

## **SOSYAL DEVLET ANLAYIŞINDA SAĞLIK POLİTİKALARININ ÖNEMİ VE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: YALOVA ÖRNEĞİ**

**Orhan KOÇAK\***

**Davut TİRYAKİ\*\***

### **ÖZET**

Hükümetler, İkinci Dünya Savaşı sonrasında gelişen Refah Devleti anlayışı ile ekonomik işleyişe müdahale ederek halkın refahını artırmak gayesi ile sağlık, eğitim ve gelirin yeniden dağılımı konularında politikalar oluşturmuşlardır. Bunların arasında sağlığın, toplum için hayati olduğundan dolayı önemli bir yeri vardır. Sağlık hizmetleri, toplumun tüm kesimleri tarafından ihtiyaç olduğu zaman yeterli kalite seviyesinde ulaşılabilir olmalıdır. Bu hizmetler, vatandaşların gelir durumlarına bakılmaksızın, yasal zemini hazırlayan ve refah devletine uygun olarak devlet tarafından sağlanmalıdır. Sosyal bir hukuk devleti olan Türkiye’de, sosyal devletin gereklerinden biri olan, sağlık hizmetlerinde son on yılda önemli değişiklikler yapılmıştır. Bu çalışmada birinci bölümde, refah devleti doğuşu ve gelişimi ile uygulama türleri, ikinci bölümde, sağlık politikalarının sosyal devlet anlayışındaki yeri, gelişmiş ülkelerde ve Türkiye’de sağlık politikaları araştırılmıştır. Üçüncü bölümde ise, Yalova ilinde yapılan araştırma ile toplumun farklı kesimlerinin yeniden yapılanan sağlık hizmetlerine bakışları değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Refah Devleti, Sosyal Devlet, Sağlık Politikaları, Sağlık Hizmetleri

## **THE IMPORTANCE OF HEALTH POLICIES IN THE WELFARE STATE MENTALITY AND THE EVALUATION OF CHANGING HEALTH POLICIES: A SURVEY FROM YALOVA**

### **ABSTRACT**

Governments determine their policies in health, education and redistribution of income within the framework of the welfare state which developed after World War II, so as to raise prosperity by intervening in economies. Within all these services provided by the welfare state, health services are vital for the society. Health services should be accessible for all people when they need; and also they must be effective and efficient. Basic health services must be given without regarding citizens’ incomes by the governments; They enact legal basis and implement these procedures into practice in accordance with welfare state policy. Health services, one of the requirements of social welfare state, applied efficiently by the government in the last decade in Turkey, in respect, the rule of the law by social state. In the first part of the paper, the emergence of the welfare state is studied and later its improvements and developments are analyzed. The importance of health policies in the welfare state system and its health policies are studied related to the western countries and Turkey in the second part. At the last part of the article, the survey questions were examined to understand people’s approaches on the restructured health services.

**Key Words:** Welfare State, Social State, Health Policies, Health Services

---

\* *Yalova Üniversitesi, İİBF Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Öğretim Üyesi*

\*\* *Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*

## 1. SOSYAL DEVLET

Refah devleti ya da sosyal devlet, sosyal refahın en elverişli biçimde vatandaşlara sunulması amacıyla devletin ekonomiye aktif ve kapsamlı müdahalelerde bulunmasını öngören bir devlet anlayışıdır. Bu anlayış içinde olan devletler sağlık, eğitim ve gelirin yeniden dağılımı konularında politikalarını vatandaşlarının sosyal refah içinde yaşayabilmeleri için oluşturmalıdırlar. Nitekim “Refah Devleti” kavramını ilk ortaya atan Beveridge Raporunda bireyin beşikten mezara kadar refahının sorumluluğunu devlete yüklemiştir. Eğitim ve sağlık konularının sadece piyasa ekonomisine bırakılması halkın refahına olumsuz yansımaları olduğu görülmüş ve gelirin dağılımı konusunda piyasa ekonomisinin başarısız olduğu ortaya çıkmıştır. Refah devletinin temel amacı, en geniş anlamda, piyasa ekonomisinin başarısızlıklarını ve yetersizliklerini ortadan kaldırmaktır (Aktan, 1999: 43). Bu anlamda refah devleti uygulamalarının piyasa ekonomisine bir alternatif olarak anlaşılmalıdır. Dünya’da bu anlamda hem serbest piyasa ekonomisini uygulayan hem de sosyal devletin gereği olan politikalara önem veren ülkelerin varlığı söz konusudur. Özellikle İskandinav ülkelerinden Finlandiya son yıllarda çok dikkat çekmekle birlikte, diğer gelişmiş olan Almanya, İngiltere gibi bazı ülkelerde de sosyal devlet ve serbest piyasa ekonomisine dair karma uygulamalar kendini göstermektedir.

Refah devleti kavramı sosyal politika gibi birçok şekilde tanımlanabilen bir kavramdır. Genel olarak refah devleti, “*vatandaşlarının sosyal güvenliğini sağlayan ve mevcut yapı ve koşulları geliştiren devlet*” olarak nitelendirilmektedir (Ersöz, 2007: 768). Refah devletinin temelde bir amacı vardır. Bu amaç, toplumda refah düzeyi itibarıyla farklı durumda bulunanların bu farklılıklarını gidermek amacıyla, devletin sosyal politika önlemleri almasını sağlamaktır. Yani, refah devleti, yapılan çeşitli düzenlemeler ve uygulamalarla, kötü ekonomik ve sosyal koşullar altında bulunan bireyleri korumayı amaçlamaktadır. Bu koruma, sosyal politikalar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (Özdemir, 2007: 21). Bir anlamda, gelir dağılımında ortaya çıkan adaletsizlikleri azaltmak, toplumun zayıf kesimlerinin eğitim, sağlık gibi temel hizmetlere ulaşmasını sağlamak, çalışanların ihtiyacı olan kendi kendine yardım mekanizmasını hem yasal hem de kurumsal olarak oluşturmak sosyal politikanın amaçlarındandır. Bu hizmetlerin öncelikli olarak devlet tarafından yapılması hedeflenirken, bazı ülkelerde olduğu gibi devletin yetişemediği durumlarda özel sektörden satın alma yoluyla gerçekleştirilmesi mümkün olabilmektedir.

Sosyal devlet anlayışı batıda eski Yunan ve Roma’da sınırlı halk kesimlerine uygulama örnekleri görülse de, bugün bildiğimiz anlamda refah devleti uygulamalarının ortaya çıkışına ilişkin genel kabul, İngiltere’de 1601 Yoksullara Yardım Yasası ile başladığı şeklindedir (www.canaktan.org, 2010).

Sosyal refah devleti anlayışının yaygınlaşması, Sanayi Devrimi olduktan sonra geniş halk kesimlerinin vahşi kapitalizm uygulamaları altında ezilmesi ve bundan kaynaklanan toplumsal barışın tehlikeye düşmesi sonucu alınan önlemlerle olmuştur (Koray ve Topçuoğlu, 1995: 19). Serbest piyasa ekonomisi anlayışı içinde ezilen halk karşısında gerek bazı işverenler ve gerekse politikacılar daha fazla sessiz

kalamamışlar ve sosyal barışı tehlikeye atan düzene karşısında sosyal politika uygulamaya başlamışlardır. Sosyal devlet anlayışının oluşmasına temel oluşturan sosyal politika uygulamaları İkinci Dünya Savaşı'na kadar geçen sürede işçi-işveren arasındaki çıkar çatışmalarını, çelişkileri ve dengesizlikleri gidermek, sınıflar arasında uyum sağlamak amacını gütmüştür (Yalçıntaş ve Tuna, 1999: 28).

1929 ekonomik buhranın neticesinde ortaya çıkan Keynesyen politikalar ile hem özel sektör hem de kamuda ki yatırımlar sayesinde ekonomik ve sosyal gelişme ortamı sağlanmaya başlanmıştır. Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında uygulanan sosyal politikalar neticesinde Refah Devleti uygulamaları tüm dünyada kendini göstermiş ve "Altın Dönem" olarak nitelenen çağın yaşanmasına yol açmıştır. Refah Devletlerinin tam istihdam hedefine yaklaştıkları, sosyal güvenlikte ileri uygulamalara geldikleri bu dönemde ülkelerin sosyal harcamaları da bütçe içerisinde paralel olarak çok yükselmiştir. Ekonomik olarak gelişmenin ve istihdam amaçlarına ulaşmanın verdiği rahatlıkla devletler başta eğitim, sağlık ve çalışma koşulları olmak üzere birçok alanda adımlar atmışlardır. 1970'li yıllara kadar süren bu durum, petrol krizi ile sosyal devlet uygulamalarından verilen tavizlere yerini bırakmıştır.

