır. Levene testinde homojen olmayan ve varyansı eşit dağılmayan faktörlerin istatistik olarak anlamlı farklılıklar bulunduğunda farklılıkların neden kaynaklandığını gösteren yaygın olarak kullanılan post hoc testi Games-Howell Testi uygulanmaktadır. Varyans eşitliği bozulduğunda Games-Howell prosedürü en güçlüsüdür (Field, 2013: 661). Tablo 4.15'de Tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan faktörlerin ilçeye göre Anova analizi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4.15. İlçeye Göre Faktörlerin Anova Analizi

Faktörler	N	\bar{X}	SS	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Sağlık Hizmeti İhtiyacı	Karatay	220	4,16	,592	G.Arası	2	,357	1,193	,304
	Meram	220	4,08	,512	G.içi	889	,299		
	Selçuklu	452	4,13	,541	Toplam	891			
	Toplam	892	4,13	,547					
Sağlık Hizmeti Niteliği	Karatay	220	4,82	,428	G.Arası	2	,503	2,618	,074
	Meram	220	4,84	,419	G.içi	889	,192		
	Selçuklu	452	4,77	,452	Toplam	891			
	Toplam	892	4,80	,439					
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği	Karatay	220	3,15	,778	G.Arası	2	1,736	3,308	,037
	Meram	220	3,23	,710	G.içi	889	,525		
	Selçuklu	452	3,08	,704	Toplam	891			
	Toplam	892	3,13	,726					

Tablo 4.15 'te incelendiği gibi tüketicinin sağlık hizmet talebini açıklayan “Sağlık hizmet İhtiyacı” faktörü ve Sağlık Hizmeti Niteliği ($p>0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur ve H7, H8 hipotezi red olunmuştur. Fakat Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan faktörlerden “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin ilçe değişkenine göre ($p<0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır ve H9 hipotezi kabul edilmiştir. İlçelere göre farklılık bulunan “Sağlık hizmet Ödeme İsteği” faktörünün hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu görebilmek için Post Hoc Testi LSD uygulanmıştır. Bunun yanı sıra Sağlık Hizmetleri Niteliği faktöründe anlamlı bir farklılık olmadığı görünmesine rağmen Games-Howell testi ile anlamlı bir farklılık var olup olmadığı kontrol edilmiş “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktöründe ilçelere göre anlamlı bir fark olmadığı gözlenerek Tablo 4.15 de teyit edilmiştir. İlçelere göre sadece farklılık bulunan “Sağlık hizmet Ödeme İsteği” faktörünün hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu görebilmek için LSD prosedürü Tablo 4.16’da incelenmektedir.

Tablo 4.16. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğinin İlçeye Göre Farklılığı

İlçe (LSD)		Ortalama Fark	Standart Hata	P
Karatay	Meram	-,07727	,06907	,264
	Selçuklu	,07373	,05955	,216
Meram	Karatay	,07727	,06907	,264
	Selçuklu	,15101*	,05955	,011
Selçuklu	Karatay	-,07373	,05955	,216
	Meram	-,15101*	,05955	,011

p<0.05

1) LSD testinin sonuçlarına göre, ilçeye göre Meramda yaşayanların Selçuklu' da yaşayanlara göre (Ort. Fark=,15101, P=,011) P<0,05 düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin artması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de Meram'da yaşayanların Selçuklu' da yaşayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

2) LSD testinin sonuçlarına göre, ilçeye göre Selçuklu' da yaşayanların Meram' da yaşayanlara göre (Ort. Fark=-,15101, P=,011) P<0,05 düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de Selçuklu' da yaşayanların Meram' da yaşayanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak ödeme isteği sırasıyla fazladan aza doğru Meram, Karatay, Selçuklu şeklinde gerçekleşmiş ödeme isteğindeki anlamlı farklılığın nedeni ise Meram ve Selçuklu' da yaşayan kişilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ödeme isteği dolayısı ile sağlık hizmet talebi de Meram'da yaşayanların Selçuklu' da yaşayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

Eğitim Durumuna Göre Anova Analizi

Tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan faktörlerin eğitim durumuna göre farklı olup olmadığının incelenmesi için One-Way Anova testi yapılmıştır. Anova analizine geçmeden önce Levene testi kontrol edilmiştir. Levene testi sonucuna göre tüm faktörler arasında “Sağlık Hizmetinin Niteliği” faktörü $p<0.05$ 'ten küçük olduğundan varyansı eşit dağılmamıştır. Tablo 4.17’de Sağlık hizmeti talebini açıklayan faktörlerin eğitim durumuna göre Anova analizi sonuçları gösterilmektedir.

Tablo 4.17. Eğitim Durumuna Göre Faktörlerin Anova Analizi

Faktörler	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	
Sağlık Hizmeti İhtiyacı	İlk ve	78	4,11	,509	G.Arası	1,192	3	,397	1,328	,264
	Lise	180	4,17	,549	G.İçi	265,667	888	,299		
	Üniversite	504	4,10	,557	Toplam	266,859	891			
	Lisansüstü	130	4,19	,528						
	Toplam	892	4,13	,547						
Sağlık Hizmeti Niteliği	İlk ve	78	4,74	,609	G.Arası	,391	3	,130	,674	,568
	Lise	180	4,80	,382	G.İçi	171,437	888	,193		
	Üniversite	504	4,80	,441	Toplam	171,828	891			
	Lisansüstü	130	4,83	,381						
	Toplam	892	4,80	,439						
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği	İlk ve	78	2,93	,746	G.Arası	12,523	3	4,174	8,103	,000
	Lise	180	3,03	,703	G.İçi	457,499	888	,515		
	Üniversite	504	3,14	,714	Toplam	470,022	891			
	Lisansüstü	130	3,37	,737						
	Toplam	892	3,13	,726						

Tablo 4.17’ de incelendiği gibi Tüketicinin Sağlık hizmet talebini açıklayan “Sağlık hizmet İhtiyacı” faktörü ve Sağlık Hizmeti Niteliği ($p>0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur ve H10, H11 hipotezi reddedilmiştir. Fakat Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan faktörlerden “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin eğitim durumu değişkenine göre ($p<0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır ve H12 hipotezi kabul edilmiştir. Eğitim durumuna göre farklılık bulunan “Sağlık hizmet Ödeme İsteği” faktörünün hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu görebilmek için Post Hoc Testi LSD uygulanmıştır. Bunun yanı sıra “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktöründe eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık olmadığı görünmesine rağmen Games-Howell testi ile anlamlı bir farklılık var olup olmadığı kontrol edilmiş anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Eğitim durumuna göre farklılık bulunan “Sağlık hizmet

Ödeme İsteği” faktörünün hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu görebilmek için LSD prosedürü Tablo 4.18 ’de incelenmektedir.

Tablo 4.18. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğinin Eğitim Durumuna Göre Farklılığı

Eğitim Durumu (LSD)		Ortalama Fark	Standart Hata	P
İlk ve ortaokul mezunu	Lise mezunu	-,10267	,09730	,292
	Üniversite mezunu	-,21398*	,08733	,014
	Lisansüstü	-,44231*	,10280	,000
Lise mezunu	İlk ve Ortaokul mezunu	,10267	,09730	,292
	Üniversite mezunu	-,11131	,06233	,074
	Lisansüstü	-,33964*	,08262	,000
Üniversite mezunu	İlk ve Ortaokul mezunu	,21398*	,08733	,014
	Lise mezunu	,11131	,06233	,074
	Lisansüstü	-,22833*	,07061	,001
Lisansüstü	İlk ve Ortaokul mezunu	,44231*	,10280	,000
	Lise mezunu	,33964*	,08262	,000
	Üniversite mezunu	,22833*	,07061	,001

p<0.05

1) LSD testinin sonuçlarına göre, eğitim durumu ilk ve ortaokul mezunu olanlar üniversite mezunu olanlara göre (Ort. Fark=-,21398 P=,014) P<0,05 ve lisansüstü eğitim seviyesine göre (Ort. Fark=-,44231 ,000) P<0,05 düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de eğitim durumu İlk ve Ortaokul mezunu olanların Üniversite ve Lisansüstü eğitim seviyesi olanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

2) LSD testinin sonuçlarına göre, eğitim durumu Lise mezunu olanların Lisansüstü eğitim seviyesinde olanlara göre (Ort. Fark=-,33964 P=,000) P<0,05 düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti

ödeme isteği boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de eğitim durumu Lise mezunu olanların Lisansüstü eğitim seviyesinde olanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

3) LSD testinin sonuçlarına göre, eğitim durumu Üniversite mezunu olanların İlk ve Ortaokul mezunu olanlara göre (Ort. Fark= ,21398 P=,014) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunurken Lisansüstü eğitim seviyesine göre (Ort. Fark=-,22833, P=,001) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de eğitim durumu Üniversite olanların İlk ve Ortaokul mezunu olanlara göre artarken Lisansüstü eğitim seviyesi olanlara göre daha az olduğu söylenebilir.

4) LSD testinin sonuçlarına göre, eğitim durumu Lisansüstü eğitim seviyesinde olanların İlk ve Ortaokul mezunu olanlara göre (Ort. Fark=,44231 P=,000) $P<0,05$, eğitim durumu Lise mezunu olanlara göre (Ort. Fark=,33964, P=,000) $P<0,05$ ve Üniversite mezunu olanlara göre (Ort Fark= ,22833, P=,001) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin artması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de eğitim durumu Lisansüstü seviyede olanların İlk ve Ortaokul mezunu, Lise mezunu ve Üniversite mezunu olanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak tüketicinin eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmetleri talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteğini arttırdığı görülmektedir. Dolayısıyla eğitim seviyesinin artmasıyla sağlık hizmet talebinin arttığı da söylenebilir.

Gelir Durumuna Göre Anova Analizi

Tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan faktörlerin eğitim durumuna göre farklı olup olmadığının incelenmesi için One-Way Anova testi yapılmıştır. Anova analizine geçmeden önce Levene testi kontrol edilmiştir. Levene testi sonucuna göre tüm faktörler arasında “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” ve “Sağlık Hizmetinin Niteliği” faktörü $p<0,05$ 'ten küçük olduğundan varyansı eşit dağılmamıştır. Faktörlerden

sadece “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörünün varyansı eşit dağılmıştır ve Anova Analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.19. Gelir Durumuna Göre Faktörlerin Anova Analizi

Faktörler	N	\bar{x}	SS	Varyans Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P	
Sağlık Hizmeti İhtiyacı	2.500TL ve Altı	182	4,09	,616	G.Arası	2,425	6	,404	1,353	,231
	2.501TL- 4.000TL	226	4,18	,518	G.İçi	264,434	885	,299		
	4.001TL-5.500TL	195	4,13	,563	Toplam	266,859	891			
	5.501TL-7.000TL	115	4,07	,549						
	7.001TL- 8.500TL	64	4,04	,518						
	8.501TL-10.000TL	45	4,17	,493						
	10.001TL ve Üstü	65	4,22	,429						
	Total	892	4,13	,547						
Sağlık Hizmeti Niteliği	2.500TL ve Altı	182	4,81	,419	G.Arası	2,262	6	,377	1,968	,068
	2.501TL- 4.000TL	226	4,74	,526	G.İçi	169,566	885	,192		
	4.001TL-5.500TL	195	4,82	,382	Toplam	171,828	891			
	5.501TL-7.000TL	115	4,84	,307						
	7.001TL- 8.500TL	64	4,86	,277						
	8.501TL-10.000TL	45	4,87	,312						
	10.001TL ve Üstü	65	4,69	,653						
	Toplam	892	4,80	,439						
Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği	2.500TL ve Altı	182	2,73	,705	G.Arası	62,698	6	10,450	22,704	,000
	2.501TL- 4.000TL	226	3,06	,732	G.İçi	407,324	885	,460		
	4.001TL-5.500TL	195	3,17	,663	Toplam	470,022	891			
	5.501TL-7.000TL	115	3,23	,630						
	7.001TL- 8.500TL	64	3,44	,693						
	8.501TL-10.000TL	45	3,57	,599						
	10.001TL ve Üstü	65	3,63	,563						
	Toplam	892	3,13	,726						

Tablo 4.19’ da incelendiği gibi Tüketicinin sağlık hizmet talebini açıklayan “Sağlık hizmet İhtiyacı” faktörü ve Sağlık Hizmeti Niteliği ($p>0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur ve H13, H14 hipotezi red olunmuştur. Fakat Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan faktörlerden “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin gelir değişkenine göre ($p<0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır ve H15 hipotezi kabul edilmiştir. Gelir durumuna göre farklılık bulunan “Sağlık hizmet Ödeme İsteği” faktörünün hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu görebilmek için Post Hoc Testi LSD uygulanmıştır. Bunun yanı sıra anlamlı Levene testinde homojen olmayan ve varyansı eşit dağılmayan “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” ve “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktörlerine de Games-Howell testi yapılmış ve sonucunda hem “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” hem de “Sağlık Hizmeti Niteliği” faktöründe gelir

durumuna göre anlamlı bir farklılık olmadığı Tablo 4.19’u teyit eder niteliktedir. Gelir durumuna göre farklılık bulunan “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörünün hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu görebilmek için LSD testi sonuçları Tablo 4.20’de incelenmektedir.

Tablo 4.20. Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan Sağlık Hizmeti Ödeme İsteğinin Gelir Durumuna Göre Farklılığı

Gelir Durumu (LSD)		Ortalama Fark	Standart Hata	P
2.500TL ve Altı	2.501TL- 4.000TL	-,32607*	,06757	,000
	4.001TL-5.500TL	-,44226*	,06992	,000
	5.501TL-7.000TL	-,50333*	,08082	,000
	7.001TL- 8.500TL	-,70409*	,09859	,000
	8.501TL-10.000TL	-,83521*	,11295	,000
	10.001TL ve Üstü	-,90124*	,09803	,000
2.501TL- 4.000TL	2.500TL ve Altı	,32607*	,06757	,000
	4.001TL-5.500TL	-,11620	,06631	,080
	5.501TL-7.000TL	-,17726*	,07771	,023
	7.001TL- 8.500TL	-,37802*	,09606	,000
	8.501TL-10.000TL	-,50914*	,11074	,000
	10.001TL ve Üstü	-,57517*	,09548	,000
4.001TL-5.500TL	2.500TL ve Altı	,44226*	,06992	,000
	2.501TL- 4.000TL	,11620	,06631	,080
	5.501TL-7.000TL	-,06106	,07977	,444
	7.001TL- 8.500TL	-,26183*	,09773	,008
	8.501TL-10.000TL	-,39295*	,11220	,000
	10.001TL ve Üstü	-,45897*	,09717	,000
5.501TL-7.000TL	2.500TL ve Altı	,50333*	,08082	,000
	2.501TL- 4.000TL	,17726*	,07771	,023
	4.001TL-5.500TL	,06106	,07977	,444
	7.001TL- 8.500TL	-,20076	,10580	,058
	8.501TL-10.000TL	-,33188*	,11929	,006
	10.001TL ve Üstü	-,39791*	,10528	,000
7.001TL- 8.500TL	2.500TL ve Altı	,70409*	,09859	,000
	2.501TL- 4.000TL	,37802*	,09606	,000
	4.001TL-5.500TL	,26183*	,09773	,008
	5.501TL-7.000TL	,20076	,10580	,058
	8.501TL-10.000TL	-,13112	,13198	,321
	10.001TL ve Üstü	-,19715	,11947	,099
8.501TL-10.000TL	2.500TL ve Altı	,83521*	,11295	,000
	2.501TL- 4.000TL	,50914*	,11074	,000
	4.001TL-5.500TL	,39295*	,11220	,000
	5.501TL-7.000TL	,33188*	,11929	,006
	7.001TL- 8.500TL	,13112	,13198	,321
	10.001TL ve Üstü	-,06603	,13156	,616
10.001TL ve Üstü	2.500TL ve Altı	,90124*	,09803	,000
	2.501TL- 4.000TL	,57517*	,09548	,000
	4.001TL-5.500TL	,45897*	,09717	,000
	5.501TL-7.000TL	,39791*	,10528	,000
	7.001TL- 8.500TL	,19715	,11947	,099
	8.501TL-10.000TL	,06603	,13156	,616

p<0.05

1) LSD testinin sonuçlarına göre, gelir düzeyi 2.500TL ve altı olanların geliri 2.501TL- 4.000TL olanlara göre (Ort fark= -,32607, P=,000) $P<0,05$, geliri 4.001TL- 5.500TL olanlara göre (Ort. Fark=-,44226 , P=,000) $P<0,05$, geliri 5.501TL-7.000TL olanlara göre (Ort fark= -,50333, P=,000) $P<0,05$,geliri 7.001TL- 8.500TL olanlara göre (Ort fark= -,70409, P=,000) $P<0,05$ geliri 8.501TL-10.000TL olanlara göre (Ort fark= -,83521, P=,000) $P<0,05$ geliri 10.001TL ve üstü olanlara göre (Ort fark= - 90124, P=,000) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin azalması nedeniyle sağlık hizmeti talebi de gelir seviyesi artmasına bağlı olarak azaldığı söylenebilir.