1970'lerin ortalarında yaşanan ekonomik kriz ile birlikte devletin müdahaleci uygulamalarından liberalizme doğru bir kayma başlamıştır. Başta Friedmen olmak üzere birçok ekonomist ekonomik krizin refah devleti uygulamalarının neden olduğunu ortaya atmışlardır (Beşkaya, 2004, 220; Alp, 2009: 269). İngiltere'de Thatcher'ın, ABD'de ise Reagan'ın iktidara gelmesi ile neo-liberal politikalar hızlı bir biçimde uygulamaya sokulmuştur (Peck ve Tickell, 2002: 380).

Refah devleti hizmetlerindeki değişimler zamanla, doğrudan kamusal tedarikten geri çekilme, piyasa ilişkilerinin yaygınlaştırılması, bazı hizmetler için yarı-özerk yapılarının geliştirilmesi, örgütlenmede post-bürokratik biçimlere geçilmiştir. Ayrıca, refah devletinin parçalanması; tüketimci bir mantık ve/veya toplumsal hareketlerin etkisiyle evrenselci standart bir sosyal tedarikten uzaklaşma eğilimi ve taşeronlaşma görülmüştür (Özkazanç, 2000: 12).

## **2. SOSYAL DEVLET ANLAYIŞINDA SAĞLIĞIN ÖNEMİ**

Sağlık hizmetleri sosyal devletin en önemli temel taşlarından bir tanesidir (Castells, 2002: 92). Bir insanın insan onuruna yaraşır bir hayat düzeyi sürmesi için gerekli bir koşul insanın hastalandığı zaman tedavi edilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası, sağlığı, yalnızca hastalık ya da sakatlıkların olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası, 2010). Sosyal devletin amacı, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşmaktır. Nitekim aynı anayasanın bir maddesi de "Hükümetler, kendi halklarının sağlığı yönünden sorumludurlar, bunu ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemler almak koşuluyla gerçekleştirirler" şeklindedir. Ayrıca, günümüzde küreselleşme sayesinde ülkelerin ideolojik farklılıkları sağlık hizmetlerine yansımamış ve genelde benzer politikaları planlamışlardır (Gauld, 2009:125).

Birleşmiş Milletler Nüfus Departmanına göre, 1950–2005 arasında 60 yaş ve üstü nüfus 3 katına çıkarak 700 milyona ulaşmıştır. 2050 bu rakamın 2 milyar olması beklenmektedir (UN, 2007). Yaşlılık hem demografik, ekonomik, sosyal açıdan hem de sağlık açısından hükümetlerin geleceği planlamada dikkate alınması gereken önemli faktörlerden birisidir. Gerek Amerika’da gerek ise Avrupa’da II. Dünya Savaşı sonrası teşvikler neticesinde doğan ve bugünkü yaşlı nüfusu oluşturan (babyboomers) kesimin sağlık sorunları, bu ülkelerin dikkate değer gördüğü ve sağlık yatırımlarını yaparken hesaba kattığı bir konudur (Leone, 2010: 4). Bu anlamda sağlık harcamaları ülkelerin gündemine gerek zorunluluk gerekse sosyal devlet gereği gelmektedir.

Refah devleti döneminde kapitalist devletler, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında ağırlıklı olarak rol oynamaya başlamışlardır. Bu dönemde, merkez kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemleri kapsayıcı tip sağlık sistemlerine dönüşmüştür (ABD hariç) (Sevim, 2006: 56). Bu durum, refah devletinin düzenleyici ve iktisadi yaşam içindeki aktif rol alışının sağlık alanına da birebir yansımalarını göstermektedir. Sağlık sorunları ve politikaları sosyal devlet anlayışı içinde halkın ve devletin en önemli meselelerinden biridir. Sosyal devletin, vatandaşlarının refah seviyelerini artırmak amacı ile geliri adil dağıtmada kullandığı araçların arasında önemli bir yer tutan sağlık hizmetleri, halk tarafından ihtiyaç duyulduğu anda ucuz ve kolayca ulaşılabilir olması yönüyle sosyal devlet amacına hizmet edebilecektir.

1970’lerde refah devleti ekonomideki sorunlarla birlikte mali sıkıntılar ile karşılaşmaya başlayınca, sağlık hizmetleri de olumsuz etkilenmiştir (Gökburun, 2008: 161; Giaimo, 2001: 334). Bu süreç sağlık hizmetlerinin kısmen özelleşmesini ya da kamu tarafından satın alınmasını gündeme getirmiştir. Refah devleti anlayışının temelini oluşturan müdahaleci devlet, sağlık hizmetlerinin halka sunulmasına da müdahale ederek eşitliği sağlaması gerekmektedir. Aksi takdirde insanların en temel gereksinimi olan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın bedeli, piyasa şartları içerisinde belirlenecektir ve bireylerin aldığı hizmetin kalitesi gelirleri ile doğru orantılı bir şekilde olacak veya ihtiyaç duyduğu hizmeti alma gücüne sahip olamayacaktır (Koçak, 2009: 4).

### **3. GELİŞMİŞ ÜLKELERDE SAĞLIK POLİTİKALARI**

Sağlık politikaları tarihsel, kültürel, ekonomik, coğrafi ve siyasi farklılıklardan dolayı ülkeden ülkeye değişiklik gösterir. Dünyada öne çıkan sağlıkla ilgili politikalar uygulamada, refah devleti türleri ile paralellik gösterirler. İskandinav modeli, Amerika modeli ve Kıta Avrupa’sı modeli olarak ayrılabilir.

#### **3.1. İskandinav Modeli Sağlık Politikaları**

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde İskandinav ülkelerine baktığımızda, devletler, yaygın bir sigorta sistemiyle tüm yurttaşlarına yüksek bir yaşam standardı sağlayacak şekilde güvence oluşturmuşlardır (Şaylan; 2003: 116). Refah devleti anlayışını en iyi uygulayan İskandinav devletlerinde toplum refahının artırılması için

genel sağlık seviyesinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşmada halk arasında eşitliğin sağlanması yönünde politikalar oluşturulmuştur.

Genel olarak İskandinav ülkeleri arasında tek bir sağlık politikasından bahsetmek mümkün değildir. Ülkeler arası farklı uygulamalar vardır. Danimarka liberal politikalar uygularken, Norveç sosyal liberal politikalar uygulamış, İsveç ise sosyal demokrat politikalara dayanmıştır (Koçak, 2009: 5).

### **3.2. Amerika Modeli Sağlık Politikaları**

Liberal refah devleti anlayışının önde gelen modeli olan Amerika modelinde bireyler piyasa aktörlerini oluştururlar ve vatandaşlar kendi refahlarını piyasada aramaları için teşvik edilirler. Devlet son çare olarak başvurulacak bir merci görevi üstlendiğinden, yalnızca en kötü durumda olanlara gelir araştırması yaparak gelir transferi yapılmakta ve sosyal sigorta yararları oldukça mütevazı bulunmaktadır.

Amerika bu yıl çıkan “Sağlık Reformu Yasası” ile sağlık alanında daha önce uyguladığı liberal sistemden biraz uzaklaşmıştır. Bireylerin sağlık harcamalarına devletin katkısı yeni yasa ile yıllara göre artışlar getirmiştir. İlaç harcamalarındaki bireylerin payı 2012 yılından sonra 2020’ye kadar kademeli olarak %50’den %25’e düşürülürken devletin katkısı hiç yok iken 2020’de % 25’e çıkarılacaktır (Healthreform, 2010).

Ayrıca ABD Temsilciler Meclisinde 21 Mart 2010’da kabul edilen ancak bir üst meclis olan Senato tarafından da onaylanması gereken sağlık reformlarının sağlık maliyetlerinin uzun vadeli artışını sınırlamak, ailelerin üzerindeki sağlık maliyetlerini azaltmak gibi hedefleri vardır (Yıldırım, 2010: 1).

İlgilere’de ise 1948 yılından beri olan ulusal sağlık sisteminin (NHS) hantallaşması ve devlet bütçesinde her yıl yaşanan nüfus ile birlikte artan oranlarda yer alması sistemin sorgulanmasını sağlamıştır. Kısmi özelleştirme ya da sistemi daha basitleştirerek aradaki gereksiz süreçleri ve maliyetleri azaltmayı hedeflemektedirler (Lyon, 2010)

### **3.3. Alman Modeli Sağlık Politikaları**

Almanya, Bismark’ın 1890’larda oluşturduğu sisteme uygun olarak muhafazakâr refah modeli içinde yer alır. Bu modelde sosyal sigorta sistemi çalışma şartına bağlanmıştır. Sosyal sigorta sisteminin finansmanı çalışanların ve işverenin eşit miktarlarda yaptığı katkılarla sağlanır. Sağlık alanında Almanya’nın standartları (kişi başına düşen doktor ve hemşire sayısı) OECD’nin üzerinde ve 2004-2007 arasında yapılan reformlarla özel sektörü öne çıkararak hizmet alanlar için alternatifler artırılmıştır (Lisac ve Diğ., 2010: 32). Sağlık hizmetlerinde, mesleki ya da statü gruplarına göre sigorta fonları (hastalık fonları), organize olmuş sağlıkçıların var olduğu kurumlar, işveren birlikleri ve sosyal sigorta kurumlarının yönetimlerine katılan işçi sendikaları önemli aktörlerdendir. (Koçak, 2009: 6)

## **4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI**

Türkiye’de sağlık politikalarında, 1961 Anayasa’sı ile birlikte günümüze kadar gelen sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. 1982 Anayasası da 1961 Anayasası’na paralel düzenlemeler içermektedir. Anayasa’nın 60. maddesi herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir.

Türkiye’de sağlık politikaları son on yılda değişimler yaşamıştır. Sağlık reformu çalışmaları 1990’lı yılların başında, dünyadaki genel süreçle bağlantılı ve paralel biçimde, Sağlık Projesi çerçevesinde, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün finansal, ideolojik, teknik katkıları ve belirleyiciliğinde başlatılmıştır (Orhan, 2006: 124). Bilgi ve iletişim teknolojilerine yatırım yapılmış ve kırsal alana ulaşabilme, ortak veritabanı kullanma, kurumlar arası entegrasyon ve bilgi akışının hızlı ve güvenilirliği gibi imkanlar sayesinde sağlık hizmetleri hem hizmet alan hem de veren tarafında düzenlenmiştir (OECD, Health Policy Report, 2010: 41). Son yıllarda önceki dönemlere kıyasla sağlık harcamalarında artışlar dikkat çekmektedir. 2000–2008 arasında sağlık harcamalarında kişi başı oran yıllık ortalama % 6,5 artarken, kişi başı milli gelir % 3,5 artmıştır. OECD ortalaması ise sırasıyla % 4,2 ve % 2,2 gerçekleşmiştir. 2008 yılı itibarıyla, OECD’de sağlık harcamalarının milli gelire oranı % 9 iken, Türkiye’de bu oran % 6 olmuştur (OECD, 2010).

2003 yılında başlayan ve 2013 yılına kadar sürmesi öngörülen dönüşüm projesi Türk sağlık sektörünün uzun zamandan beri var olan sorunlarını ele almak için tasarlanmıştır, bu sorunlar (OECD, 2008):

**i) Diğer OECD ve orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları**

**ii) Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler**

**iii) Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı**

**iv) Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir.**

Bu kapsamda şimdiye kadar yapılan değişiklikler şunlardır:

**a. SSK, Bağkur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart tek bir şemsiye altında birleştirilmiştir.**

**b. 2005’de SSK’lılara tüm Devlet hastaneleri ve eczanelere erişim hakkı sağlanmıştır.**

**c. 2006’da SGK’ da ilaç harcaması takip sisteminin kurulmuştur.**

**d. 2007’de alınan yasal tedbirler ile her Türk vatandaşının, sosyal güvenlik sistemi bünyesinde yer alması da, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimleri sağlanmıştır.**

Aile hekimliği pilot uygulaması kanunu 2004 yılında TBMM’de kabul edilmiş böylece kişi başı ödemeye dayalı aile hekimliği pilot çalışmasının yapılması için gerekli yasal çerçeve oluşturulmuştur. Şu anda Türkiye’de uygulanan aile

hekimliği modeli kapsamında, birinci basamak (örneğin; SB sağlık ocakları) ve ikinci basamak (örneğin; SB hastanelerinin ayakta tedavi birimlerinde) sağlık hizmetlerinde çalışan maaşlı pratisyen hekimlere kamudaki işlerinden izin alma ve bağımsız, kişi başı ödemeye dayalı bir aile hekimi olarak çalışma seçeneği tanınmaktadır. Bu doktorların kamudaki asıl işlerine istedikleri zaman dönme hakları vardır (OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, 2008: 42).

## **5. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİNİN HALK TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ: YALOVA ÖRNEĞİ**

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, son on yıl içerisinde sağlıkta dönüşüm projesi ile yapılan değişiklikler hakkında Yalova'da yaşayan halkın düşüncelerini araştırmaktır.

Son on yıl içerisinde sağlık hizmetleri uygulamalarında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Bireyin yaşamını ve dolayısıyla toplum düzenini etkileyen sağlık alanında yapılan bu değişimin getirdiği sonuçları görmek araştırmanın önemini ortaya koymaktadır.

### **5.2. Araştırmanın Kısıtlamaları**

Sağlıkta dönüşüm projesinin Yalova halkı tarafından değerlendirmelerinin araştırılması için anket uygulaması esnasında katılımcılar ile birebir görüşülemediği soruların tam olarak anlaşılmasından cevap verilmiş olma ihtimalini ortaya çıkarmaktadır.

### **5.3. Araştırmanın Modeli**

Anket sorularının oluşturulması için Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında gerçekleştirilen değişimlerin halkı yakından ilgilendiren başlıklarından faydalanılmıştır. Ayrıca halkın sağlık hizmetlerinden faydalandığı ve değerlendirebileceği konular ölçü alınmıştır. Sorular hazırlanırken basit ve halkın anlayabileceği bir dil kullanılmaya özen gösterilmiştir. Anket 28 sorudan oluşmaktadır. İlk 8 soru katılımcıların demografik özellikleri ile ilgilidir. 20 soru sağlık hizmetleri ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Sorulardan bu makalenin konusunu oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Projesi değerlendirmesi kapsamında 7 tanesi değerlendirmeye alınmıştır.

### **5.4. Araştırmanın Ölçme Aracı**

Anketler SPSS 17 programından yararlanılarak değerlendirilmiştir. Tabloların değerlendirmesinde genel sonuçların yanında çapraz tablolar oluşturulmuş, çalışma durumu, yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir durumlarına göre farklı bakış açıları incelenmiştir.

### **5.5. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Yalova ilinde yaşayanları kapsayan araştırma her kesimden insana ulaşarak değerlendirmede geniş bir yelpaze oluşturulmaya çalışılmıştır. Değerlendirilmesi istenen sağlık hizmetlerinin her şekliyle faydalananlar ile

yapılmaya dikkat edilen anket, özellikle bu hizmetlerden en son faydalananlara ulaşabilmek için çoğunlukla hastane, eczane gibi yerlerde uygulanmıştır.

Örneklem büyüklüğünün saptanabilmesi için  $n = Nt^2pq/d^2(N-1) + t^2pq$  formülünden faydalanılmıştır (Baş, 2008: 41).

Formüldeki değerler:

N: Hedef kitledeki birey sayısı, n: Örnekleme alınacak birey sayısı,

p ve q: örneklemin homojen olduğu durumlarda  $p=0.9/q=0.1$ , homojen olmadığı durumlarda  $p=0.5/q=0.5$  olarak alınır.

t: belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer,

d: olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatasıdır (Baş, 2008: 41) . Bu duruma göre %95 güven aralığında  $\pm$  %5 örnekleme hatası ile hesaplama:  $n = 98.347 \times (1.96)^2 \times 0.2 \times 0.8 / (0.05)^2 \times (98347 - 1) + (1.96)^2 \times 0.2 \times 0.8 = 245$

Bu duruma göre en az 245 kişi ile anket uygulanmalı. Güvenilirliğin artması için 400 kişi hedeflenmiş ve 403 kişi ile anket yapılmıştır.