2) LSD testinin sonuçlarına göre, gelir düzeyi 2.501TL- 4.000TL olanların geliri 2.500TL ve Altı olanlara göre (Ort fark= ,32607, P=,000) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunurken geliri 5.501TL-7.000TL olanlara göre (Ort fark= -,17726, P=,023) $P<0,05$,geliri 7.001TL- 8.500TL olanlara göre (Ort fark= -,37802, P=,000) $P<0,05$ geliri 8.501TL-10.000TL olanlara göre (Ort fark= -,50914, P=,000) $P<0,05$ geliri 10.001TL ve üstü olanlara göre (Ort fark= -,57517, P=,000) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin geliri 2.501TL- 4.000TL arasında olanlar geliri 2.501TL- 4.000TL olanlara kıyasla fazlayken geliri 4.001TL-5.500TL, 5.501TL-7.000TL, 7.001TL- 8.500TL, 8.501TL-10.000TL, 10.001TL ve üstü olanlara göre anlamlı olarak daha azdır.

3) LSD testinin sonuçlarına göre, gelir düzeyi 4.001TL-5.500TL olanların geliri 7.001TL- 8.500TL olanlara göre (Ort fark=-,26183, P=,008) $P<0,05$ geliri 8.501TL-10.000TL olanlara göre (Ort fark=-,39295, P=,000) $P<0,05$ geliri 10.001TL ve üstü olanlara göre (Ort fark=-,45897, P=,000) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin geliri 4.001TL-5.500TL arasında olanlar geliri 7.001TL- 8.500TL, 8.501TL-10.000TL, 10.001TL ve üstü olanlara göre anlamlı olarak daha azdır.

4) LSD testinin sonuçlarına göre, gelir düzeyi 5.501TL-7.000TL olanların geliri 2.500TL ve altı geliri olanlara göre (Ort fark= ,50333, P=,000) $P<0,05$ ve 2.501TL- 4.000TL olanlara göre (Ort fark= ,17726, P=,023) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunurken geliri 8.501TL-10.000TL olanlara göre (Ort fark= -,33188, P=,006) $P<0,05$ geliri 10.001TL ve üstü olanlara göre (Ort fark= -,39791, P=,000) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin geliri 5.501TL-7.000TL arasında olanlar 2.500TL ve altı geliri olanlar ve 2.501TL- 4.000TL olanlara kıyasla fazlayken geliri 8.501TL-10.000TL ve 10.001TL ve üstü olanlara göre anlamlı olarak daha azdır.

5) LSD testinin sonuçlarına göre, gelir düzeyi 7.001TL- 8.500TL olanların geliri 2.500TL ve Altı olanlara göre (Ort fark=,70409, P=,000) $P<0,05$, geliri 2.501TL-4.000TL olanlara göre (Ort fark=,37802, P=,000) $P<0,05$ geliri 4.001TL-5.500TL olanlara göre (Ort fark=,26183, P=,008) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak sağlık hizmeti tüketicinin talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin geliri 7.001TL- 8.500TL arasında olanlar geliri 2.500TL ve Altı, 2.501TL- 4.000TL ve 4.001TL-5.500TL olanlara göre anlamlı olarak daha fazladır.

6) LSD testinin sonuçlarına göre, gelir düzeyi 8.501TL-10.000TL olanların geliri 2.500TL ve Altı olanlara göre (Ort fark=,83521, P=,000) $P<0,05$, geliri 2.501TL-4.000TL olanlara göre (Ort fark=,50914, P=,000) $P<0,05$ geliri 4.001TL-5.500TL olanlara göre (Ort fark=,39295, P=,000) $P<0,05$ ve geliri 5.501TL-7.000TL olanlara göre (Ort fark=,33188, P=,006) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak sağlık

7) LSD testinin sonuçlarına göre, gelir düzeyi 10.001TL ve üstü olanların geliri 2.501TL- ve altı olanlara göre (Ort fark= ,90124, P=,000) $P<0,05$, geliri 2.501TL-4.000TL olanlara göre (Ort fark= ,57517, P=,000) $P<0,05$, geliri 4.001TL-5.500TL olanlara göre (Ort. Fark=-,45897 , P=,000) $P<0,05$, geliri 5.501TL-7.000TL olanlara göre (Ort fark= ,39791, P=,000) $P<0,05$,geliri 7.001TL- 8.500TL olanlara göre (Ort fark= -,70409, P=,000) $P<0,05$ düzeyinde anlamlı olarak tüketicinin sağlık hizmeti

talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunun daha fazla olduğu bulunmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğinin artması nedeniyle tüketicinin sağlık hizmeti talebi de gelir seviyesi artmasına bağlı olarak arttığı söylenebilir.

Sonuç olarak gelir seviyesinin artmasıyla tüketicinin sağlık hizmetleri talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteğinin arttığı söylenebilir. Bu sebeple gelir seviyesinin artması sağlık hizmet talebini de arttırdığı söylenebilir.



TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlık her geçen gün hem küresel hem de ülkeler açısından önemli bir boyut kazanmaktadır. Sağlık sektörü toplumların gelişmesi bağlamında insanlar için bir refah kriteridir ve ülkenin gelecekteki büyüme potansiyeli hakkında birtakım bilgiler sunar. Sağlığın vazgeçilmez bir değer olmasıyla ticarete alım satımı yapılamadığından sağlık arzusundan kaynaklı sağlık hizmetleri alım satımına konu olmuş ve mikro temellerden doğan sağlık hizmetleri ekonomisi daha sonra sağlık kavramının çok yönlü doğasının vurgulanmasıyla makro yönüne değinilerek sağlık ekonomisi olarak daha geniş bir alana hitap etmiştir. Sürekli artan bir ivme gösteren sağlık sektörü gelişme potansiyeli yüksek bir alandır. Bunda ülkelerin ekonomik kaynakları emek, sermaye, doğa ve girişimci oluşturmasının ötesinde beşeri sermaye ile eğitim ve sağlık eklenerek katma değeri yüksek insanların varlığına giderek daha fazla önem verilmesinin payı vardır. Sağlık sektörünün büyüklüğü içinde yer alan her bir yapı taşının önemi de böylelikle artar. Özellikle sağlık hizmetleri, bireylerin hastalıklarının iyileştirilmesinde veya arzu edilen sağlık seviyesine ulaşmada bir araç mahiyetindedir ve ülke vatandaşlarının genel ekonomik refahıyla önemli ölçüde ilişkilidir. Ülkeler daha sağlıklı insanlar için sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bir taraftan sağlık harcamalarının artması diğer taraftan sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırarak sağlık ekonomisinde sağlık hizmetleri talebinin önemli rolünü vurgulamaktadır.

Sağlık ekonomisinde genellikle sağlık hizmetleri talebi hastalık sebebiyle gerekli görülen bir zorunluluk olarak değerlendirilmektedir. Sağlık üzerinde beklenen olumlu etkiler nedeniyle sağlık hizmeti talep edilmektedir. Sağlık hizmetleri talebi olabilmesi için insanların sağlık hizmeti ihtiyacını karşılama isteğinin ancak sağlıktan beklenen iyileşmelerin olabileceği yönünde yapılan fedakarlıktan daha ağır basması gerekir. Hastalık durumları ile karşılaşma olasılığı olan tüketiciler, sağlık hizmetini ödeme isteğine göre belirli sağlık hizmeti ya da hekim tercihini yansıtarak sağlık ve sağlık hizmeti ihtiyacı doğrultusunda sağlık hizmetlerine yönelik taleplerini oluştururlar. Böylece tüketiciler sınırlı gelirleriyle sağlıkları hakkında kendilerine en yüksek faydayı sağlama güdüsüyle alternatifler arasında seçimde bulunarak tüketici denge noktasına ulaşma arzusu ile talepte bulunmaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada,

tüketici teorisinden hareketle tüketicinin sağlık hizmeti talebine yönelik yapının araştırılması ve bir ölçme aracı geliştirilmesi amaçlanmış olup ilgili alandaki araştırmalarda kullanılabilecek yeni bir veri toplama aracının sunulmasına odaklanılmıştır. Bu sayede tüketicinin sağlık hizmet talep yapısının keşfi ilk kez AFA yardımı ile yapılarak geçerliliği DFA ile test edilmiştir. Bu sayede tüketicinin sağlık hizmet talebi için öngörülebilir bir yapının keşfi ilk kez AFA yardımı ile yapılarak geçerliliği DFA ile test edilmiştir. Böylece sağlık ekonomisine yeni bir boyut kazandırmak ve bu sayede sağlık hizmet talebinin altında yatan sebeplerin neler olduğu konusunda önceden öngörülebilir bir yapının oluşturulması ile bu çalışma literatürdeki çalışmalardan ayrılmakta ve literatüre katkı sağlamaktadır.

Sağlık hizmet talebiyle ilgili bir ölçek geliştirme amacı taşıyan bu çalışma için Konya Büyükşehir Belediyesi il sınırları içerisinde merkez üç ilçede yaşayan 18-65 yaş aralığında kolayda örneklem metodu kullanarak 892 online anket uygulanması gerçekleştirilmiştir.

Anketi cevaplayanların büyük bir çoğunluğunu; cinsiyete göre katılımda kadınlar (%69,4), yaş grubuna göre katılımda 25-31 yaş aralığında (%32,2), ilçe olarak katılımda Selçuklu ilçesinden (%50,7), eğitim durumuna göre katılımda üniversite mezunu (%56,5), ailenin gelir durumuna göre ise 2.501TL- 4.000TL aralığında gelire sahip (%25,3) bireyler oluşturmuştur.

Anketi cevaplayanların sağlık hizmeti sunumuna göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin 1 yılda başvurma sıklığı ya da talep etme düzeylerinde büyük çoğunluğunu sırasıyla (%51,1), (%58,6), (%56,3) nadir sıklıkta başvuru yaparak oluştururken ankete katılanlardan 1 ayda büyük çoğunluk (%49,1) hastaneye hiç başvuru yapmamış veya talepte bulunmadığı tespit edilmiştir.

Tüketicinin sağlık hizmet talebi ile ilgili ölçek geliştirme istatistiklerine dayanarak sağlık hizmeti talebini açıklayan sağlık hizmeti ihtiyacı faktörüne dair 9 sorudan 4'ü ölçekten çıkarılmıştır. Sağlık hizmeti ihtiyacı; Bradshaw (1972)'ın normatif ihtiyaç, algılanan ve hissedilen ihtiyaç, ifade edilen ihtiyaç ve karşılaştırmalı ihtiyaç kavramlarının açıklamaları düşünülerek sorular oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra soruların oluşturulmasında sağlık hizmet talebi belirleyicileri de

değerlendirilmiştir. Ölçek sorularında faktör yükleri düşük olan sorulara yer verilmemiş sadece ölçekte yer alan sorular üzerinden değerlendirmelerde bulunulmuştur. Ölçekten madde yükü düşük olan: “Kendim için gerekli olan koruyucu, tedavi edici veya sağlığımlı geliştirici hizmetlere algıma ve hislerime göre karar veririm.” sorusu Bradshaw (1972)’a göre ihtiyacın algıya ve hislere oluştğı düşüncesinden hareketle sorulmuş anketi cevaplayanların sağlık hizmeti ihtiyacının algıya ve hislere karar verildiğı veya sağlık hizmet talebinde bulunulduğı pek de söylenilememektedir. “Hastaneye veya doktora olan ihtiyacımı benimle aynı durumda olan başkaları ile kıyaslarım.” sorusu ve “Aynı hastane içinde herkese eşit şekilde hizmet sağlandığını düşünürüm.” soruları Bradshaw (1972)’ın karşılaştırmalı ihtiyaç kavramından yola çıkarak sorulmuş fakat kişilerin sağlık hizmeti ihtiyacının karşılaştırmalı olduğı ya da sağlık hizmeti oluşturduğı çok da söylenememektedir. Sağlık hizmeti ihtiyacı boyutundan en son atılan madde olarak Jack, (1999), Babaloo (2017), Mill ve Gilson (1988)’a göre bireyler sağlık hizmet talebini kısmen bireylerin isteklerini gösterdiği gibi kısmen de bu istekler bireylerin; akraba ve arkadaş eylemlerinin sonucunu yansıttığı şeklindeki açıklamalarına rağmen “Arkadaşlarım ve yakın çevrem bir hastane ya da doktor hakkındaki görüşleri sağlık ihtiyacımı etkiler.” sorusu ankete katılanlar tarafından kişinin sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesinde sağlık hizmeti talebinde bulunurken bireylerin çevresinden etkilendiğı çok da söylenemediğı tespit edilmiştir.