#### 5.6. Araştırmanın Uygulandığı Zaman Aralığı

Bu çalışmada kullanılan anket 2010 yılının Şubat ve Mayıs ayları arasında Yalova il sınırları içerisinde uygulanmıştır.

#### 5.7. Bulgular

Ankete katılanların demografik özelliklerinde yaş kriteri önemlidir. Çünkü yapılan değişiklikler öncesinde sağlık hizmetlerinden faydalananlar iki durumu da karşılaştırabilirler. Tablo 1'deki veriler ankete katılanların demografik özelliklerinden yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarını yansıtmaktadır. Ankete katılanların % 58'inin 31 yaş ve üzerinde olması anketin doğru sonuçlar vermesi açısından önemlidir. Ayrıca anket sorularına cevap verenlerin % 85'inin en az lise mezunu olması da değerlendirmeleri güvenilir kılmaktadır. Cinsiyete baktığımızda soruları yanıtlayanların % 65'inin erkek, %35'inin kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 1: Ankete Katılanların Eğitim, Yaş ve Cinsiyet Durumu

Eğitim Durumu	%	Kişi	Yaş	%	Kişi	Cinsiyet	%	Kişi
İlkokul/ortaokul	14,9	60	18-30	42,2	170	Erkek	63,5	256
Lise/meslek lisesi	40	161	31-40	25,1	101	Kadın	34,2	138
Ön lisans	16,9	68	41-50	20,3	82	Cevap yok	2,2	9
Lisans	22,6	91	51 ve üzeri	11,9	48	Toplam	100	403
Yüksek lisans	4,7	19	Cevap Yok	0,5	2			
Doktora	0,2	1	Toplam	100	403			
Cevap Yok	0,7	3						
Toplam	100	403						

Ankete katılanların %45,2'si sağlık hizmetlerini devlet hastanelerinden almaktadır. %32 'si özel hastaneleri tercih ederken, birinci basamak sağlık

hizmetlerinin verildiği yer olan ve sevk zincirine uyma zorunluluğuna bağlı olarak ilk müracaat edilmesi gereken sağlık ocaklarını tercih edenlerin sayısı %19,6'dır (Tablo 2).

**Tablo 2: Sağlık hizmetlerini aşağıdakilerden en çok hangisinden karşılıyorsunuz?**

	%	KİŞİ
Devlet hastanesi	45,2	182
Sağlık ocağı	19,6	79
Özel hastane	32	129
Muayenehane	0,5	2
Poliklinik	1,7	7
Cevap yok	1	4
Toplam	100	403

### 5.7.1 Hastanelerin Tek Çatı Altında Birleştirilmesi

Refah devleti kavramının temelini oluşturan devletin vatandaşının refahı için piyasaya müdahalesinde sağlık hizmetlerinin sunumu önemli bir yer tutmaktadır. 2005 yılında yapılan değişiklikden önce SSK'lılar sadece SSK hastanelerinden faydalanabiliyor, Devlet hastanesinden faydalanamıyordu. Yapılan değişiklikle SSK'lılara devlet hastanelerinden faydalanabilme kolaylığı getirilmiştir. Bu durumun değerlendirilmesi için "Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini nasıl buluyorsunuz?" sorusu halka sorulmuştur. Tablo 3'deki sonuçlarda % 76 oranında iyi ve çok iyi cevabı alınmıştır. Halk bu değişikliği değerlendirmede % 14 oranında kararsız kalırken sadece % 10 oranında kötü ve çok kötü cevabını vermiştir.

**Tablo 3: Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?**

	Frekans	%
Çok iyi	112	27,8
İyi	191	47,4
Kararsızım	56	13,9
Kötü	32	7,9
Çok kötü	8	2
Cevap Yok	4	1
Toplam	403	100

Tablo 4 hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini değerlendirenlerin çalışma durumlarına göre incelenme sonuçlarını göstermektedir. işçi, memur, serbest çalışan/esnaf ve öğrencilerin verdikleri cevaplar incelendiğinde aralarında anlamlı bir farkın olmadığı görülür. Verilen cevaplarda hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi % 70-85 oranında çok iyi ve iyi olarak değerlendirilirken, % 3-11 oranında kötü ve çok kötü olarak değerlendirilmiştir. Bu kategorilerde cevap verenlerin % 10-17'si kararsız kalmıştır.

**Tablo 4: Çalışma Durumu - Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini ne şekilde değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>İşçi</b>	<b>Kişi</b>	63	83	27	11	5	189
	<b>%</b>	33,3	43,9	14,3	5,8	2,6	100
<b>Memur</b>	<b>Kişi</b>	25	52	13	8	1	99
	<b>%</b>	25,3	52,5	13,1	8,1	1	100
<b>Serbest çalışan/esnaf</b>	<b>Kişi</b>	10	15	3	1	0	29
	<b>%</b>	34,5	51,7	10,3	3,4	0	100
<b>Emekli</b>	<b>Kişi</b>	6	26	7	7	1	47
	<b>%</b>	12,8	55,3	14,9	14,9	2,1	100
<b>Öğrenci</b>	<b>Kişi</b>	4	8	3	2	0	17
	<b>%</b>	23,5	47,1	17,6	11,8	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	111	191	56	31	7	396
	<b>%</b>	28	48,2	14,1	7,8	1,8	100

Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi durumu az da olsa emekli kesimini daha az memnun etmiştir (Tablo 4). Ancak yine de çok iyi ve iyi cevabını verenlerin oranı bu kesimlerde % 68,1 olarak çoğunlukta kalmıştır.

**Tablo 5: Yaş kategorileri - Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini ne şekilde değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>18-30</b>	<b>Kişi</b>	50	85	24	7	2	168
	<b>%</b>	29,8	50,6	14,3	4,2	1,2	100
<b>31-40</b>	<b>Kişi</b>	23	48	17	10	3	101
	<b>%</b>	22,8	47,5	16,8	9,9	3	100
<b>41-50</b>	<b>Kişi</b>	32	32	10	6	0	80
	<b>%</b>	40	40	12,5	7,5	0	100
<b>51 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	6	25	5	9	3	48
	<b>%</b>	12,5	52,1	10,4	18,8	6,3	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	111	190	56	32	8	397
	<b>%</b>	28	47,9	14,1	8,1	2	100

Soruya cevap verenler yaş kategorilerine göre incelendiğinde (Tablo 5) gençlerin (18-30 yaş) hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesinden diğer yaş gruplarına göre daha fazla memnun olduğu görülür (iyi ve çok iyi cevabını verenlerin toplamı % 80,4). 51 yaş ve üzerinde olanların ise daha az memnun olduğu görülmektedir. Hatta 51 ve üstü yaş grubunda olanlarda hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini kötü ve çok kötü olarak değerlendirenler % 25'i bulmaktadır. Bu durum emeklilerin verdiği cevaplarla örtüşmektedir. Hastanelerin ayrı olduğu zamanları daha fazla yaşamış olan yaşlı ve emekli kesimin değerlendirmeleri bu noktada önemlidir. Çünkü her iki uygulamayı yaşamışlardır ve karşılaştırmayı daha iyi yapmaları beklenebilir. Ancak 41-50 yaş kategorisi de her iki uygulamayı

yaşamış yaş grubudur ve bu grup yapılan değişikliği %80 oranında iyi ve çok iyi olarak değerlendirmişlerdir.

**Tablo 6: Cinsiyet - Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini ne şekilde değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>ERKEK</b>	<b>Kişi</b>	81	116	37	16	5	255
	<b>%</b>	31,8	45,5	14,5	6,3	2	100
<b>KADIN</b>	<b>Kişi</b>	29	71	19	13	3	135
	<b>%</b>	21,5	52,6	14,1	9,6	2,2	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	110	187	56	29	8	390
	<b>%</b>	28,2	47,9	14,4	7,4	2,1	100

Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini değerlendirenleri cinsiyetlerine göre incelendiğinde yine bu durumun iyi olduğunu düşünenlerin oranının yüksek olduğu görülür (Tablo 6). Durumu memnuniyetle karşılayanların oranı kadınlarda ve erkeklerde birbirine yakın, (% 77, % 74), kötü ve çok kötü olarak değerlendirenlerin oranı farklı olmuştur (% 8,3, % 11,8).

Değerlendirmede önemli kategorilerden biri de eğitim durumlarına göre sorulara verilen cevapların incelenmesidir (Tablo 7). Bu kategoride en az memnun olan grup ilkökul/ortaokul mezunları olurken (% 72,5), en çok memnun olan grup lisans mezunlarıdır (% 81,3). Doktora grubunda sadece bir kişi olduğu için değerlendirmeye alınmamıştır. Yine dikkat çekici bir diğer sonuç da ilkökul/ortaokul mezunlarının soruya % 12 oranında çok kötü/kötü olarak cevap vermeleridir.

**Tablo 7: Eğitim - Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini ne şekilde değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>İlkokul/Ortaokul</b>	<b>Kişi</b>	19	23	9	5	2	58
	<b>%</b>	32,8	39,7	15,5	8,6	3,4	100
<b>Lise/Meslek lisesi</b>	<b>Kişi</b>	45	75	25	11	3	159
	<b>%</b>	28,3	47,2	15,7	6,9	1,9	100
<b>Ön Lisans</b>	<b>Kişi</b>	18	32	8	7	3	68
	<b>%</b>	26,5	47,1	11,8	10,3	4,4	100
<b>Lisans</b>	<b>Kişi</b>	25	49	10	7	0	91
	<b>%</b>	27,5	53,8	11	7,7	0	100
<b>Yüksek Lisans</b>	<b>Kişi</b>	4	10	4	1	0	19
	<b>%</b>	21,1	52,6	21,1	5,3	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	112	189	56	31	8	396
	<b>%</b>	28,3	47,7	14,1	7,8	2	100

**Tablo 8: Gelir-Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesini ne şekilde değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>0-1000</b>	<b>Kişi</b>	20	50	17	7	2	96
	<b>%</b>	20,8	52,1	17,7	7,3	2,1	100
<b>1001-1500</b>	<b>Kişi</b>	23	52	12	11	2	100
	<b>%</b>	23	52	12	11	2	100
<b>1501-2000</b>	<b>Kişi</b>	34	36	10	8	2	90
	<b>%</b>	37,8	40	11,1	8,9	2,2	100
<b>2001-2500</b>	<b>Kişi</b>	11	19	7	1	1	39
	<b>%</b>	28,2	48,7	17,9	2,6	2,6	100
<b>2501-3000</b>	<b>Kişi</b>	7	14	3	2	0	26
	<b>%</b>	26,9	53,8	11,5	7,7	0	100
<b>3001-3500</b>	<b>Kişi</b>	5	8	1	1	0	15
	<b>%</b>	33,3	53,3	6,7	6,7	0	100
<b>3501 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	10	10	3	0	0	23
	<b>%</b>	43,5	43,5	13	0	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	110	189	53	30	7	389
	<b>%</b>	28,3	48,6	13,6	7,7	1,8	100

Verilen cevapların gelir durumlarına göre değerlendirilmesi de önemlidir. Sonuçlar değerlendirildiğinde aylık gelir arttıkça memnun olma oranları da arttığı görülmektedir. Yine çok kötü/kötü cevabı verenlerin düşük gelir gruplarında daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Çalışma durumu, eğitim durumu, yaş, cinsiyet ve gelir durumları açısından değerlendirmeler karşılaştırıldığında, sonucun büyük oranda değişiklik göstermediği, yapılan değişiklikten memnun olanların oranının memnun olmayanlara kıyasla her kategoride yüksek çıktığını görmekteyiz. Gerçekten de hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi halk için büyük kolaylıklar getirmiştir. İşçi olduğu için hemen yanındaki devlet hastanesinden faydalanamayan bir vatandaş SSK hastanesine gitmek zorunda kalıyordu. Bu araştırma sonucunda da bu değişimin halk tarafında olumlu karşılandığı görülmüştür.

### 5.7.2 İlaça Ulaşma İmkanlarında Yapılan Değişiklik

2005 yılından sonra SSK eczaneleri kapanarak 1963 yılından beri süren uygulama sona erdirilmiş ve hastaların tüm eczanelerden ilaç alabilme olanağı getirilmiştir (Özkan, 2005: 6). Tablo 9'daki veriler halkın "yapılan değişiklik ile ilaca ulaşma imkanlarını nasıl buluyorsunuz?" sorusuna verdiği cevapları yansıtmaktadır. Bu verilere göre halkın %72,2'si (çok iyi ve iyi cevaplarının toplamı) bu değişikliği memnuniyetle karşılarken, yapılan değişikliği "kötü ve çok kötü" olarak değerlendirenlerin oranı %13,1, kararsızlar ise % 14,4 olmuştur. Halkın yaklaşık üçte ikisinin bu değişiklikten memnun olması başarılı bir uygulama

yapılmış olduğunu gösterir, ancak geri kalan üçte birin memnun olmama nedenleri araştırılmalıdır.

**Tablo 9: Yapılan değişiklikler ile ilaca ulaşma imkânlarını nasıl buluyorsunuz ?**

	Frekans	%
Çok iyi	93	23,1
İyi	194	48,1
Kararsızım	58	14,4
Kötü	44	10,9
Çok kötü	9	2,2
Cevap yok	5	1,2
Toplam	403	100

**Tablo 10: Çalışma Durumu- Yapılan değişiklikler ile ilaca ulaşma imkânlarını nasıl buluyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
İşçi	Kişi	47	97	24	19	1	188
	%	25	51,6	12,8	10,1	0,5	100
Memur	Kişi	17	51	15	12	5	100
	%	17	51	15	12	5	100
Serbest çalışan/esnaf	Kişi	8	14	6	1	0	29
	%	27,6	48,3	20,7	3,4	0	100
Emekli	Kişi	9	22	5	8	2	46
	%	19,6	47,8	10,9	17,4	4,3	100
Öğrenci	Kişi	4	8	3	2	0	17
	%	23,5	47,1	17,6	11,8	0	100
Toplam	Kişi	111	191	56	31	7	396
	%	28	48,2	14,1	7,8	1,8	100

İlaça ulaşmada getirilen yenilikten işçiler % 76.6 oranı ile en memnun kesim olurken, emekliler % 66 ile en az memnun olan kesim olmuşlardır (Tablo 10). Yine dikkat çekici bir değerlendirme de emekli ve memurlardan gelmiştir: yapılan yenilik emeklilerde % 21, memurlarda % 17 oranında kötü ve çok kötü olarak değerlendirilmiştir. Hernekadar bu oranlar çok iyi/iyi değerlendirmelere göre düşük de olsa diğer çalışan grupların kötü ve çok kötü yorumlarının oranları ile karşılaştırıldığında yüksektir. Emekli kesiminin yapılan değişikliklerden neden daha az memnun olduğu ayrı bir araştırma konusu olabilir.

**Tablo 11: Yaş Kategorisi - Yapılan değişiklikler ile ilaca ulaşma imkânlarını nasıl buluyorsunuz ?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
18-30	Kişi	42	80	27	18	3	170
	%	24,7	47,1	15,9	10,6	1,8	100
31-40	Kişi	20	57	13	7	2	99
	%	20,2	57,6	13,1	7,1	2	100
41-50	Kişi	21	34	12	11	2	80
	%	26,3	42,5	15	13,8	2,5	100
51 ve üzeri	Kişi	9	23	5	8	2	47
	%	19,1	48,9	10,6	17	4,3	100
Toplam	Kişi	92	194	57	44	9	396
	%	23,2	49	14,4	11,1	2,3	100

İlaca ulaşmada getirilen yeniliği 18-30 yaş grubundaki genç kesim, 51 ve üzerinde yaşı olanlara göre daha iyi karşılamışlardır (Tablo 11). Yine 51 yaş ve üzerinde olan yaşlı grubun değerlendirmelerinde % 21,3 çok kötü ve kötü sonucu dikkat çekmektedir. Önceki soruya verilen cevaplar ve emeklilerin değerlendirmeleri ile karşılaştırıldığında yapılan değişiklikler ile getirilen yeni uygulamaları iyi bulan yaşlı kesimin oranı yüksek olsa da, diğer gruplara göre daha düşük kalmıştır. Bu durum, yaşlı kesimin getirilen yeni uygulamalardan daha az memnun olduğunu göstermektedir.

Tablo 12 ilaca ulaşma imkanlarında yapılan değişikliklerin değerlendirilmesini cinsiyetlere göre incelemektedir. Tablodaki verilere göre erkek ve kadınların verdiği cevaplar birbirine yakındır ve anlamlı bir fark ortaya çıkmamaktadır. Ancak kadınların kötü ve çok kötü cevaplarının oranları küçük bir farkla daha fazladır.