Diğer taraftan Williams (1987)’a göre sağlığa verilen değer sağlık hizmet talebini etkilediğı görüşü “Sağlığıma değer verdiğim için hastane ve hekim hizmetine ihtiyaç duyarım.” sorusu ile sağlık hizmeti ihtiyacını ve sağlık hizmet talebini belirlemekte ve etkilemektedir. Lee (2009) ve Bickerdyke vd. (2002) sağlık hizmetlerine yönelik olarak tedarikçinin sağlık hizmeti yaratması ayrıca Bradshaw (1972)’a göre normatif ihtiyaç bakımından değerlendirilmesi açısından sorulan “Uzmanların sağlığımlı hakkındaki görüşleri hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğumu belirler.” ve “Doktor tavsiyesi ile ikinci bir doktora daha gerekli ise muayene olabilirim.” soruları hem sağlık hizmeti ihtiyacı hem de sağlık hizmet talebini destekler nitelikte olduğı bulunmuştur. Mills ve Gilson (1980)’a göre sağlık hizmeti talebi sadece hasta olanlar için talep edilmemekte bilgi ve destek için de sağlık talebinde

bulunabilmektedir görüşü “Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığım hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim.” sorusuyla kişilerin sağlık hizmeti ihtiyacı ve sağlık hizmet talebinin sadece hastalıktan ortaya çıkmadığını kanıtlar niteliktedir. Feldstein (2007)’e göre sağlık hizmetlerine erişim ve Rice ve Unruh (2009)’a göre sağlık hizmetlerinin kolay bulunabilirliği açısından sağlık hizmet talebi etkilenmektedir. “Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim.” sorusu sorulmuş ayrıca sağlık hizmetlerinin eşitliğini de içine alan bir sorudur. Bu açıdan da Bradshaw (1972)’ın karşılaştırmalı ihtiyacın sadece hakkaniyetle ilgili boyutunu da içermektedir. Bu bakımdan sağlık hizmeti ihtiyacı ve talebini etkileyen ve belirleyen bir faktör olduğu söylenebilir.

Öte yandan tüketicinin sağlık hizmeti talebi ile ilgili ölçekle ilgili soruların betimleyici istatistiklerinde sağlık hizmeti ihtiyacı faktöründe en yüksek değeri 4,60 ortalama ile “Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim.” maddesi oluşturmuştur. En düşük değere sahip değişken ise 3,25 ortalama ile “Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığım hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim.” değişkeni olmuştur. Ankete katılanların bu yanıtlarında en yüksek ortalamaya sahip değişken için bireylerin hastane, hekim ve tüm birimlere ihtiyaç anında kolay erişim imkanı sağlaması çok önemlidir ve bu sebeple sağlık hizmeti talebinde bulunulduğu söylenebilir. Diğer yandan düşük ortalamaya sahip değişken açısından katılımcıların sağlık hizmet ihtiyaçları genelde ağırlıklı olarak sağlıktan kaynaklanmakta ve kişilerin sağlıkları hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için gereksinimleri olduğu kanısıyla sağlık hizmet talebinde bulunma noktasında daha az etkili olduğu söylenebilir.

Tüketicinin sağlık hizmeti talebiyle ilgili ölçeğe dair sorulardan sağlık hizmeti niteliği sorularının hiçbiri ölçekten çıkarılmamıştır. Sağlık hizmet talebi belirleyicilerinin hastane ve hekim hizmetleri özelliklerine dayanarak sorular oluşturulmuştur. Bütün sorular birbirine yakın ortalamalara ve faktör yüklerine sahiptir. Davis ve McMaster (2017)’e göre sağlık hizmetleri tedarikçinin hasta üzerindeki rolünün sağlık hizmet talebini etkilediği yönündeki görüşlerine göre

“Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.” sorusu oluşturulmuş hekim davranışlarının sağlık hizmetinin özelliği bakımından sağlık hizmet talebini etkilediği söylenebilir. Feldstein (2007) ve Santerre ve Neun (2013)’a göre sağlık hizmetleri talebi için harcanan zaman bekleme süreleri yada seyahat süreleriyle zaman maliyetleri artmaktadır. “Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.” ve “Hastanenin tahlil, patoloji ve röntgen gibi laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması önemlidir.” sorularıyla kişilerin zamanlarının değerli olduğu ve sağlık hizmeti tercihlerinde ve tüketicinin sağlık hizmet talebini etkilediği söylenebilir.

Tüketicinin sağlık hizmetini açıklayan sağlık hizmetinin niteliği faktöründe en yüksek değer 4,86 ortalama ile “Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.” değişkeni yer almaktadır. En düşük değere sahip değişken ise 4,74 ortalama ile “Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.” maddesi olmuştur. Her ne kadar en yüksek ve en düşük ortalamaya sahip değişkenler olsa da her ortalama bir hayli büyüktür ve birbirine yakındır. İnsanlar sağlık hizmeti talebinde bulunurken sağlık hizmetinin niteliğine doktor başta olmak üzere, her açıdan bakarak talepte bulunmaktadır. Ankete katılan bireylerin sağlık hizmetleri taleplerinde sırasıyla ilk sırada doktorun özellikleri, laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması ve son olarak da hastanenin yoğun olması ve bekleme süresinin az olması olmuştur. Laboratuvar ve test sonuçlarının hızlı çıkması faktörünün hastanenin yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması değişkenine göre çok az da olsa daha yüksek ortalamaya sahip olması tamamen ankete katılan katılımcılarla ilgilidir. Ortalamaların birbirine yakın olması sağlık hizmeti niteliğinde yer alan her bir faktörün sağlık hizmet talebini önemli derecede etkilediği söylenebilir.

Tüketicinin sağlık hizmet talebiyle ilgili ölçeğe dair sorulardan sağlık hizmeti ödeme isteği ve sağlık hizmet talebi belirleyicileri dikkate alınarak sorular oluşturulmuştur. Ölçek sorularında faktör yükleri düşük olan sorulara yer verilmemiş sadece ölçekte yer alan sorular üzerinden değerlendirmelerde bulunulmuştur. Sağlık hizmeti ödeme isteğine bağlı 9 sorudan faktör yükü düşük 1 soru ölçekten çıkarılmıştır. Bickerdyke vd. (2002)’ne göre arzın talep yaratması sonucu doktorun görüşü ile

hastaların daha fazla sağlık hizmeti kullanmasını bu sayede doktorun ya kendi çıkarlarını teşvik etmesi ya da hastalarının refahını arttırmak yönünde öneren tavsiyeleri olduğu görüşüne dayanarak “Hekimimin istediği tahlil, laboratuvar ve testler bana pahalıya mal olabilir.” sorusu oluşturulmuş her ne kadar bu soru sağlık hizmeti ödeme isteğini dolayısıyla sağlık hizmet talebini azaltabilme yetisine sahip olsa da bireylerin sağlık hizmet talebini çok etkilediği söylenememektedir ve ölçekten çıkarılmıştır.

Diğer taraftan Culyer (2005)’e göre sağlık hizmetini elde etmek için ya da olası bir zararı önlemek için sağlık hizmetini ödemeye istekli ve hazır olduğu maksimum tutarı ifade eden sağlık hizmeti ödeme isteği görüşüne dayanarak “İhtiyaç duyduğum zaman sağlık hizmeti satın alabilme gücüne sahibim.” ve “Sağlık hizmeti için gerekli olan bedeli ödemeye hazırım.” soruları oluşturulmuş olup hem sağlık hizmeti fiyatını kabullenmek ve hem de gelir ile sağlık hizmetinin karşılanabileceğini böylelikle sağlık hizmeti talebini etkilediği söylenebilir. Phelps (2018) ve Babalola (2017)’e göre bireyler hastaysa ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyarsa, sağlık hizmetlerini neredeyse her fiyattan satın alacak konumdadır ancak tüketiciler ihtiyaç duyulan tıbbi bakımı satın almak için sınırlı gelire sahiptirler. Bunun yanı sıra hasta insanlar daha sağlıklı insanlara göre fiyata daha az dikkat eder ve daha az tepki verirler. Bu görüşler nedeniyle “Birden çok hekime başvuru yapabilirim ücret önemli değil iyileştirsin yeter.” ve “Doktorun çok iyi olduğunu düşünürsem gereken ücret çok da gözüme görünmez.” soruları oluşturulmuş sağlık arzusunun baskınlığı dikkati çekmektedir. Bu sebeple sağlık statüsünün ehemmiyeti vurgulanarak sağlık hizmetinin fiyatına karşı tepki azaldığı ve doktorun özellikleri önem kazandığı ve sağlık hizmetinin gelir ile karşılanmaya çalışıldığı dikkati çekmektedir. Ankete katılanların verdiği yanıtlarla sağlık hizmetinin ödeme isteğinin olduğu ve sağlık hizmeti talebinin etkilendiği söylenebilir.

Feldestein (2007)’e göre sağlık sigortasına sahip olanlar daha fazla hizmet talep eder, daha fazla uzman görür ve sigortası olmayanlara göre daha yüksek tıbbi maliyetlere katlanırlar görüşü dikkate alınmış ayrıca Türkiye’de sağlık hizmetleri sigorta kapsamının genişliği ve bazı sağlık hizmetleri için çok cüzi bedellerle sağlanırken bazıları ücretsiz olarak sağlanması bakımından “Bazen aile hekiminin

yeterli olduğunu düşünmem ve muayene ücretine rağmen hastaneye de başvururum.” sorusu oluşturulmuştur. Ankete katılanların vermiş olduğu yanıtlar sağlık sigortasının kişilerin sağlık hizmetini talep etmede rahatlatığı ve sağlık hizmeti ödeme isteğini etkilediği ve desteklediği söylenebilir. Meyer (2016) ve Folland vd. (2013)’e göre sağlık sigortası ortaya çıkan hastalanma riskine karşı koruma sağlamaktadır görüşünden hareketle “Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.” sorusu hazırlanmış kişilerin sağlık hizmetine rahatça ulaşabilmesini kolaylaştıran bir unsur olarak sağlık sigortasının varlığı sağlık hizmeti ödeme isteğini ve böylelikle tüketicinin sağlık hizmeti talebini etkilediği söylenebilir. Bunun yanında Penner (2004), Santerre ve Neun (2013) ve Henderson (2012)’a göre sağlık sigorta kapsamı arttığında da sağlık hizmetlerine olan talep artar fakat sigortanın sağlık hizmetini karşılamayacağı düşüncesi kişilerin doğrudan ödeme yapmasına neden olur ve ödeme isteğini azaltan bir değişken olarak sağlık hizmet talebini etkileyeceği yönünde “Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceği beni endişelendirir.” sorusu sorulmuştur. Sigorta düşünüldüğünde sağlık ödeme isteğinin ve sağlık hizmeti talebinin etkilendiği söylenebilir. Ayrıca Getzen (2013)’e göre sağlık hizmetinin fiyatı düşmeye devam ettikçe, giderek daha fazla miktarı insanlar satın almak isteyecek ve bu da talep yasasının gereği ve sağlık hizmetleri talep fonksiyonunun doğmasında bir etken olarak görülen sağlık hizmetinin fiyatı olan muayene ücretleriyle düşünülerek “Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.” sorusu ile ölçülmeye çalışılmış her ne kadar muayene ücretlerinin artması ödeme isteğini ve sağlık hizmeti talebini düşürse de önemli ve etkili olduğu söylenebilir.

Öte yandan tüketicinin sağlık hizmeti talebi ile ilgili ölçekle ilgili soruların betimleyici istatistiklerinde sağlık hizmeti ödeme isteği faktöründe en yüksek değer 3,77 ortalama ile “Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.” değişkeni yer almaktadır. En düşük değere sahip değişken ise 2.20 ile “Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceği beni endişelendirir.” ve 2,46 ortalama ile “Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.” değişkeni olmuştur. Türkiye’de 2006 yılından bu yana farklı sigorta yapıları tek bir kurum (Sosyal Güvenlik Sigortası Kurumu) çatısı altında birleşmiştir. Çalışan ve

çalışmayan her birey bu kapsamda sigortalıdır. Çalışmayan ya da geliri asgari ücretin belirli bir kısmından daha az olan bireyler gelir testi ile sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirken çalışmadığı halde geliri asgari ücretin belirli bir kısmından fazla olan bireyler ise sağlık sigorta primlerini ödeyerek sağlık hizmetlerinden kolayca yararlanabilmektedirler (<http://www.sgk.gov.tr/>). Anketi cevaplayanların bu yanıtlarında en yüksek ortalamaya sahip değişken için sağlık sigorta kapsamının insanların rahatça sağlık hizmeti talebinde bulunabilmeleri için cepten dolayı ödemeler yoluyla insanlara istenen anda sağlık hizmetinin fiyatını düşünmeden talepte bulunabilme rahatlığının sağladığı söylenebilir. Diğer yandan sağlık sigortası kapsamında kişiler birinci basamak hizmet veren aile hekimliklerindeki doktorlardan muayene ücreti olarak cepten kesinti olmadan yararlanabilirlerken, ikinci basamak hizmet veren devlet hastanesi ve özel muayene ücretleri düşük miktarda cepten sigorta kapsamında kesilirken, üçüncü basamak hizmet veren üniversite hastanesi ve eğitim araştırma hastanelerinde biraz daha fazla muayene ücreti cepten kesinti olarak kesilmektedir(<http://www.sgk.gov.tr/>). Bu açıdan kişilerin sağlık hizmeti ödeme isteği muayene ücretlerini düşünüldüğünde sağlık hizmet talebini azaltan bir unsurdur fakat genel olarak devlet tarafından hem sigorta kapsamında korunduğu için hem de muayene ücretleri cepten çok düşük ücretlerle karşılanması sebebiyle sağlık hizmet talebini etkileyen ve azaltan bir değişken olduğu konusunda kararsızlık yaşandığı söylenebilir. Diğer bir yandan ise en düşük ortalamaya sahip sağlık hizmetine yönelik hem ödeme isteğini hem de sağlık hizmeti talebini azaltan unsur kişilerin sigorta kapsamında olmayan ek masraflardır.

Tüketicinin sağlık hizmet talebini sağlık hizmet miktarı ve hastanede kalış süresi gibi nicel değişkenler dışında tüketici teorisi ekseninde sağlık hizmeti ihtiyaçları, sağlık hizmeti niteliği ve sağlık hizmeti ödeme isteğinin oluşturduğu gizil değişkenler ile bir yapı kurmak ve tüketicinin sağlık hizmet talebini ölçebilmek mümkün mü?

Temel araştırma sorusundan hareketle ölçek geliştirme çalışmaları ile tüketicilerin sağlık hizmeti talebine ilişkin boyutlar ve maddeler belirlenmeye çalışılmış ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Kapsam geçerliliği için araştırma alanı ve uzman görüşü dikkate alınarak sorular oluşturulmuş,

yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri (DFA) gerçekleştirilmiştir. Son olarak da güvenilirlik için Cronbach Alfa testi yapılmıştır.

Ölçeğin güvenilirliği ve yapısal geçerliliği test edilmeden önce yüzey ve kapsam geçerliliği test edilmiştir. Yüzey geçerliliği kapsamında tasarlanan ölçek literatür destekli geliştirilmiş okunduğunda anlaşılır olup olmadığını, cümlelerin uzunluğunu test etmek için yakın çevre ve hane halkından 11 kişiye sorulmuştur. Yurtiçi ve yurtdışında bu alanda yapılan çalışmalar ve 10 uzmanın görüşüne başvurularak kapsam geçerlilik oranı 0.80'in altında olan maddeler ölçekten çıkarılarak 21 maddelik ölçek soru formu elde edilmiştir. Böylelikle kapsam geçerliliği sağlandığı söylenebilir. Yapı geçerliliğini test etmek için bu çalışmada tüm değişkenler için faktör analizi testi kullanılmış ve bu testin uygunluğu, Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett'in küresellik testi kullanımına tabi tutulmuştur. KMO değeri 0.802 ve Bartlett küresellik testi ise ($=3489.867$, $p = 0.000$) olduğu bulunmuştur. George ve Mallery (2019), Coakes (2005), Kaiser ve Rice (1974)'ye göre KMO değerinin "Değerli ve İyi" olduğu ve Bartlett'in küresellik testi $p < 0.05$ olduğundan anlamlı ve kabul edilebilir olduğu ayrıca faktörlenebilirliğin mümkün olduğu söylenilebilir.

Ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak ve maddelerin faktör yüklerini belirleyerek boyutlandırabilmek amacıyla faktör analizi yapılmıştır. Ölçek faktörlerini tanımlamak ve faktör yüklerini belirleyebilmek için Varimax Döndürme Yöntemi ile Temel Bileşenler Analizi kullanılarak AFA gerçekleştirilmiştir. Widaman (1993)'a göre AFA yaparken temel bileşenler analizi uygulandığında en düşük faktör yükü minimum 0.40 kabul edilmesi en doğru hesaplama sonucunu vereceği düşünülmüştür. Çalışmamızda da AFA için faktör yükleri en az 0.40 olarak belirlenmiştir. AFA gerçekleştirilmiş ölçek maddelerine ait faktör yüklerinin 0.52 ile 0.86 arasında değiştiği görülmüştür. Elde edilen sonuçlarda açıklanan varyans oranının yeterli olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmeti ödeme isteği faktörü toplam varyansın %23.16'sini, sağlık hizmetinin ihtiyacı toplam varyansın %15.05'ünü, sağlık hizmeti niteliği faktörü toplam varyansın %10.83'ini, açıklamaktadır. Toplam açıklanan varyans %49.5 olduğu tespit edilmiştir. Sandalcı ve Tuncer (2019), Çokluk vd. (2012)'e göre toplam varyansların yüzdesinin minimum eşliğinin ne olması gerektiği

konusunda tam net bir görüş olmamasına rağmen sosyal bilimlerin çok yönlü doğasından kaynaklı yapılan çalışmalarda dikkate alınarak çok boyutlu çalışmalarda %40 ve %60 aralığı geçerli olarak kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir. Çalışmamız için toplam açıklanan varyansları bu bağlamda kabul edilebilir değerler arasında olduğu söylenebilir. AFA ile elde edilen madde-boyut ilişkisi ile planlama aşamasında oluşturulan maddelerin boyutlara dağılımının tutarlı olduğu elde edilen alt boyutlar araştırmanın planlama aşamasına uygun olarak “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” olarak adlandırılmıştır.

Yapı geçerliliği için DFA yapılmış yer alan model uyum değerleri incelendiğinde, $X^2 /sd = 3.87$, RMSEA= 0.06, SRMR=0.06, IFI =0.92, CFI= 0.92, GFI=0.95, AGFI=0.93, TLI = 0.90 olduğu tespit edilmiştir. Schermelleh-Engel, Moosbrugger ve Müller (2003), Schumacker ve Lomax (2004), Loehlin (2004) ve Collier (2020)’ e göre bu katsayılar dikkate alındığında istenen düzeyde model uyum değerlerine sahip olduğu anlaşılmaktadır. DFA model uyumuna ilişkin değerlere ulaşmadan önce yapı için her bir maddenin faktör yükleri belirlenmiş analiz gerçekleştirilmiştir. Harrington (2009)’a göre DFA için tipik olarak faktör yükü 0.30’dan büyük olması kabul edilebilirdir. Bu sebeple çalışmamızda da DFA için faktör yükü en az 0.30 olarak dikkate alınmıştır. AFA ile ortaya konan yapı DFA ile test edilmiştir. DFA sonucunda elde edilen standartlaştırılmış faktör yüklerinin 0.43 ile 0.80 arası değerler aldığı görülmektedir. Modelde gösterilen tüm yollar $p < 0.001$ düzeyinde anlamlıdır. Elde edilen faktör yüklerinin 0.30’dan büyük olması maddelere ait faktör yüklerinin yeterli olduğu anlamına gelmektedir.

AFA’dan elde edilen faktörlerin veya ölçeklerin güvenilir olup olmadığı güvenilirlik analizi için Cronbach Alfa hesaplanmış ve Cronbach Alfa değeri “Sağlık Hizmeti İhtiyacı” alt faktörü için 0.68, “Sağlık Hizmeti Niteliği” alt faktörü için 0.70, “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” alt faktörü için 0.80, ölçeğin geneli için Cronbach Alfa 0.76 değeri hesaplanmıştır. George ve Mallery (2019) ve Hair vd. (2019)’ne göre güvenilirlik katsayısı değeri $0.60 < \alpha < 0.90$ kabul edilebilirdir. Ölçeğin geneli için Cronbach Alfa 0.76 değeri “oldukça iyi” olduğu söylenebilir. Bu durum ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra aynı faktör altındaki öğeler arasındaki korelasyonlar arttıkça, Cronbach Alfa değeri artmaktadır. Madde-toplam

korelasyonları incelenmiş elde edilen değerlerin 0.38 ile 0.66 arasında olduğu görülmüştür. Field (2013), Tabachnick ve Fidell (2019) ve Sungur (2009)'a göre madde-toplam korelasyonu 0.30 ve üzeri değerlerin güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen değerlerin 0.30'un üzerinde olması madde toplam korelasyonlarının yeterli olduğunu göstermektedir. Böylece olarak yapılan analizlerde AFA sonucunda üç madde, DFA sonucunda bir madde ve güvenilirlik analizi sonucunda bir madde ölçekten çıkartılmıştır. En son ölçek toplam 16 madde ile 3 alt faktörlü son halini almıştır. Yapılan analizlere göre ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir.

Yaylalı, Kaynak ve Karaca (2012) Türkiye'de Erzurum ilinde sağlık hizmet talebi üzerine Logit model kullanarak yaptıkları çalışmanın yanında ayrıca sağlık hizmetleri talebinde etkili olan faktörlere ilişkin tüketicinin görüşleri ölçeğini geliştirmişler ve ölçek alt boyutlarını; ekonomik faktörler, sağlık personelinin tutum ve davranışları, hastanelerin fiziksel özellikleri faktörü olarak üç alt boyutlu bir yapı elde etmişlerdir. Bu çalışmada ise tüketici teorisinden hareket edildiği için ölçek boyutlarının isimleri farklı şekilde yapılandırılmış olup ekonomik faktörler, sağlık hizmeti ödeme isteği boyutunda değerlendirilirken sağlık personelinin tutum ve davranışları boyutu ve hastanelerin fiziksel özellikleri boyutu ise sağlık hizmetinin niteliği boyutu içinde değerlendirilmesiyle çalışma ile örtüşmekte olup çalışmaya ek olarak tüketicinin sağlık hizmeti ihtiyacı boyutunun varlığı ile de çalışmadan ayrılmaktadır.

Arefnya (2018) Andersen'in davranışsal modeli çerçevesinde sağlık hizmetleri talebi üzerine yaptığı çalışmasında Logit ve Negatif Binomial modeli kullanmış ihtiyaç faktörünün sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen en önemli değişken olduğunu ardından kolaylaştırıcı faktörün en son olarak eğilim faktörleri sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktör grupları olduğunu tespit etmiştir. Burada sağlık hizmet talebi Anderson' un ihtiyaç faktörü dikkate alınarak; algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç şeklinde değerlendirilmekte olup kolaylaştırıcı faktör gelir, sigorta kapsamı, yaşanılan yer gibi faktörleri içermekte eğilim faktörleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi faktörleri içermektedir. Bu çalışmada tüketici teorisi ekseninde oluşturulmuş olup piyasada alım satıma konu

olan şeyin sağlık hizmeti olduğu düşüncesi ile sağlık hizmeti ihtiyacı değişkeni oluşturulmuş algılanan, değerlendirilen ihtiyaç ve ek olarak karşılaştırmalı ihtiyaçtan bahsedilerek bu çalışmaya farklı bir boyut kazandırılmıştır. Kolaylaştırıcı faktörler ve sağlık hizmeti ödeme isteği faktörleri örtüşmektedir. Bu çalışmada eğilim faktörleri ise faktörler arası kıyaslamalarda kullanılmıştır.

Kıraç (2019) Türkiye’de Konya ilinde AFA ve DFA yardımı ile sağlık arama davranışı ölçeği geliştirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada sağlık arama davranışı ölçeği; geleneksel sağlık arama davranışı, online sağlık arama davranışı, profesyonel sağlık arama davranışı olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Sağlık hizmeti talebi alan yazınında incelendiğinde sağlık hizmeti alıp almama ya da sağlık hizmetine başvuru yapıp yapmama kararı sağlık arama davranışı kapsamında ele alındığı görülmüştür. Bu çalışmada profesyonel sağlık arama davranışı bağlamında örtüşmektedir.

Gökkaya ve Erdem’in (2017) Türkiye’de Isparta ilinde sağlık hizmeti kullanımı üzerine yaptığı çalışmada sağlık hizmeti kullanımı altı boyuttan; (1) zaman boyutu, (2) sigorta ve maliyet boyutu, (3) tıbbi donanım boyutu, (4) ulaşım boyutu, (5) hastane personeli boyutu, (6) geleneksel tedavi tercihi boyutundan oluşmaktadır. Bu 6 boyut incelendiğinde sağlık hizmeti kullanımı içerisinde hem sağlık arama davranışına dair bilgileri barındırdığı hem de tüketici sağlık hizmet talebine dair bilgilerin yer aldığı gözlemlenmiştir. Bu çalışma sağlık hizmeti niteliği bağlamında zaman boyutu, tıbbi donanım boyutu, ulaşım boyutu ve hastane personeli boyutu bakımından örtüşmekte bunun yanında sağlık hizmeti ödeme isteği açısından sigorta ve maliyet boyutu ile de benzerlik taşımakta fakat sağlık hizmeti ihtiyacı boyutuna değinmesi bakımından farklılaşmaktadır.

Kamra, Singh ve De (2016) Hindistan’da AFA yardımı ile sağlık tüketicisinin hastane seçim kararlarını etkileyen faktörlere ilişkin geliştirdiği ölçek 10 boyuttan; (1)temel olanaklar, (2) itibar ve kalite, (3) bina ve altyapı, (4) kolaylık ve satın alınabilirlik, (5)kişisel deneyimler, (6) hizmetlerin yanıt verebilirliği, (7) Tavsiye, (8) klinik destek, (9) mahremiyet ve bilgi paylaşımı ve hizmet yelpazesi (10) oluşmaktadır. Bu çalışmanın tüketicinin sağlık hizmet talebinin araştırılmasında neredeyse tamamen örtüştüğü gözlemlenmiş sadece araştırmanın kapsamı tüketici

teorisi bağlamında ele alındığından ölçek boyutlarının farklı şekillerde değerlendirilmesi bakımından çalışmadan ayrılmaktadır.

Tüketicinin sağlık hizmet talebi ile ilgili ölçek geliştirmesi sonucu elde edilen ölçeğin alt boyutları kapsamında demografik değişkenler arasında anlamlı bir farkın olup olmadığı incelenmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede temel problem sorusuna bağlı alt problemler cevaplanmaya çalışılmış ve kurulan hipotezler test edilmiştir.

Alt problem 1: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri Cinsiyete Göre Farklı mıdır?

Alt problem 1 sorusunun yanıtı için bağımsız örneklem T testi gerçekleştirilmiş ve kurulan hipotezlere yanıt aranmıştır. Tüketicinin sağlık hizmeti talebini açıklayan: “Sağlık hizmet İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin cinsiyet değişkenine göre ($p < 0,05$) anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu bulgulara göre H1, H2 ve H3 hipotezleri red olunmuştur. Ayrıca cinsiyet değişkeninin sağlık hizmet talebi üzerinde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir. Sağlık hizmet talebine yönelik ampirik literatürde Develay, Sauerborn ve Diesfeld (1996), Li (1996), Glick, Razafindravonona ve Randretsa (2000), ve Al-Ghanim (2004)’in yapmış oldukları çalışmalarda da cinsiyet değişkeninin sağlık hizmet talebini etkilemediği yönündeki iddialarını destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Alt Problem 2: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri Yaşa Göre Farklı mıdır?

Alt problem 2 sorusunun yanıtı için Anova Analizi gerçekleştirilmiş ve kurulan hipotezlere yanıt aranmıştır. Sağlık Hizmet Talebini açıklayan boyutlardan “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin yaş değişkenine göre ($p > 0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur. Fakat tüketicinin sağlık hizmet talebini açıklayan “Sağlık hizmet İhtiyacı” faktörünün yaş değişkenine göre ($p < 0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır. Bu bulgulara göre H4 hipotezi kabul edilmiştir. H5 ve H6 hipotezi red olmuştur. Ayrıca sağlık hizmeti ihtiyacının yaşa göre farklılık olmasının nedeninde yaşı 52 ve üzeri olanların ve 18-24 yaş arası grubun ihtiyacının

daha fazla olduğu söylenebilir. Yaş değişkeninin sağlık hizmeti ihtiyacına göre farklılaşması dolayısıyla sağlık hizmet talebini de etkileyecektir. Bulunan bu bulgular sağlık hizmet talebine yönelik ampirik literatürde: Niraula (1994), Develay, Sauerborn ve Diesfeld (1996), Li (1996), Chawla ve Ellis (2000), Gupta ve Dasgupta (2002), Geitona, Zavras ve Kyriopoulos (2007), Abu-Mourad vd. (2008), Kermani, Ghaderi ve Yousefi (2008), Qian vd. (2009), Yaylalı, Kaynak ve Karaca (2012), Muriithi (2013), Özkoç (2013) ve Güneş vd. (2016)'nin yaptığı çalışmaları destekler nitelik taşımaktadır.

Alt Problem 3: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri yaşanılan ilçeye Göre Farklı mıdır?

Alt problem 3 sorusunun yanıtı için Anova Analizi gerçekleştirilmiş ve kurulan hipotezlere yanıt aranmıştır. Tüketicinin sağlık hizmet talebini açıklayan “Sağlık hizmet İhtiyacı” faktörü ve Sağlık Hizmeti Niteliği ($p>0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur. Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan faktörlerden “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin ilçe değişkenine göre ($p<0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır. Bu bulgulara göre H7 ve H8 hipotezi reddedilmiştir. H9 hipotezi kabul edilmiştir. Bu bağlamda ödeme isteği sırasıyla fazladan aza doğru Meram, Karatay, Selçuklu şeklinde gerçekleşmiş ödeme isteğindeki anlamlı farklılığın nedeni ise Meram ve Selçuklu’ da yaşayan kişilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ödeme isteği dolayısı ile sağlık hizmet talebi de Meram’da yaşayanların Selçuklu’ da yaşayanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir. Sağlık hizmeti ödeme isteği faktörünün içinde yer alan maddeler kişilerin fiyat, gelir, sigorta gibi satın alma gücüne dayalı sorulardan oluşmaktadır. Burada ilçe yani yaşanılan yer ile ekonomik değerler arası ilişki kurularak ampirik literatürün incelenmesini gerektirmektedir. Yaşanılan yer ve gelir ile ilişkili olarak Frederickx(1998), Mocan, Tekin ve Zax (2004), Geitona, Zavras ve Kyriopoulos (2007), Qian vd. (2009) ve Özkoç (2013)'un yaptığı çalışmalarla desteklenirken; yaşanılan yer ve sigorta bağlamında Geitona, Zavras ve Kyriopoulos (2007) ve Qian vd. (2009) tarafından desteklenmiştir. Yerleşim yeri ve fiyat ya da muayene ücretleri anlamında ise Tembon (1996), Hotchkiss (1998), Chawla

ve Ellis (2000), Glick, Razafindravonona ve Randretsa (2000), Mocan, Tekin ve Zax (2004)'ın yaptığı çalışmalarla bulgular desteklenmektedir.