**Tablo 12: Cinsiyet - Yapılan değişiklikler ile ilaca ulaşma imkânlarını nasıl buluyorsunuz ?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
ERKEK	Kişi	56	129	38	26	4	253
	%	22,1	51	15	10,3	1,6	100
KADIN	Kişi	36	63	16	18	5	138
	%	26,1	45,7	11,6	13,0	3,6	100
Toplam	Kişi	92	192	54	44	9	391
	%	23,5	49,1	13,8	11,3	2,3	100

**Tablo 13: Eğitim durumu - Yapılan değişiklikler ile ilaca ulaşma imkânlarını nasıl buluyorsunuz ?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>İlkokul/Ortaokul</b>	<b>Kişi</b>	14	29	7	9	1	60
	<b>%</b>	23,3	48,3	11,7	15	1,7	100
<b>Lise/Meslek lisesi</b>	<b>Kişi</b>	42	70	27	14	3	156
	<b>%</b>	26,9	44,9	17,3	9	1,9	100
<b>Ön Lisans</b>	<b>Kişi</b>	16	37	6	8	1	68
	<b>%</b>	23,5	54,4	8,8	11,8	1,5	100
<b>Lisans</b>	<b>Kişi</b>	17	47	13	12	2	91
	<b>%</b>	18,7	51,6	14,3	13,2	2,2	100
<b>Yüksek Lisans</b>	<b>Kişi</b>	3	10	3	1	2	19
	<b>%</b>	15,8	52,6	15,8	5,3	10,5	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	93	193	56	44	9	395
	<b>%</b>	23,5	48,9	14,2	11,1	2,3	100

Soruya cevap verenler mezuniyet durumlarına incelendiğinde, değerlendirmeler arasında büyük farkların olmadığı görülür (Tablo 13). Ancak iyi ve çok iyi değerlendirmeleri arasında en düşük oranın lisans ve yüksek lisans mezunlarının cevaplarında olduğu, kötü ve çok kötü cevabını en yüksek oranda verenlerin de ilkokul/ortaokul mezunlarının olduğu değerlendirilmeye alınabilir.

**Tablo 14: Gelir seviyesi - Yapılan değişiklikler ile ilaca ulaşma imkânlarını nasıl buluyorsunuz ?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>0-1000</b>	<b>Kişi</b>	24	40	13	17	1	95
	<b>%</b>	25,3	42,1	13,7	17,9	1,1	100
<b>1001-1500</b>	<b>Kişi</b>	19	44	18	13	7	101
	<b>%</b>	18,8	43,6	17,8	12,9	6,9	100
<b>1501-2000</b>	<b>Kişi</b>	25	49	10	6	1	91
	<b>%</b>	27,5	53,8	11	6,6	1,1	100
<b>2001-2500</b>	<b>Kişi</b>	13	17	6	2	0	38
	<b>%</b>	34,2	44,7	15,8	5,3	0	100
<b>2501-3000</b>	<b>Kişi</b>	4	16	4	1	0	25
	<b>%</b>	16	64	16	4	0	100
<b>3001-3500</b>	<b>Kişi</b>	2	8	2	3	0	15
	<b>%</b>	13,3	53,3	13,3	20	0	100
<b>3501 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	5	14	3	1	0	23
	<b>%</b>	21,7	60,9	13	4,3	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	92	188	56	43	9	388
	<b>%</b>	23,7	48,5	14,4	11,1	2,3	100

Tablo 14’de dikkat çekici sonuç gelirlerinin 3001-3500 TL arasında olduğunu beyan edenlerin verdiği cevaplarda, gelirlerinin 0-1000 TL arasında olduğunu beyan edenler ile karşılaştırıldığında memnuniyet oranlarının küçük de olsa daha düşük çıkmasıdır. Tablo 15’de görüldüğü gibi 3001-3500 TL gelir seviyesinde olanların gelirlerinin 0-1000 TL arasında olanlara göre yüksek oranda özel hastanelerden faydalıyor olması bu durumu objektif olarak değerlendirememelerine sebep olabilir.

**Tablo 15: Gelir seviyesi - Sağlık hizmetlerini aşağıdakilerden en çok hangisinden karşılıyorsunuz?**

		Devlet hastanesi	Sağlık ocağı	Özel hastane	Muayenehane	Poliklinik	Toplam
0-1000	Kişi	49	31	15	1	0	96
	%	51	32,3	15,6	1	0	100
1001-1500	Kişi	53	18	26	1	3	101
	%	52,5	17,8	25,7	1	3,0	100
1501-2000	Kişi	41	16	32	0	1	90
	%	45,6	17,8	35,6	0	1,1	100
2001-2500	Kişi	19	2	15	0	3	39
	%	48,7	5,1	38,5	0	7,7	100
2501-3000	Kişi	9	4	13	0	0	26
	%	34,6	15,4	50	0	0	100
3001-3500	Kişi	3	3	9	0	0	15
	%	20	20	60	0	0	100
3501 ve üzeri	Kişi	5	4	14	0	0	23
	%	21,7	17,4	60,9	0	0	100
Toplam	Kişi	179	78	124	2	7	390
	%	45,9	20,0	31,8	0,5	1,8	100

Daha önce SSK hastanelerinde sağlık hizmeti alanlar ilaçlarını da SSK eczanelerinde almak zorunda oldukları için bu eczanelerin önlerinde uzun kuyruklar oluşturuyorlardı. Yapılan değişiklik ile tüm bu kesim ilaçlarını tüm eczanelerden alabilmektedirler. Halk bu durumu büyük oranda iyi olarak değerlendirmiştir.

### 5.7.3. Eczanelerde Uygulanan Provizyon Sistemi

2006 yılında uygulanmaya başlanan provizyon sistemi ilaç takip sistemidir. Reçete ile ilaç almak için eczanelere başvuran hastalara ilaç verilmeden önce bu sisteme giriş yapılarak reçetede ilaçların verilmesinin birkaç kritere uygunluğunu kontrol eden bir sistemdir. Provizyon işlemlerinin biraz zaman alması, hastaların reçete ile almak istedikleri ilaçları bu sistemdeki kriterler nedeni ile alamamaları gibi sebeplerden dolayı bu sistemin ilaç alımlarında zorluklar çıkardığını düşünenlerin oranı % 47,6’dır. Kararsızlar % 22,5, bu sistemden dolayı zorluk yaşamadığını düşünenlerin oranı ise % 29,9’dur.

**Tablo 16: Eczanelerden ilaç sağlamada provizyon sisteminden dolayı zorluklar yaşıyorum**

	Frekans	%
Çok katılıyorum	39	9,7
Katılıyorum	147	36,5
Kararsızım	88	21,8
Katılmıyorum	104	25,8
Hiç katılmıyorum	13	3,2
Cevap yok	12	3
Toplam	403	100

İşçilerin % 39,1'i provizyon sisteminden dolayı zorluklar yaşadığını belirtirken, serbest çalışan/esnaf grubu % 62,1 ile enyüksek oranda yeni sistemden dolayı zorlukla karşılaştıklarını söylemişlerdir. Bu soruya verilen cevaplarda kararsızların oranlarının yüksek olmasının nedeni sorunun tam olarak anlaşılabilmesi veya provizyon sisteminin ne olduğunun bilinmemesi olarak değerlendirilebilir(Tablo 17).

**Tablo 17: Çalışma Durumu- Eczanelerden ilaç sağlamada provizyon sisteminden dolayı zorluklar yaşıyorum**

		Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Toplam
İşçi	Kişi	18	72	35	52	7	184
	%	9,8	39,1	19	28,3	3,8	100
Memur	Kişi	8	34	27	27	2	98
	%	8,2	34,7	27,6	27,6	2	100
Serbest çalışan/ esnaf	Kişi	2	16	4	6	1	29
	%	6,9	55,2	13,8	20,7	3,4	100
Emekli	Kişi	5	14	14	12	1	46
	%	10,9	30,4	30,4	26,1	2,2	100
Öğrenci	Kişi	3	9	1	3	0	16
	%	18,8	56,3	6,3	18,8	0	100
Toplam	Kişi	38	146	88	104	12	388
	%	9,8	37,6	22,7	26,8	3,1	100

**Tablo 18: Yaş Kategorisi - Eczanelerden ilaç sağlamada provizyon sisteminden dolayı zorluklar yaşıyorum**

		Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Toplam
<b>18-30</b>	<b>Kişi</b>	22	54	41	44	5	166
	<b>%</b>	13,3	32,5	24,7	26,5	3	100
<b>31-40</b>	<b>Kişi</b>	5	41	19	29	4	98
	<b>%</b>	5,1	41,8	19,4	29,6	4,1	100
<b>41-50</b>	<b>Kişi</b>	8	37	12	18	4	79
	<b>%</b>	10,1	46,8	15,2	22,8	5,1	100
<b>51 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	4	15	16	11	0	46
	<b>%</b>	8,7	32,6	34,8	23,9	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	39	147	88	102	13	389
	<b>%</b>	10	37,8	22,6	26,2	3,3	100

Yaş grupları arasında genel değerlendirme olarak provizyon sisteminden dolayı zorluklar yaşandığını belirtenlerin oranı yüksektir (Tablo 18). Yine kararsızların oranının diğer sorulara verilen cevaplar ile karşılaştırıldığında daha yüksek olması, provizyon sisteminin ne olduğunun bilinmemesinin sebep olduğu söylenebilir.

**Tablo 19: Cinsiyet - Eczanelerden ilaç sağlamada provizyon sisteminden dolayı zorluklar yaşıyorum**

		Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Toplam
<b>ERKEK</b>	<b>Kişi</b>	18	96	59	72	6	251
	<b>%</b>	7,2	38,2	23,5	28,7	2,4	100
<b>KADIN</b>	<b>Kişi</b>	20	48	29	28	7	132
	<b>%</b>	15,2	36,4	22	21,2	5,3	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	38	144	88	100	13	383
	<b>%</b>	9,9	37,6	23	26,1	3,4	100

Kadınların verdiği cevaplarda katılıyorum ve çok katılıyorum cevabı erkeklerin verdiği cevaplar ile karşılaştırıldığında daha yüksektir. Yine kararsızların oranı göreceli olarak yüksek görülebilir (Tablo 19).

**Tablo 20: Eğitim durumu - Eczanelerden ilaç sağlamada provizyon sisteminde zorluklar yaşıyorum**

		Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Toplam
<b>İlkokul/Ortaokul</b>	<b>Kişi</b>	4	19	21	13	2	59
	<b>%</b>	6,8	32,2	35,6	22	3,4	100
<b>Lise/Meslek lisesi</b>	<b>Kişi</b>	19	61	25	43	6	154
	<b>%</b>	12,3	39,6	16,2	27,9	3,9	100
<b>Ön Lisans</b>	<b>Kişi</b>	6	25	15	18	3	67
	<b>%</b>	9	37,3	22,4	26,9	4,5	100
<b>Lisans</b>	<b>Kişi</b>	10	32	21	23	2	88
	<b>%</b>	11,4	36,4	23,9	26,1	2,3	100
<b>Yüksek Lisans</b>	<b>Kişi</b>	0	8	6	5	0	19
	<b>%</b>	0	42,1	31,6	26,3	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	39	146	88	102	13	388
	<b>%</b>	10,1	37,6	22,7	26,3	3,4	100

Eğitim durumları gözönüne alındığında lisans mezunları % 47,8 ile en yüksek oranda değerlendirmeye katılıyorum/çok katılıyorum cevabı vermişlerdir. İlkokul/ortaokul mezunlarında kararsızların oranının çok olması, provizyon uygulamasının anlaşılmamış olduğu veya eczanelerdeki uygulamanın provizyon sistemi olduğunu bilmiyor olduklarını gösterebilir.

**Tablo 21: Gelir durumu - Eczanelerden ilaç sağlama sisteminde zorluklar yaşıyorum**

		Çok katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	Toplam
<b>0-1000</b>	<b>Kişi</b>	11	31	29	23	0	94
	<b>%</b>	11,7	33	30,9	24,5	0	100
<b>1001-1500</b>	<b>Kişi</b>	7	38	15	34	4	98
	<b>%</b>	7,1	38,8	15,3	34,7	4,1	100
<b>1501-2000</b>	<b>Kişi</b>	12	28	22	22	6	90
	<b>%</b>	13,3	31,1	24,4	24,4	6,7	100
<b>2001-2500</b>	<b>Kişi</b>	5	10	11	10	2	38
	<b>%</b>	13,2	26,3	28,9	26,3	5,3	100
<b>2501-3000</b>	<b>Kişi</b>	2	11	7	5	0	25
	<b>%</b>	8	44	28	20	0	100
<b>3001-3500</b>	<b>Kişi</b>	1	8	1	3	1	14
	<b>%</b>	7,1	57,1	7,1	21,4	7,1	100
<b>3501 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	1	15	2	5	0	23
	<b>%</b>	4,3	65,2	8,7	21,7	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	39	141	87	102	13	382
	<b>%</b>	10,2	36,9	22,8	26,7	3,4	100

Soruya verilen cevapları gelir durumlarına göre incelediğimizde de genel ortalamalara yakın sonuçlar çıkmaktadır. Ancak dikkat çekici bir sonuç gelir seviyesinin yüksek olduğunu beyan edenlerin (2001 TL ve üzerindeki) katılıyorum ve çok katılıyorum cevaplarının toplamı % 50'nin üzerinde olmasıdır.

Hastanelerde uzun ilaç kuyrukları ve bulunmama sıkıntısının önüne geçen uygulamaya halkın bakışında, diğer değişiklikler ile karşılaştırıldığında, memnuniyet oranlarının düşük çıktığı görülmektedir. Provizyon kelimesinin anlamının tam olarak bilinmemesi, yeni sistem ile getirilen eldeki ilacın tükenmeden alımına müsaade etmeyen sistem ve uzmanlık alanı dışında doktorların yazmış oldukları ilaçların verilmemesi nedenlerdir.

#### 5.7.4. Muayene Katkı Payı

Genel olarak bu soruya verilen cevaplar Tablo 22'de verilmiştir. % 44,9 gereksiz ve % 39,1 çok gereksiz cevapları bize gösteriyor ki halkımız kendisine sunulan sağlık hizmetlerini hiçbir ücret ödemededen almak istemektedir. % 5,6 kararsız, % 8,6 gerekli ve % 1,8 çok gerekli olduğunu düşünenlerin oranlarıdır.

Tablo 22: Eczanelerde ilaç ücreti ile birlikte alınan muayene payını nasıl değerlendiriyorsunuz?

	Frekans	%
Çok gerekli görüyorum	7	1,7
Gerekli görüyorum	34	8,4
Kararsızım	22	5,5
Gereksiz	178	44,2
Çok gereksiz	155	38,5
Cevap Yok	7	1,7
Toplam	403	100

Tablo 23: Çalışma Durumu - Eczanelerde ilaç ücreti ile alınan muayene payını nasıl değerlendiriyorsunuz?

		Çok gerekli görüyorum	Gerekli görüyorum	Kararsızım	Gereksiz	Çok gereksiz	Toplam
İşçi	Kişi	3	14	7	84	78	186
	%	1,6	7,5	3,8	45,2	41,9	100
Memur	Kişi	2	12	9	42	34	99
	%	2	12,1	9,1	42,4	34,3	100
Serbest çalışan/ esnaf	Kişi	0	2	1	10	16	29
	%	0	6,9	3,4	34,5	55,2	100
Emekli	Kişi	1	5	1	25	15	47
	%	2,1	10,6	2,1	53,2	31,9	100
Öğrenci	Kişi	1	0	3	7	6	17
	%	5,9	0	17,6	41,2	35,3	100
Toplam	Kişi	7	34	21	178	153	393
	%	1,8	8,7	5,3	45,3	38,9	100

Halkın “muayene katkı payı” adı altında eczaneler tarafından tahsil edilen ücretlerin ödenmesine genel değerlendirmede karşı olduğu sonucuna ulaşılsa da, verilen cevaplar çalışma durumlarına göre ayrıldığında memur ve öğrenci kesimlerinin küçük bir farkla uygulamanın gerekli olduğunu düşündükleri söylenebilir. Ancak uygulamayı gereksiz olarak değerlendirenlerde memur kesiminin verdiği cevaplar en düşük olmuştur, oran % 76,7. En yüksek oran % 89,7 ile serbest çalışan/esnaf kesimindedir (Tablo 23).