Alt Problem 4: Tüketicinin Sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri Eğitim durumuna Göre Farklı mıdır?

Alt problem 4 sorusunun yanıtı için Anova Analizi gerçekleştirilmiş ve kurulan hipotezlere yanıt aranmıştır. Sağlık hizmet talebini açıklayan “Sağlık hizmet İhtiyacı” faktörü ve Sağlık Hizmeti Niteliği ($p>0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur. Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan faktörlerden “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin eğitim durumu değişkenine göre ($p<0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır. Bu bulgulara göre H10 ve H11 hipotezi reddedilmiştir. H12 hipotezi ise kabul edilmiştir. Ayrıca eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmetleri talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteğini arttırdığı görülmektedir. Dolayısıyla eğitim seviyesinin artmasıyla sağlık hizmet talebinin arttığı da söylenebilir. Sağlık hizmeti ödeme isteğine göre belirli sağlık hizmeti ya da hekim tercihinin yansıtılarak sağlık ve sağlık hizmeti ihtiyacı doğrultusunda oluşmaktadır ödeme isteği faktörünün içinde yer alan maddeler kişilerin fiyat, gelir, sigorta gibi satın alma gücüne dayalı sorulardan oluşmaktadır. Burada eğitim durumu ile ekonomik değerler arası ilişki kurularak ampirik literatürün incelenmesini gerektirmektedir. Sağlık hizmet talebiyle ilgili ampirik literatürde eğitim ve gelir durumu açısından Develay, Sauerborn ve Diesfeld (1996), Li (1996) Frederickx (1998), Dunlop, Coyte ve McIsaac (2000), Abu-Mourad vd. (2008), Thuan vd. (2008) ve Güneş vd. (2016)'nin yaptığı çalışmalarla bulgular desteklenirken; eğitim ve fiyat açısından Bolduc, Lacroix ve Muller (1996, Li (1996), Hotchkiss (1998) ve Muriithi (2013)'nin bulguları ile desteklenmekte; eğitim ve sigorta bakımından Fabbri ve Monfardini (2003) ve Aksoy (2018)'in çalışmaları ile desteklenmekte son olarakta eğitim ve hastalık şiddeti açısından Öztürk Yaprak ve Ecevit (2019)'in yaptığı çalışma ile bulgular desteklenmektedir.

Alt Problem 5: Tüketicinin sağlık Hizmeti Talebini Açıklayan: “Sağlık Hizmeti İhtiyacı”, “Sağlık Hizmeti Niteliği” ve “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörleri gelir durumuna göre farklı mıdır?

Alt problem 5 sorusunun yanıtı için Anova Analizi gerçekleştirilmiş ve kurulan hipotezlere yanıt aranmıştır. Tüketicinin sağlık hizmet talebini açıklayan “Sağlık hizmet İhtiyacı” faktörü ve Sağlık Hizmeti Niteliği ($p>0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık yoktur. Tüketicinin Sağlık Hizmet Talebini açıklayan faktörlerden “Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği” faktörlerinin gelir değişkenine göre ($p<0,05$) olduğundan anlamlı bir farklılık vardır. Bu bulgulara göre H13 ve H14 hipotezi reddedilmiştir. H15 hipotezi ise kabul edilmiştir. Ayrıca gelir seviyesinin artmasıyla sağlık hizmetleri talebini açıklayan sağlık hizmeti ödeme isteğinin arttığı söylenebilir. Bu sebeple gelir seviyesinin artması sağlık hizmet talebini de arttırdığı söylenebilir. Sağlık hizmeti talebi ampirik literatüründe gelirin artışına bağlı elde edilen bulgular yönünden Heller (1982), Bolduc, Lacroix ve Muller (1996), Glick, Razafindravonona ve Randretsa (2000), Yaylalı, Kaynak ve Karaca (2012), Güneş vd. (2016) ve İnce, Eren ve Bedir (2016)’in yaptığı çalışmaları desteklemekte gelir ve fiyat açısından Tembon (1996), Chawla ve Ellis (2000), Gupta ve Dasgupta (2002), Kermani, Ghaderi ve Yousefi (2008)’nin yaptığı çalışmaları desteklemekte; gelir ve sigorta bağlamında Mariko (2003), Şenol, Çetinkaya ve Balcı (2010) ve Aksoy (2018)’in yaptığı çalışmalarla desteklenmekte ayrıca son olarak gelir ve sağlık statüsü anlamında Geitona, Zavras ve Kyriopoulos (2007) ve Abu-Mourad vd. (2008)’nin çalışmalarındaki bulgularla sağlık hizmeti ödeme isteği faktörü desteklenerek sağlık hizmet talebini etkilediği söylenebilir.

Araştırmaya ilişkin öneriler şu şekilde yapılmaktadır;

- Tüketicinin sağlık hizmeti talebine ilişkin oluşturulan ölçek geliştirme çalışmasının kapsamı ve etki gücü daha da geliştirilmeye açıktır. Ölçek farklı örneklemeler üzerinde yeniden test edilebilir. Ayrıca ölçeğe ek yeni faktörler eklenebileceği gibi her boyutuna da ek yeni maddeler konulabilir.
- Ölçeğin her bir alt boyutu kendi içerisinde yeniden yapılandırılabilir. Ölçek alt boyutları kendi içerisinde faktör çeşitliliği artırılarak yeniden yapılandırılabilir. Örneğin sağlık hizmeti niteliği boyutuna sağlık kurumunun itibarı, imajı, konforu, kalitesi, şeffaflığı, verdiği güven, sağlık kurumunun fiziksel özellikleri ve sağlık personelinin davranışları gibi ek yeni maddeler eklenebilir.

- Ölçeğin her bir alt boyutu ayrı ayrı kapsamı genişletilerek yeni ölçekler haline dönüştürülerek farklı çalışmalarda kullanılmaya uygundur. Sağlık hizmeti ihtiyacı alt boyutu eşitlik bağlamında kırsal kentsel bölgelerde gelişim seviyesi farklılıklarının ölçümü amacıyla yeniden yapılandırılarak kullanılabilir. Sağlık hizmeti niteliği alt boyutunun kapsamı genişletilerek ölçek boyutu çeşitlendirilerek sağlık hizmeti piyasa araştırmasında hastane seçimi ya da tüketicinin sağlık kurumundan bekledikleri şekilde organize edilerek farklı çalışmalar için kullanılabilir yeni ölçekler haline getirilebilir. Sağlık hizmeti ödeme isteği alt boyutu da sağlık hizmeti sunucuları için yol gösterici olabilir.
- Sağlık hizmeti ödeme istekliliği ile sağlık hizmetlerine ne kadar değer verildiği elde edilmek istenen fayda ölçüsünde ne kadar para ödemeye razı olunacağı ile gösterilmektedir. Bu tüketicinin sağlık hizmetine verdiği değer bir ölçüsüyken sağlık hizmeti arzını gerçekleştirenlere hangi sağlık hizmeti alanlarına daha çok yatırım yapılması, iyileştirilmesi ya da atıl kalan hizmetlerde kullanılan kaynakların daha farklı yönlere sevk edilmesine yön verebilir.
- Sağlık hizmeti ödeme isteği faktörü ile sağlık hizmeti talebine göre sağlık hizmeti planlayıcılarına sigorta kapsamında neyin yer alıp almayacağı belirlemede ya da bir hizmetin fiyatının ödenmesi konusunda hangi sağlık hizmetinin daha yüksek hangisinin sağlık hizmetinin daha düşük fiyat olması gerektiği konusunda fikir verebilir. Böylelikle tüketicilerin sağlık hizmet taleplerinin gelirleriyle karşılayıp karşılayamayacağı da ortaya konulmasına yardımcı olabilir.
- Bu çalışma sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmeti kullanım davranışı, sağlık arama davranışı ve sağlık hizmeti tüketim davranışları ile ilgili faktörlerin tespit edilmesinde fikir verebilir.
- Bu çalışma ile tüketici teorisi ekseninde talebe vurgu yapılarak tüketicinin sağlık hizmet talebi araştırılmıştır. Araştırma daha geniş kapsamlı olarak yapılarak piyasa talebinin nitel değişkenlerinin incelenmesine olanak tanıyabilir.
- Sağlık hizmetlerine yönelik talebin tahmin edilmesi bir kuruluşun gelecekteki yönünü belirlemede temel ilke temsil eder. Geleceğe yönelik talep tahmin çalışmalarında tüketici talebinin tahmin edilmesinde ve hizmet sunucularının kendilerine ne kadar talep edileceğini öğrenmesinde bu çalışma örnek teşkil edebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abu-Mourad, T., Alegakis, A., Shashaa, S., Koutis, A., Lionis, C., and Philalithis, A. (2008). Individual determinants of primary health care utilisation in Gaza Strip, Palestine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(8), 701-707.
- Aggleton, P. (1990). *Health*. London: Routledge.
- Ahmed, P.I., Kolker, A. and Coelho, G.V. (1979). Toward a New Definition of Health: An Overview, Paul I. Ahmed, Aliza Kolker (Ed.) *Toward a New Definition of Health: Psychosocial Dimensions*, s.7-22. New York: Plenum Press.
- AIHW. (2014). *Australia's Health 2014*. Canberra: Australian Government. Erişim Adresi: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d2946c3e-9b94-413c-898c-aa5219903b8c/16507.pdf.aspx?inline=true>
- Akalın, B. (2018). *Sağlık Sistemlerine Cevap Verilebilirlik* (1th ed.). İstanbul: Birlik.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu* (2th ed.). Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Akın, J. S., Guilkey, D. K., and Denton, E. H. (1995). Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation. *Social Science and Medicine*, 40(11), 1527-1537.
- Akın, J. S., Guilkey, D. K., Hutchinson, P. L., and McIntosh, M. T. (1998). Price elasticities of demand for curative health care with control for sample selectivity on endogenous illness: an analysis for Sri Lanka. *Health Economics*, 7(6), 509-531.
- Aksoy, N. (2018). Ankara'nın Farklı Gelişmişlik Düzeyine Sahip Üç İlçesinde Yaşayan Bireylerin Sağlık Hizmeti Tercihleri ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. (Yayınlanmış Tıpta Uzmanlık Tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü, Ankara.
- Al-Ghanim, S. A. (2004). Factors influencing the utilisation of public and private primary health care services in Riyadh City. *Journal of King Abdulaziz University*, 19(1), 3-27.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64,33-58.
- Amiri, A., and Ventelou, B. (2012). Granger Causality Between Total Expenditure on Health and GDP in OECD: Evidence from the Toda-Yamamoto approach. *Economics Letters*, 116(3), 541-544. Doi:10.1016/j.econlet.2012.04.040
- Anne Rogers, A., and Elliott, H. (2016). *Primary Care: Understanding Health Need and Demand National Primary Care Research and Development Centre Series*. Manchester: CRC Press.

- Arefnya, N. (2018). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Belirleyenleri: Bir Micro Veri Analizi. (Yayınlanmış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53 (5): 941-973.
- Arslantaş, D. (2013). Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı. Didem Arslantaş (Ed.), *Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı* (1th ed.), 2903(1860) içinde 2-20. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Atlı, Y. ve Yücel N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2, 45-64.
- Avery, G. H., Leonard, K. E. and McKenzie, S. P. (2011). Economic Implications of Preventive Care (IV-28). Yuehwern Yih (Ed.). *Handbook of Health Care Delivery Systems*, s. 1-13. Florida: CRC.
- Babalola, O. (2017). Consumers and Their Demand for Healthcare. *Journal of Health & Medical Economics*, 3(1), s.1-3. Doi:10.21767/2471-9927.100032
- Baicker, K., Shepard, M., and Skinner, J. (2013). Public financing of the Medicare program will make its uniform structure increasingly costly to sustain. *Health Affairs*, 32(5), 882–890.
- Barbara G. Tabachnick and Linda S. Fidell (2019). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.). New York: Pearson.
- Barros, P.P., and Martinez-Giralt, X. (2012). *Health Economics an Industrial Organization Perspective*. Newyork: Taylor & Francis.
- Başer, D. A., Kahveci R., Koç, E. M., Kasım, İ., Şencan, İ., ve Özkara, A. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Med Journal*, 15(1), 26-31.
- Beale, L. (2017). *Human Disease and Health Promotion*. Canada: Wiley.
- Becker, G. S. (1964). Human Capital. New York: National Bureau of Economic Research.
- Berber, M. (2017). *İktisadi Büyüme ve Kalkınma* (6.Baskı). Trabzon: Celepler.
- Berkowitz, E. N., and Flexner, W. A. (1981). The Market For Health Care Service: Is There a Non-Traditional Consumer. *Journal of Health Care Marketing*, 1(1), 25-34.
- Bhattacharya, J., Hyde, T. ve Tu, P. (2014). *Health Economics* (1th ed.). Newyork: Pgrave Macmillan.

- Bickerdyke, I., Dolamore, R., Monday, I., and Preston, R. (2002). Supplier-Induced Demand for Medical Services, Productivity Commission Staff Working Paper, Canberra, November.
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335–341.
- Blaxter, M. (2010). *Health* (2th ed.). Cambridge: Polity.
- Bloom, D. E. and Canning, D. (2000). Public Health: The Health and Wealth of Nations. *Science*, 287(5456), 1207–1209. Doi:10.1126/science.287.5456.
- Bloom, E. D., Canning, D., and Jamison, T.D. (2004). Health and Development, Jeremy Clift (Ed.). *Health, Wealth, and Welfare*, s.10-16. Washington: International Monetary Fund.
- BMWi. (2019). Gesundheitswirtschaft 2018. Fakten and Zahlen Ausgabe: Berlin. https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Bolduc, D., Lacroix, G., and Muller, C. (1996, August). The choice of medical providers in Rural Benin: a comparison of discrete choice models. *Journal of Health Economics*, 15(4), 477-498.
- Bolhaar, J., Lindeboom, M. and Klaauw, B. (2012). A Dynamic Analysis of the Demand for Health Insurance and Health Care. *European Economic Review*, 56(4), 669–690. Doi:10.1016/j.euroecorev.2012.03.002
- Boscarino, J., and Steiber, S. R. (1982). Hospital Shopping and Consumer choice. *Journal of Health Care Marketing*, 2(2), 15-23.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (4th ed.). Berkshire: Mc Grawhill Education.
- Boyd, K. M. (2000). Disease, Illness, Sickness, Health, Healing and Wholeness: Exploring Some Elusive, *Medical Humanities*, 26, 9.
- Bradshaw, J. (1972). Taxonomy of Social Need. Gordon McLachlan (Ed.), *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research*, (7. Seri), s. 71-82. London: Oxford University Press.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: Guilford Press.
- Bury, M. (2005). *Health and Illness*. U.K: Polity.
- Campbell, S. M., Roland, M. O., and Buetow, S.A. (2000). Defining Quality of Care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625. Erişim adresi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)

- CESCR. (2000). *The right to the highest attainable standard of health (Art. 12 of the Covenant)*, (E/C.12/2000/4), (11 August). Erişim Adresi: <https://www.refworld.org/docid/4538838d0.html>
- Chawla, M., and Ellis, R. P. (2000). The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger. *Health Policy and Planning*, 15(1), 76-84.
- Clayton, G. E., (2008). *Economics Principles an Practices*. Ohio: McGraw-Hill Companies.
- Coakes, S. J. (2005). *SPSS 16.0 for Windows: Analysis without Anguish*. Australia: John Wiley & Sons.
- Collier, J. E. (2020). *Applied Structural Equation Modeling Using AMOS: Basic to Advanced Techniques* (1th ed.). New York: Routledge.
- Conner, M., and Norman, P. (2017). Health Behaviour: Current Issues and Challenges. *Psychology & Health*, 32(8), 895–906. Doi:10.1080/08870446.2017.1336240
- Crombie, I.K., and Davies, H.T.O. (1996). *Research in Health Care: Design Conduct and Interpretation of Health Care Services*. England: Wiley.
- Cross, N., and McWay, D. C. (2017). *Stanfield's Introduction to Health Professions* (7th ed.). Burlington: Jones&Barlett.
- Cruz-Gomes, S., Amorim-Lopes M., and Almada-Lobo B. (2019). The Demand for Healthcare Services and Resources: Patterns, Trends and Challenges in Healthcare Delivery. Maria João Alves, João Paulo Almeida, José Fernando Oliveira and Alberto Adrego Pinto (Ed.), *Operational Research*, s. 91-106. Switzerland: Springer.
- Culyer, A. J. (2005). *The Dictionary of Health Economics*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 26(2), 29-50.
- Çelik, M., Limmili, G. ve Güldal, A. D. (2019). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4),163-172. Doi: 10.15511/tjtfp.19.00463.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi* (2.Baskı). Ankara: Siyasal.
- Çoban, H. (2019). Health Economics and Reasons for Government Intervention in Health Care. *Biltürk Journal of Economics and Related Studies*, 1(1), 4-27. Erişim adresi: <https://orcid.org/0000-0001-6351-6547>
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi

- Çöğürçü, İ. (2015). Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi. Burcu Güvenek (Ed.), *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları* içinde 9-45. Konya: Çizgi.
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (2007). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up* (Part 2). WHO Regional Office for Europe.
- Davis, B. J., and McMaster, R. (2017). *Health Care Economics* (1th ed.). Oxon: Routledge.
- Demirtaş, N. (2013). Rehabilitasyon. Didem Arslantaş (Ed.), *Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı* (1. Baskı), 2903(1860) içinde 162-187. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Develay, A., Sauerborn, R., and Diesfeld, H. J. (1996, December). Utilization of health care in an African urban area: results from a household survey in Ouagadougou, Burkina-Faso. *Social Science and Medicine*, 43(11), 1611- 1619.
- Dewar, M. D. (2010). *Essentials of Health Economics* (1th ed.). Albany and Newyork: Jones& Bartlett Learning.
- Dewar, M. D. (2017). *Essentials of Health Economics* (2th ed.). Albany and Newyork: Jones& Bartlett Learning.
- Dinler, Z. (2013). *Mikro İktisat* (24.Basım). Bursa: Ekin.
- Donaldson, C., and Shackley, P. (2003). Willingness to Pay for Health Care Anthony Scott, Alan Maynard ve Robert Elliott (Ed.), *Advances in Health Economics*, s.1-25. West Sussex: Wiley.
- Dunlop, S., Coyte, P., and McIsaac, W. (2000, July). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian national population health survey. *Social Science and Medicine*, 51(1), 123-133.
- Dutta, S. (2006). *Introductory Economics (Macro and Micro) Text Book for Class 12*. New Delhi: New Age International.
- Dziuban, C. D., and Shirkey, E. C. (1974). When Is a Correlation Matrix Appropriate for Factor Analysis? Some Decision Rules. *Psychological Bulletin*, 81(6), 358-361.
- Earl-Slater, A. (1999). *Dicionary of Health Economics*. Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Ecevit, E. ve Bilgili, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Edem, M.J., Akpan, E.U., and Pepple, N.M. (2017). Medicine Impact of Workplace Environment on Health Workers. *Occupational Medicine & Health Affairs*, 5(2), 261-266. Doi: 10.4172/2329-6879.1000261
- Edlin, G. and Golanty, E. (2012). *Health and Wellness* (11th ed.). Burlington: Janes&Barlett Learning.

- Edlin, G. Golanty, E., and Brown, K.MC. (2000). *Essentials for Health and Wellness* (2th ed.). Jones and Barlett Publishers.
- Ener, M.ve Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 99-113.
- Evans, R. G. and Stoddart, G. L. (1990). Producing health, consuming health care. *Social Science & Medicine*, 31(12), 1347–1363. Doi:10.1016/0277-9536(90)90074-3
- Fabbri, D. and Monfardini, C. (2003). Public vs. Private Health Care Services Demand in Italy. *Giornale degli Economisti e Annali di Economia, Journal of Economists and Annals of Economics*, 62(1), 93-123.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., and Strahan, E. J. (1999). Evaluating the Use of Exploratory Factor Analysis in Psychological Research. *Psychological Methods*, 4(3), 272–299. Doi:10.1037/1082-989x.4.3.272
- Fabrigar, L.R., and Wegener D. T. (2012). *Exploratory Factor Analysis*. New York: Oxford Press.
- Fan, X., and Thompson, B. (2001). Confidence Intervals for Effect Sizes Confidence Intervals about Score Reliability Coefficients, Please: An EPM Guidelines Editorial. *Educational and Psychological Measurement*, 61(4), 517-531.
- Feldstein, J. P. (2007). *Health Policy Issues An Economic Perspective* (4th ed.). Washington: AUPHA Press.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistic Using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). London: Sage.
- Flegel, K. (2015). Tertiary Hospitals Must Provide General Care. *Canadian Medical Association Journal*, 187(4), 235–235. doi:10.1503/cmaj.150056
- Folland, S., Goodman, A.C., and Stano, M. (2013). *The Economics of Health and Health Care* (7th ed.). London and Newyork: Routledge.
- Fredericx, I. (1998, January). Health in rural Tanzania: the determinants of health status, health care demand and health care choice. Katholieke Universiteit Leuven Center for Economic Studies Discussion Paper Series, 98.03.
- Fuchs, V. (1972). The Growing Demand for Medical Care. Victor Fuchs (Ed.), *Essays in the Economics of Health and Medical Care*, s. 61-68. NBER Books. Erişim adresi: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:nbr:nberbk:fuch72-1>
- Fuchs, V. R. (1996). Economics, Values, and Health Care Reform. *American Economic Review*, 86 (1): 1-24.
- Fuchs, V. R. (2000). The future of health economics. *Journal of Health Economics*, 19(2), 141–157. Doi:10.1016/s0167-8

- Geitona, M., Zavras, D., and Kyriopoulos, J. (2007). Determinants of health-care utilization in Greece: implications for decision-making. *European Journal of General Practice*, 13, 144-150.
- George, D. and Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 25 Step by Step: A Simple Guide and Reference* (5th ed.). Newyork: Routledge.
- Getzen, T. E. (2013). *Health Economics and Financing* (4th ed.). Danvers: John Wiley & Sons.
- Glick, P., Razafindravonona, J., and Randretsa, I. (2000). Education and health services in Madagascar: utilization patterns and demand determinants. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper, 107.
- Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(26), 149-184.
- Green, A. (1995). *An Introduction Health Planning in Developing Countries*. Newyork: Oxford University.
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255. Doi:10.1086/259880
- Gruszin, S. Jorm, L. Churches, T. Madden, R. Thackway, S. and Madden R. (2010). *Public Health Classifications Project – Determinants of Health, Phase Two: Final Report*. North Sydney: NSW Department of Health.
- Guinness, L. and Wiseman, V. (2011). *Introduction to Health Economics*, (2th ed.). Virginia: Open University Press.
- Gupta, I., and Dasgupta, P. (2002). Demand for curative health care in rural India: choosing between private, public and no care. NCAER Working Paper Series, 82.
- Gustavsson, E. (2013). From Needs to Health Care Needs. *Health Care Analysis*, 22(1), 22–35. Doi:10.1007/s10728-013-0241-8
- Gümüş, S., (2017). *Hizmet Pazarlaması Sağlıkta Güncel Konular Araştırma İnceleme ve Deneyimler*. Ankara: Seçkin.
- Güneş, C., Ünlü, M., Büyükkör, Y., ve Üçdoruk Birecikli, Ş. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Talebinin Sayma Veri Modelleriyle İncelenmesi: İçsellik Sorunu. *Sosyoekonomi*, 24(30), 113-128.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., and Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Hanson, K., Yip, W. C., and Hsiao, W. (2004, December). The impact of quality on the demand for outpatient services in Cyprus. *Health Economics*, 13(12), 1167-1180.

- Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. Newyork: Oxford Univercity.
- Hartwig, J., and Sturm J. E. (2017). *Testing the Grossman Model of Medical Spending Determinants with Macroeconomic Panel Data*. Zurich: KOF Working Papers. Hartwig, Jochen; Sturm, Jan-Egbert
- Hasman, A., Hope, T., and Østerd, L. P. (2006). Health Care Need: Three Interpretations. *Journal of Applied Philosophy*, 23(2),145-156.
- Hayran, O. (2017). İhtiyaç Değerlendirmesi ve Analizi. Olcay Özen (Ed.) Sağlık Diplomasisi, Sağlık Politikaları Sistem Analisti Eğitimi s.259-271. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Heale, R., and Twycross, A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence Based Nursing*, 18(3), 66–67. doi:10.1136/eb-2015-102129
- Heller, P. S. (1982). A Model Of The Demand For Medical And Health Services In Peninsular Malaysia. *Social Science and Medicine*, 16(3), 267-284.
- Henderson, J.W. (2012). *Health Economics and Policy* (5th ed.). Ohio: Cengage Learning.
- Henke, K.L., Legler.B., Claus, M., and Ostwald, D.A. (2019). Germany Health Economy Reporting: A Case Review from Germany. *International Journal of Business and Social Science*,10(3),50-64. Doi:10.30845/ijbss.v10n3p5
- Henrik L. Blum, H. L., and Sully, E. K. (1969). What Is Comprehensive Planning for Health? *Excelsus Health Plan*, 6(2), 3-16.
- Henson, R. K., and Roberts, J. K. (2006). Use of Exploratory Factor Analysis in Published Research. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393–416. doi:10.1177/0013164405282485
- Hickman, P. (2002). A Systems Approach to Health Education. Rural Health İnstitute. Erişim Adresi: http://srdc.msstate.edu/trainings/presentations_archive/2002/2002_hickman.pdf
- Hopkins, S. (2006). Economic Stability and Health Status: Evidence from East Asia Before and After the 1990s Economic Crisis. *Health Policy*,75(3), 347-357. Doi:10.1016/j.healthpol.2005.04.002
- Hotchkiss, D. (1993, December). The Role Of Quality İn The Demand For Health Care Cebu, Philippines. *Small Applied Resarch Paper*, 12. Erişim Adresi: <http://www.phrplus.org/Pubs/hfssar12.pdf>
- Hotchkiss, D. R. (1998, January). The tradeoff between price and quality of services in the Philippines. *Social Science and Medicine*, 46(2), 227-242.

- Hotelling, H. (1933). Analysis of a Complex of Statistical Variables into Principal Components. *Journal of Educational Psychology*, 24(6), 417–441. doi:10.1037/h0071325
- Howard, G., Bogh, C., Goldstein, G., Morgan, J., Prüss, A., Shaw, R., and Teuton, J. (2002). *Healthy Villages A Guide for Communities and Community Health Workers*. Geneva: WHO.
- Huber, M., Knottnerus J.A., Green, L., Horst, H. Der Van, Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. Der Van, Schnabel, P., Smith, R., Van Weel C., and Smid H. (2011). How should we define health? *BMJ*, BMJ, 343, (Temmuz,26), d4163, 1-3. Doi:10.1136/bmj.d4163
- Hurley, J. (2000). An Overview of The Normative Economics of the Health Sector (Part 1., Chapter 2), Antony J. Culyer and Joseph P. Newhouse (Ed.), *Handbook of Health Economics*(1th ed.), Volume 1A, s. 55-118. Amsterdam: Elsevier.
- Isabel Izquierdo, I., Olea J., and Abad F. J. (2014). Exploratory Factor Analysis in Validation Studies: Uses and Recommendations. *Psicothema*,26(3), 395-400. Doi: 10.7334/psicothema2013.349
- İnce, Ö., Eren, T., ve Bedir, N. (2016). Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörlerin AHP Yöntemi ile Ağırlıklarının Belirlenmesi. 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.
- Jack, W. (1999). Principles of Health Economics for Developing Countries, *WBI Development Studies*. Washington: Word Bank
- Jain, T.R., and Ohri, V.K. (2020). *Introductory Microeconomics* (2th ed.). Delhi: VK Global Publications.
- Jefferson, T., Demicheli, V., and Mugford, M. (2000). *Elementary Economic Evaluation İn Health Care* (2th ed.). London: BMJ.
- Jovarauskiene, D. and Bagdonas, E. (2013). Specificity of the Health Care Market. *Socialiniai Mokslai Social Sciences*, 1(79), 23-28.
- Julius, S. (1990). The Concept of Health. *Physiotherapy*, 76(7), 423–428. Doi:10.1016/s0031-9406(10)62700-9
- Kaiser, H. F., and Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark Iv. *Educational and Psychological Measurement*, 34(1), 111–117. doi:10.1177/001316447403400115
- Kamra, V., Singh, H., and De, K. K. (2016). Factors Affecting Hospital Choice Decisions: An Exploratory Study of Healthcare Consumers in Northern India. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 11(1),76-84.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal.

- Kawachi I., and Berkman L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. Berkman L, Kawachi I, Ed. *Social epidemiology*, s.174-190. New York: Oxford University Press.
- Kermani, M. S., Ghaderi, H., and Yousefi, A. (2008). Demand for medical care in the urban areas of Iran: an empirical investigation. *Health Economics*, 17(7), 849–862. doi:10.1002/hec.1308
- Kernick, D. P. (2003). Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgrad Med*, 79, 147–150.
- Kıraç, R. (2019). Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma. (Yayınlanmış Doktora Tezi).
- Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, 1429(767). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Kısa, A. (2015). *Sağlık Ekonomisine Giriş. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Master Programları Ders Notları*. Ankara.
- Kimberlin, C. L., and Winterstein, A. G. (2008). Validity and Reliability of Measurement Instruments Used in Research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276–2284. Doi:10.2146/ajhp070364
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*(3th ed.).New York: The Guilford Press.
- Knickman, J. R. and Kovner, A.R. (2015). The Challenge of Health Care and Health Policy. James R. Knickman Anthony R. Kovner (Ed.). *Jonas & Kovner's Health Care Delivery in the United States* (11. Baskı), s. 1-13. Newyork: Springer.
- Kobelt, G. (2013). *Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation* (3th ed.). UK: Office of Health Economics Research.
- Krejcie, R., and Morgan, D. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607–610.
- Kulu-Glasgow, I., Delnoij, D., and Bakker, D. (1998). Self-referral in a Gatekeeping System: Patients' Reasons for Skipping the General-Practitioner. *Health Policy*, 45(3), 221-38.
- Kundzewicz, W. Z. (2008). Hazards, Technological. Wilhelm Kirch (Ed.) *Encyclopedia of Public Health*, s.512-516. Newyork: Springer.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hasta Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri.
- Lalonde, M. (1974). *A New perspective on the Health of Canadians*. A Working Document. Ottawa: Government of Canada.
- Lange, M. G., and Wodon, Q. (2018). Estimating the Wealth of Nations. Glenn-Marie Lange, Quentin Wodon ve Kevin Carey (Ed.). *The Changing Wealth of Nations 2018: Building a Sustainable Future*, s. 25-42. Washington: The World Bank.

- Larson, J. L. (1991). *The Measurement of Health Concept of Indicators*. Newyork: Greenwood Press.
- Lee, R. H. (2009). *Economics for Healthcare Managers* (2th ed.). United States of America: American College of Healthcare Executives.
- Li, M. (1996). The demand for medical care evidence from urban areas in Bolivia. *LSMS Working Paper*, 123.
- Lindgren, B. (2003). Individual Behaviour and Public Policy (2. Chapter). H.Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith (Ed.), *Learning to Live with Health Economics*, s.57-70. . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Liss, P. E. (1993). *Health Care Need: Meaning and Measuring*. Vermont: Avebury Asghgate Health Administration Press.
- Liu, S., and Chollet, D. (2006). *Price and Income Elasticity of the Demand for Health Insurance and Health Care Services: A Critical Review of the Literature Final Report* (Referans No: 6203-042). Washington: Mathematica Policy Research.
- Loehlin, J. C. (2004). *Latent Variable Models An Introduction to Factor, Path, and Structural Equation Analysis* (4th ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Luigi, D., Iuliana, C., Alma, P., and Bilan Y. (2014). Directly Estimating the Private Healthcare Services Demand in Romania. *Journal of International Studies*,7(3), s. 55-69. DOI: 10.14254/2071-8330.2014/7-3/5
- Lyng, S. (1980). *Holistic Health and Biomedical Medicine: A Countersystem Analysis*. Albany: State University of Newyork Press.
- Mariko, M. (2003, March). Quality of care and the demand for health ser-vices in Bamako, Mali: The specific roles of structural, process and outcome components. *Social Science and Medicine*, 56(6), 1183-1196.
- Maslow, A. H. (1943). Preface to Motivation Theory. *Psychosomatic Medicine*, 5, 85–92. <https://doi.org/10.1097/00006842-194301000-00012>
- Matsunaga. M. (2010). How to Factor-Analyze Your Data Right: Do's, Don'ts, and How-To's. *International Journal of Pechological Research*, 3 (1), 97-110.
- Maynard, A and Kanavos, P. (2000). “Health Economics: An Evolving Paradigm, *Health Economics* 9, 183–90.
- McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. (2005). *The Economics Of Health Care: An Introductory Text*. London and New York: Taylor & Francis.
- McMurray, A., and Clendon, J. (2015). *Community Health and Wellness: Primary Health Care in Practice* (5th ed.). Australia: Elviser.

- Mcpake, B., Normand, C., Smith, S., and Nolan, A. (2020). *Health Economics An International Percpective* (4th ed.). Oxon: Routledge Taylor and Francis.
- Meclis Araştırma Komisyonu Raporu. (2013). *Sağlık alışanlarına Yönelik Artan Őiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Raporu (Sıra Sayısı:454)*. Ankara: TBMM.
- Merenda, P. F. (1997). A Guide to The Proper Use of Factor Analysis in the Conduct and Reporting of Research: Pitfalls to Avoid. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 30,156-164.
- Meyer, D. J. (2016). *The Economics of Health*. Michigan: WE Upjohn Institute.
- Millennium Ecosystem Assessment. (2003). *Ecosystems and Human Well-Being: A Framework for Assessment*. Washington: Island Press.
- Mills, A., and Gilson, L. (1988). *Health Economics for Developing Countries : A Survival Kit*. Erişim Adresi: http://cphs.huph.edu.vn/uploads/tainguyen/sachvabaocao/First_Modiriat2.pdf
- Mocan, H. N., Tekin, E., and Zax, J. S. (2004, February). The demand for medical care in urban China. *World Development*, 32(2), 289-304. Doi:10.1016/j.worlddev.2003.07.006
- Mooney, G. (2003). *Economics, Medicine and Health Care* (3th ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Moore, M., Gould, P., and Keary, B. S. (2003). Global urbanization and impact on health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 206(4-5), 269–278. Doi:10.1078/1438-4639-00223
- Morgan, M. (1987). The Doctor Patient Relationship. Patrick D. L. ve Scambler, G. (Ed.). *Sociology as Applied to Medicine*. London: Bailliere Tindall.
- Morris, S., Devlin, N., Parkin, D., and Spencer, A. (2012). *Economics Analysis In Health Care* (2th ed.). West Sussex: John Wiley& Sons.
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Fiz Perez, J., and Arcangeli, G. (2016). The Correlation Between Stress and Economic Crisis: a Systematic Review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*,12, 983-993. doi:10.2147/ndt.s98525
- Muriithi, M. K. (2013, March). The determinants of health-seeking behavi–or in a Nairobi Slum, Kenya. *European Scientific Journal*, 9(8), 151-164.
- Musgrove, P. (2004). *Health Economics in Development: Health, nutrition, and Population Series*. Washington: The World Bank.
- Mushkin, S. J. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports* 73(9),785-793.

- Mushkin, S. J. (1962). Health as an Investment. *Journal of Political Economy*, 70(5), 2, 129–157. Doi:10.1086/258730
- Mutlu, A. ve Işık, A. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş* (3. Baskı). Bursa:Ekin.
- Mühlbacher, A. C. (2008). Health Determinants, Economic. Wilhelm Kirch (Ed.) *Encyclopedia of Public Health*, s.546-551. New York: Springer.
- Mwabu, G. (2008). The Demand for Health Care. *International Encyclopedia of Public Health*, 84–89. Doi:10.1016/b978-012373960-5.00164-7
- Naidoo, J. ve Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion* (4th ed.). Elsevier.
- Nair, K. S. (2019). Role of Health Economics Research in Implementing Saudi Arabia's Health Sector Transformation Strategy Under Vision-2030. *Journal of Economics and Sustainable Development*, 10(18), 92-99. DOI:10.7176/JESD
- Naldöken, Ü., Biçer, E.B., ve Tosun, N. (2018). Sağlık Politikalarında İhtiyaç ve Talep. Dilaver Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık Politikası* (1.Baskı), s.125-136. Ankara: Nobel.
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Zafer Smith, S., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Volkmann, A. M., Walker, T., Watson, J., CWilliams, A.C., Willott, C., Wilson, J.,and Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607–1639. Doi:10.1016/s0140-6736(14)61603-2
- Nayihouba, A. and Wodon, Q. (2018). Gains in Human Capital Wealth: What Growth Models Tell Us. Glenn-Marie Lange, Quentin Wodon ve Kevin Carey (Ed.). *The Changing Wealth of Nations 2018: Building a Sustainable Future*, s. 135-150. Washington: The World Bank.
- Nefiodow L., and Nefiodow S. (2014) The Sixth Kondratieff The Growth Engine of The 21st Century. Leonid E. Girinin, Tessaleno C. Devezas and Andrey V. Korotayev (Ed.), *Kondratieff Waves: Juglar – Kuznets – Kondratieff* (326–353). Volgograd: Uchitel.
- Nefiodow, L. A. (2016). The Sixth Kondratieff – The New Long Wave of the Global Economy Bronze Medal. Leonid E. Girinin, Tessaleno C. Devezas and Andrey V.Korotayev (Ed.) *Kondratieff Waves: Cycles, Crises, and Forecasts* (s.203–209). Volgograd: Uchitel.
- Niraula, B. B. (1994, October). Use of health services in hill villages in Central Nepal, *Health Transition Review*, 4(2), 151-166.
- Normand, C. (1991). Economics, Health and Economics of Health. *BMJ Clinical Research*, 6817(303),1572-1577. DOI: 10.1136 / bmj.303.6817.1572
- Nunnally, J. C., and Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3th ed.). USA: McGraw-Hill.

- O'Boyle, E. J. (1993). On Need, Wants, Resources and Limits. *International Journal of Social Economics*, 20(12), 13–26. doi:10.1108/03068299310145595
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD Publishing: Paris Erişim adresi: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Olsen, J. A. (2009). *Principles in Health Economics and Policy* (1th ed.). United States: Oxford University Press.
- Olsen, J. A. (2017). *Principles in Health Economics and Policy* (2th ed.). United States: Oxford University Press.
- Osborne, J. W., and Banjanovic, E.S. (2016). *Exploratory Factor Analysis with SAS*. Cary: SAS Institute Inc.
- Özdemir, A. ve Salihoğlu, M. (2019). Ekonomik ve Politik Faktörlerin İnsani Gelişmişlik Üzerindeki Etkileri. *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar*, 5(3), 21-35.
- Özkoç, H. (2013). Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi ve Nested Logit Model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 267-280.
- Öztek, Z. (2018). *Temel Sağlık Hizmetleri 1978 – 2018* (Yayın No: 2018-3). Trakya: Hasuder.
- Öztürk Yaprak, Z., ve Ecevit, E. (2019). Sağlık Hizmetleri Talebinin Nested Multinomial Logit Model İle Analizi: Kayseri İlinde Bir Uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(2), 273-285. Sage.
- Pavel, M. S., Chakrabarty, S., and Gow, J. (2015). Assessing Willingness to Pay for Health Care Quality Improvements. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-10. doi:10.1186/s12913-015-0678-6
- Penner, S. J. (2004). *Introduction to Health Care Economics & Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Applications*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Peterson, R. A. (2000). A Meta-Analysis of Variance Accounted for and Factor Loadings in Exploratory Factor Analysis. *Marketing Letters*, 11(3), 261-275. DOI:10.1023/A:1008191211004
- Phelps, C. E. (1995). Perspectives in Health Economics. *Health Economics* 4 (5), 335-353. Doi:10.1002/hec.4730040501
- Phelps, C. E. (2016). *Health Economics* (5th ed.). New York: Roudledge.
- Phelps, C. E. (2018). *Health Economics* (6th ed.). New York: Roudledge.
- Phillips, C. J. (2005). *Health Economics: An Introduction For Health Professionals*. Massachusetts, Oxford and Carlton: Blackwell Publishing BMJ Books.

- Pituch, K. A., and Stevens, J. P. (2016). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (6th ed). Newyork: Routledge.
- Preker, A. (2018). *Financing Universal Access To Healthcare: A Comparative Review Of Landmark Legislative Health Reforms In The OECD*. New Jersey: World Scientific.
- Public Health Association of Australia, (2018, 11 May18). *What are the Determinants of Health?* Erişim Adresi: <https://www.phaa.net.au/documents/item/2756>
- Qian, D., Pong, R. W., Yin, A., Nagarajan, K. V., and Meng, Q. (2009, September). Determinants of health care demand in poor, rural China: the case of Gansu Province. *Health Policy and Planning*, 24(5), 324-334
- Ranis, G., and Stewart, F. (2005). *Dynamic Links between the Economy and Human Development*. Newyork: Desa.
- Raphael, D. (2009). Social Determinants of Health: An Overview of Key Issues and Themes. Dennis Raphael (Ed.) *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives* (2th ed.), 1-20. Toronto: Canadian Press.
- Rebelo, L. P. (2007). The origins and the evolution of health economics: a discipline by itself led by economists, practitioners or politics? *Universidade Catolica Portuguesa, Faculty of Economics, Working Papers* 16, 1-23.
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and Gender Differences in Health. *EMBO Reports*, 13(7), 596–603. doi:10.1038/embor.2012.87
- Rice, T. and Unruh, L. (2009). *The Economics of Health Reconsidered* (3th ed.). Chicago: Health Administration Press.
- Ringel, J. S., Hosek, S. D., Vollaard, B. A., and Mahnovski, S. (2002). *The Elasticity of Demand for Health Care A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*. Arlington: Rand Publishing.
- Rivers, T. J. (2008). Technology's Role in the Confusion of Needs and Wants. *Technology in Society*, 30(1), 104–109. Doi:10.1016/j.techsoc.2007.10.001
- Robinson J., and Elkan R. (1996). *Health Need Assesment: Theory and Practice*. Newyork: Livingstone.
- Romano, J. (1950). Basic Orientation and Education of The Medical Student. *The Jornal of American Medical Association* ,143, 409-412.
- Rout, H. S. and Nayak, N. C. H. (2007). New Century Publications Himanshu Sekhar Rout and Prasant Kumar Panda (Ed.), *Health Economics in India*, s.13-29. New Delhi.
- Rummel, R. J. (1970). *Applied Factor Analysis (1th ed.)*. Evanston: Northwestern University Press.

- Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. *Toplum ve Hekim Dergisi*,10 (68), 38-44.
- Sandalcı ve Tuncer (2019). Obezite Vergisinin Kabul Edilebilirliğine İlişkin Yapısal Eşitlik Modeli Analizi. *Sayıştay Dergisi*,113,71-102.
- Santerre, R. E. and Neun, S. P., (2013). *Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies* (6th ed.). Ohio: South- Western.
- Saraçoğlu, S., ve Öztürk, F. (2016) Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *İş ve Hayat Dergisi*, 293-342.
- Sargutan, E. A. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi*, 8(3),401-428.
- Sarma, S. (2009). Demand for Outpatient Healthcare. *Applied Health Economics and Health Policy*, 7(4), 265–277. doi:10.1007/bf03256160
- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and The Birth of Health Economics. *Bulletin of The World Health Organization*, 82(2), 139-140.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., and Müller, H. (2003). Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. *Methods of Psychological Research*, 8(2),23-74.
- Schumacker, R. E., and Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modelling* (2th ed.) New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Scott, G. (2016). *Health Economics for Health Professionals* (1th ed.). New Zealand: Massey University.
- Scriven, A. (2017). *Promoting Health: A Practical Guide* (7th ed.). Elsevier.
- Sekaran, U. (2003). *Research methods for business: A skill building approaches* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons Inc.
- Shi, L., and Singh, D. A. (2008). *Delivering Health Care in America* (4th ed.). Jones and Bartlett.
- Shiell, A., Donaldson, C., Mitton, C. and Currie, G. (2002). Health Economic Evaluation. *J Epidemiol Community Health*, 56, 85–88.
- Sloan F. A., and Hsieh C. R. (2012). *Health Economics* (1th ed.). Cambridge and London: MIT Press.
- Sloan, F.A. and Hsieh, C. R. (2016). *Health Economics* (2th ed.). Cambridge and London: MIT Press.

- Smith, P. C. and Witter, S. N. (2005). Risk Pooling and Purchasing. Alexander S. Preker and John C. Langenbrunner (Ed.), *Spending Wisely Buying Health Services for the Poor*, s.153-168. Newyork:The World Bank.
- Solar, O., and Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: WHO.
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Trk Sağlık Sistemi. Mehtap Tatar (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi-I* (1.Baskı), 2631(1599) iinde 2-26. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/2734495-Sağlık-kurumlari-yonetimi-i.html>
- Szen, C. (2003). *Sağlık Yönetimi*, Ankara: Nobel.
- Stieber, J. (2006). *Preventive Health Care In Australia: The Shape of the Elephant, Reliance on Evidence, and Comparisons to U.S. Medicare*. Canberra: Commonwealth of Australia.
- Stiglitz, J. E., Fitoussi, J. P., and Durand, M. (2018). *Beyond GDP Measuring What Counts for Economic and Social Performance*. Paris: OECD Publishing.
- Stoddart, G. (2003). The İnterrelationship of Health, Health care and The Economy(2. Chapter). H.Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith (Ed.), *Learning to Live with Health Economics*, s.1-11. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Strauss, D., and Thomas, D. (1998). Health, Nutrition, and Economic Development. *Journal of Economnic Literature* 36(2), 766-817. <https://www.jstor.org/stable/2565122>
- Strombom, B. A., Buchmueller, T. C., and Feldstein, P. J. (2002). Switching Costs, Price Sensitivity and Health Plan Choice. *Journal of Health Economics*, 21(1), 89–116. Doi:10.1016/s0167-6296(01)00124-2
- Stucki, G., Rubinelli, S., and Bickenbach, J. (2018). We need an operationalisation, not a definition of health. *Disability and Rehabilitation*, 42 (3): 442-444.
- Sungur, O., 2009. Korelasyon analizi. ř. Kalaycı (Ed.), *SPSS Uygulamalı ok Değişkenli İstatistik Teknikleri*,s.116-125. Ankara: Asil.
- şantaş, F., Kurşun, A. ve Kar, A. (2016). Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 17-33.
- şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (zel Eki)*, 25 (4), 25-30.
- şenol, V., etinkaya, F., ve Balcı, E. (2010). Factors associated with health services utilization by the general population in the center of Kayseri, Turkey. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(2), 721-730.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Ankara. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni*. Ankara. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
- T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı. (2019). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023). Erişim adresi: <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/07/On-Birinci-Kalkinma-Plani.pdf>
- Taherdoost, H. (2016). Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. *IJARM*, 5(3),3, 28-36.
- Taşkaya, S. ve Demirkıran, M. (2016). Enflasyon, Gelir ve Sağlık Harcaması Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,15(2),127-131.
- Tembon, A. C. (1996, January). Health care provider choice: the north west province of Cameroon. *International Journal of Health Planning and Management*, 11(1), 53-67.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (8. Baskı). Ankara: Nobel
- The National Academies, Institute of Medicine. (2003). *Who Will Keep the Public Healthy? Educating Public Health Professionals for the 21st Century*. Washington: The National Academies Press.
- Thomas, R. K. (2021). *Health Services Planning* (3th ed.). Newyork: Springer Science.
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis Understanding Concepts and Applications*. Washington: American Psychological Association
- Thuan, N. T. B., Lofgren, C., Lindholm, L., and Chuc, N. T. K. (2008). Choice of healthcare provider following reform in Vietnam. *BMC Health Services Research*, 8(162), 1-9.
- Tıraş, H. H., (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2, 125-152.
- Tinsley, Howard E.A., and Diane J. Tinsley (1987). Uses of Factor Analysis in Counseling Psychology Research, *Journal of Counseling Psychology*,34, 414-424.
- Tripathi, M., and Singal, S. K. (2019). Allocation of Weights Using factor Analysis for Development of a Novel Water Quality Index. *Ecotoxicology and Environmental Safety*, 183, 109510. doi:10.1016/j.ecoenv.2019.109510
- Tutar, F. ve Kılınç, N. (2007) Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(1), 31-54.

- TÜİK. (2020, Kasım). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019 Haber Bülteni, sayı: 33659 Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>
- Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. (2013). *Sağlık 2020: Yönetimler ve Toplum Arasında Sağlık ve Esenliğe Yönelik Eylemleri Destekleyen Avrupa Politika Çerçevesi*. Paris: WHO.
- Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*. Bursa: Ekin.
- VanLeeuwen, J. A., Waltner - Toews, D., Abernathy, T., and Smit, B. (1999). Evolving Models of Human Health Toward an Ecosystem Context. *Ecosystem Health*, 5(3), 204–219. Doi:10.1046/j.1526-0992.1999.09931.
- Velicer, W. F., and Jackson, D. N. (1990). Component Analysis Versus Common Factor Analysis: Some Further Observations. *Multivariate Behavioral Research*, 25(1), 97–114. doi:10.1207/s15327906mbr2501_12
- Velicer, W. F., Peacock, A. C., and Jackson, D. N. (1982). A Comparison Of Component And Factor Patterns: A Monte Carlo Approach. *Multivariate Behavioral Research*, 17(3), 371–388. doi:10.1207/s15327906mbr1703_5
- Wang, F., Wang, J. D., and Huang, Y. X. (2016). Health Expenditures Spent for Prevention, Economic Performance, and Social Welfare. *Health Economics Review*, 6(1), 1-10. Doi:10.1186/s13561-016-0119-1
- Ward, D., and Lasen, M. (2009). An Overview of Needs Theories Behind Consumerism. *Journal of Applied Economic Sciences*, 4(1), 137-155.
- Ware, J. E. (1987). Standards for Validating Health Measures: Definition and Content, *Journal of Chronic Diseases*, 40 (6), 473-480.
- Watkins M. W. (2021). *A Step-By-Step Guide to Exploratory Factor Analysis with R and R Studio*. New York: Routledge.
- WEF. (2013). *Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios (Ocak 2013)*. McKinsey & Company. Erişim: 12.08.2020, http://www3.weforum.org/docs/WEF_SustainableHealthSystems_Report_2013.pdf
- WHO. (1948). *Constituon*. Geneva: WHO.
- WHO. (1998). *Health21: An Introduction to The Health for All Policy Framework for The WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO. (2004). *Standarts for health promotion in hospitals*. WHO: Geneva.
- WHO. (2017). *Leading the Realization of Human Rights to Health And through Health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women*,

Children and Adolescents. Erişim Adresi:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255540/9789241512459-eng.pdf>

- WHO. (2018). *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Geneva: WHO.
- WHO. (2019). *Global Spending on Health: A World in Transition*. Switzerland: WHO.
- WHO. (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 GLOBAL MONITORING REPORT*. Geneva: WHO.
- Widaman, K. F. (1990). Bias in Pattern Loadings Represented by Common Factor Analysis and Component Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 25(1), 89–95. Doi:10.1207/s15327906mbr2501_11
- Williams, A. (1987). Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science? Alan Williams (Ed.), *Health and Economics* içinde (s.1-11). London: Palgrave Macmillan. Doi <https://doi.org/10.1007/978-1-349-18800-0>
- Wilkinson, L. (1999). Task Force on Statistical Inference, American Psychological Association, Science Directorate. Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54(8), 594–604.
- Wilkinson, R., and Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: The Solid Facts* (2th ed.). WHO Regional Office for Europe.
- Wiseman, V. (2011). Key Concepts in Health Economics. Lorna Guinness & Virginia Wiseman (Ed.), *Introduction to Health Economics* (2th ed.), s. 7-21. Newyork: McGraw-Hill.
- Wiseman, V., and Jan, S. (2011). A Simple Model of Demand. Lorna Guinness & Virginia Wiseman (Ed.), *Introduction to Health Economics* (2th ed.), s. 37-55. Newyork: McGraw-Hill.
- Wong, I. O. L., Lindner, M. J., Cowling, B. J., Lau, E. H. Y., Lo, S.V., and Leung, G. M. (2010). Measuring Moral Hazard and Adverse Selection by Propensity Scoring in The Mixed Health Care Economy of Hong Kong. *Health Policy*, 95(1), 24–35. Doi:10.1016/j.healthpol.2009.10.006
- Wood, J. M., Tataryn, D. J., and Gorsuch, R. L. (1996). Effects of Under- and Overextraction on Principal Axis Factor Analysis with Varimax Rotation. *Psychological Methods*, 1(4), 354–365. Doi:10.1037/1082-989x.1.4.354
- Wright, J., and Kyle D. (2006). Assessing Health Needs. D. Pencheon, C. Guest, D. Melzer ve J.A. Muir Gray (Ed.) *Oxford Handbook of Public Health Practice* (2th ed.) s.20-32. Newyork: Oxford University Press.
- Yaylalı, M., Kaynak, S., ve Karaca, Z. (2012, Ekim). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 12(4), 563-573.

- Yıldırım, K. (2018). Tüketici Davranışları Kuramı ve Tüketici Talebi. Kemal Yıldırım ve Meltem Erdoğan (Ed.), *Mikro İktisat*, 2632(1600), s. 28-57. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Yıldırım, T. (2012). Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı. Hasan Hüseyin Yıldırım (Ed.), *Sağlık Sigortacılığı* (1.Baskı), 2527(1498), s. 70-100. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Zöllner, H. Stoddart, G., and Selby Smith C. (2003). Economics of health (2.Chapter). H. Zöllner, G. Stoddart and C. Selby Smith (Ed.), *Learning to live with Health Economics.*, s.1-57. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Zweifel, P., Breyer, F., and Kifmann, M. (2009). *Health Economics* (2th ed.). Dordrecht, Heidelberg, London and New York: Springer.



EKLER

Ek-1: Sağlık Hizmetleri Talebi Genel Anket Formu²⁷

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans tezi için 18-65 yaş aralığında Konya Büyükşehir Belediyesi il sınırları içerisinde merkez üç ilçede yaşayan bireylerin katılımı ile online olarak yürütülmektedir. Araştırma sağlık hizmetlerine yönelik talebi etkileyen unsurları incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Sadece anket formundaki soruları ciddi ve samimi bir şekilde okuyarak sizin görüşlerinize en uygun şıkki işaretlemeniz yeterli olacaktır. Çalışmamız gönüllülük esasına geçerlidir. Düşünceleriniz paylaşmanız bizim için çok değerlidir. Paylaşan ve dolduran herkese çok teşekkür ederim.

Demografik Faktörler

1.Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz? Erkek Kadın

3.Eğitim Durumunuz?

İlköğretim ve Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu Lisansüstü

4. Konya Büyükşehir Belediyesi üç merkez ilçeden hangisinde ikamet etmektesiniz?

Karatay

Meram

Selçuklu

5.Aylık gelir durumunuz?

2500TL ve Altı 2501- 4000TL 4001-5500TL 7001- 8500TL 8501- 10.000TL

10.001TL ve Üstü

²⁷ Online anket formuna erişim; <https://forms.gle/hYfAPhRtFz7mTdGL8> adresinden sağlanabilir. Ayrıca araştırma kapsamında sağlıkla ilgili 9 soruluk hazırlanan bir boyut daha ankette yer almaktadır. Fakat ölçek dahilinde kullanılmadığı için bu formda yer verilmemiştir.

Aşağıdaki sorular hastaneye ne sıklıkla başvuru yaptığınız ile ilgilidir. Soruları kendinize en yakın gelen düşünceye göre cevaplayınız.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren özel ve kamu işyeri hekimliği, 112 acil sağlık hizmetleri, dispanser hizmeti, özel muayenehane, evde bakım hizmetleri, eczane hizmeti veya aile hekimliğine 1 yılda başvurma sıklığınız?

Çok sık Sık Orta sıklıkta Nadiren Hiç

İkinci basamak sağlık hizmeti veren devlet hastanesine ya da özel hastaneye 1 yılda başvurma sıklığınız?

Çok sık Sık Orta sıklıkta Nadiren Hiç

Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi ya da belli bir branşta ihtisaslaşmış bir hastaneye 1 yılda başvurma sıklığınız?

Çok sık Sık Orta sıklıkta Nadiren Hiç

Hastaneye 1 yılda başvurma sıklığınız?

Çok sık Sık Orta sıklıkta Nadiren Hiç

Hastaneye 6 ayda başvurma sıklığınız?

Çok sık Sık Orta sıklıkta Nadiren Hiç

Hastaneye 3 ayda başvurma sıklığınız?

Çok sık Sık Orta sıklıkta Nadiren Hiç

Hastaneye 1 ayda başvurma sıklığınız?

Çok sık Sık Orta sıklıkta Nadiren Hiç

Sağlık Hizmeti İhtiyacı

Aşağıdaki sorular sağlık hizmeti ihtiyacı ile ilgilidir. Soruları kendinize en yakın gelen düşünceye göre cevaplayınız.

1.Sağlığıma değer verdiğim için hastane ve hekim hizmetine ihtiyaç duyarım.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

2.Kendim için gerekli olan koruyucu, tedavi edici veya sağlığımlı geliştirici hizmetlere algıma ve hislerime göre karar veririm.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

3.Uzmanların sağlığımlı hakkındaki görüşleri hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğumu belirler.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

4.Hastaneye gitmek için illaki hasta olmama gerek yok sağlığımlı hakkındaki endişeler için doktordan bilgi, destek ya da tavsiye almak için sağlık hizmetine gereksinim duyabilirim.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

5.Doktor tavsiyesi ile ikinci bir doktora daha gerekli ise muayene olabilirim.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

6.Arkadaşlarımlı ve yakın çevrem bir hastane ya da doktor hakkındaki görüşleri sağlığımlı ihtiyacımlı etkiler.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

7.Gerektiğinde hastaneye, hekime ve tüm hizmet birimlerine hızlı ve kolay bir şekilde ulaşmayı isterim.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

8.Hastaneye veya doktora olan ihtiyacımlı benimle aynı durumda olan başkaları ile kıyaslarımlı.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

9. Aynı hastane içinde herkese eşit şekilde hizmet sağlandığını düşünürüm.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

Sağlık Hizmeti Niteliği

Sağlık hizmetinin hangi özelliği sizin için önemlidir? Önem verme derecenize göre 1 ile 5 arasında puanlayınız. En düşük puan 1 ve en yüksek puan 5'i temsil eder.

1. Doktorun özellikleri, tecrübesi, tutum davranışı ve güvenilir olması önemlidir.

1 2 3 4 5

2. Hastanenin çok yoğun olmaması ve bekleme süresinin az olması önemlidir.

1 2 3 4 5

3. Hastanenin tahlil, patoloji ve röntgen gibi laboratuvar veya test sonuçlarının hızlı bir şekilde çıkması önemlidir.

1 2 3 4 5

Sağlık Hizmeti Ödeme İsteği

Aşağıdaki sorular sağlık hizmetine yönelik ödeme isteğinizle ilgilidir. Kendinize en yakın gelen düşünceye göre cevaplayınız.

1. İhtiyaç duyduğum zaman sağlık hizmeti satın alabilme gücüne sahibim.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

2. Sağlık hizmeti için gerekli olan bedeli ödemeye hazırım.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

3. Bazen aile hekiminin yeterli olduğunu düşünmem ve muayene ücretine rağmen hastaneye de başvururum.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

4. Herhangi bir hastalanma durumunda sigortam sağlık hizmetini satın alabilmemi kolaylaştırır.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

5. Sigortam yanında ek masraflar çıkabileceği beni endişelendirir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

6. Birden çok hekime başvuru yapabilirim ücret önemli değil iyileştirsün yeter.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

7. Doktorun çok iyi olduğunu düşünürsem gereken ücret çok da gözüme görünmez.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

8. Muayene ücretleri sağlık hizmeti almam konusunda beni düşündürür.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum

9. Hekimin istediği tahlil, laboratuvar ve testler bana pahalıya mal olabilir.

Tamamen katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum Hiç katılmıyorum