**Tablo 24: Yaş - Eczanelerde ilaç ücreti ile birlikte tahsil edilen muayene katkı payımı nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok gerekli görüyorum	Gerekli görüyorum	Kararsızım	Gereksiz	Çok gereksiz	Toplam
<b>18-30</b>	<b>Kişi</b>	3	13	12	71	68	167
	<b>%</b>	1,8	7,8	7,2	42,5	40,7	100
<b>31-40</b>	<b>Kişi</b>	1	8	7	37	46	99
	<b>%</b>	1	8,1	7,1	37,4	46,5	100
<b>41-50</b>	<b>Kişi</b>	2	7	3	44	25	81
	<b>%</b>	2,5	8,6	3,7	54,3	30,9	100
<b>51 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	0	6	0	25	16	47
	<b>%</b>	0	12,8	0	53,2	34	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	6	34	22	177	155	394
	<b>%</b>	1,5	8,6	5,6	44,9	39,3	100

Tablo 24 muayene katkı payı uygulamasını değerlendiren halkın yaş kategorilerine göre verdiği cevapları göstermektedir. Tablodaki veriler incelendiğinde tüm yaş gruplarında verilen cevapların arasında büyük bir farkın olmadığı görülür. Muayene katkı payı uygulaması yüksek oranlarda gereksiz görülmüştür, ancak gençlerin (18-30 yaş) cevapları yaşlılarla (51 ve üzeri) karşılaştırıldığında bu oranların düştüğü görülür. Aynı şekilde “gerekli görüyorum” cevapları karşılaştırıldığında 18-30 yaş grubunda olanların cevapları yaşı 51 ve üzerinde olanların cevaplarına göre daha düşük olmuştur.

**Tablo 25: Cinsiyet - Eczanelerde ilaç ücreti ile birlikte tahsil edilen muayene katkı payımı nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok gerekli görüyorum	Gerekli görüyorum	Kararsızım	Gereksiz	Çok gereksiz	Toplam
<b>ERKEK</b>	<b>Kişi</b>	5	24	14	115	94	252
	<b>%</b>	2	9,5	5,6	45,6	37,3	100
<b>KADIN</b>	<b>Kişi</b>	2	8	7	60	59	136
	<b>%</b>	1,5	5,9	5,1	44,1	43,4	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	7	32	21	175	153	388
	<b>%</b>	1,8	8,2	5,4	45,1	39,4	100

Cinsiyetlere göre değerlendirmelerde de katkı payımı gereksiz bulanların oranı yüksek çıkmaktadır. Kadınlar ile erkeklerin verdiği cevaplar arasında çok

küçük bir fark olmasına karşın (% 9,5 ve % 5,9) uygulamayı erkeklerin daha gerekli gördükleri söylenebilir.

**Tablo 26: Eğitim - Eczanelerde ilaç ücreti ile birlikte tahsil edilen muayene katkı payını nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok gerekli görüyorum	Gerekli görüyorum	Kararsızım	Gereksiz	Çok gereksiz	Toplam
<b>İlkokul/Ortaokul</b>	<b>Kişi</b>	2	6	0	31	21	60
	<b>%</b>	3,3	10	0	51,7	35	100
<b>Lise/Meslek lisesi</b>	<b>Kişi</b>	2	11	8	67	68	156
	<b>%</b>	1,3	7,1	5,1	42,9	43,6	100
<b>Ön Lisans</b>	<b>Kişi</b>	2	5	4	29	27	67
	<b>%</b>	3	7,5	6,0	43,3	40,3	100
<b>Lisans</b>	<b>Kişi</b>	1	10	6	42	31	90
	<b>%</b>	1,1	11,1	6,7	46,7	34,4	100
<b>Yüksek Lisans</b>	<b>Kişi</b>	0	2	2	7	8	19
	<b>%</b>	0	10,5	10,5	36,8	42,1	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	7	34	21	176	155	393
	<b>%</b>	1,8	8,7	5,3	44,8	39,4	100

Tablo 26 incelendiğinde eğitim seviyesi yükseldikçe muayene katkı payı uygulamasını gereksiz görenlerin oranının düştüğü görülür. Ancak bu düşüş % 86,7'den % 78,9'a olmuştur ve "gereksiz" değerlendirmesi yine de yüksektir.

**Tablo 27: Gelir - Eczanelerde ilaç ücreti ile tahsil edilen muayene payınının değerlendirilmesi**

		Çok gerekli görüyorum	Gerekli görüyorum	Kararsızım	Gereksiz	Çok gereksiz	Toplam
<b>0-1000</b>	<b>Kişi</b>	3	10	3	41	39	96
	<b>%</b>	3,1	10,4	3,1	42,7	40,6	100
<b>1001-1500</b>	<b>Kişi</b>	0	5	3	46	45	99
	<b>%</b>	0	5,1	3,0	46,5	45,5	100
<b>1501-2000</b>	<b>Kişi</b>	2	10	5	37	36	90
	<b>%</b>	2,2	11,1	5,6	41,1	40	100
<b>2001-2500</b>	<b>Kişi</b>	1	6	3	17	11	38
	<b>%</b>	2,6	15,8	7,9	44,7	28,9	100
<b>2501-3000</b>	<b>Kişi</b>	0	0	3	14	8	25
	<b>%</b>	0	0	12	56	32	100
<b>3001-3500</b>	<b>Kişi</b>	0	0	0	10	5	15
	<b>%</b>	0	0	0	66,7	33,3	100
<b>3501 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	1	2	2	11	7	23
	<b>%</b>	4,3	8,7	8,7	47,8	30,4	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	7	33	19	176	151	386
	<b>%</b>	1,8	8,5	4,9	45,6	39,1	100

Verilen cevaplar gelir durumlarına göre incelendiğinde anlamlı bir sonuçla karşılaşılmamaktadır. Her gelir grubunda “gereksiz” cevabı verenlerin oranları yine yüksektir. Görülüyorki yaşı, cinsiyeti, eğitimi ve gelir durumu ne olursa olsun katkı payını gereksiz ve çok gereksiz görenlerin oranı yüksektir. Halk sağlık hizmetlerini ücretsiz almak istemektedir.

### 5.7.5. Doktorların Tam Gün Çalışması

Sağlıkta dönüşüm projesinin önemli değişikliklerinden biri de doktorlara getirilen tam gün çalışma zorunluluğudur. Devlet hastanelerinde, SSK hastanelerinde ve Üniversite hastanelerinde çalışan doktorlar günün belirli saatlerinden sonra kendi muayenehanelerine gitmekte idiler. Tam gün çalışma zorunluluğunda bu durum ortadan kaldırılmıştır.

Tablo 28: Doktorların tam gün çalışmasını alacağınız hizmet açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

	Frekans	%
Çok iyi	130	32,3
İyi	169	41,9
Kararsızım	44	10,9
Kötü	51	12,7
Çok kötü	4	1
Cevap yok	5	1,2
Toplam	403	100

Tablo 29: Çalışma durumu- Doktorların tam gün çalışmasını alacağınız hizmet açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
İşçi	Kişi	72	74	17	22	2	187
	%	38,5	39,6	9,1	11,8	1,1	100
Memur	Kişi	27	48	15	9	1	100
	%	27	48	15	9	1	100
Serbest çalışan/ esnaf	Kişi	10	11	3	4	1	29
	%	34,5	37,9	10,3	13,8	3,4	100
Emekli	Kişi	9	21	7	10	0	47
	%	19,1	44,7	14,9	21,3	0	100
Öğrenci	Kişi	6	7	0	4	0	17
	%	35,3	41,2	0	23,5	0	100
Toplam	Kişi	129	169	43	50	4	395
	%	32,7	42,8	10,9	12,7	1	100

Cevap verenler çalışma durumlarına göre ayrıldığında emekliler hariç diğer grupların (işçi, memur, serbest çalışan ve esnaf) genel ortalamaya yakın cevaplar

verdikleri görülür. Doktorların tam gün çalışmasını emekliler diğer çalışan kesimlere göre karşılaştırıldığında iyi karşılamamışlardır (Tablo 29).

Yaş kategorilerinde 51 yaşın altında olanların verdiği cevaplar genel ortalamalara yakındır. 51 yaşın üstündekilerin verdiği cevaplarda “iyi/çok iyi” oranları düşük kalmıştır.

**Tablo 30: Yaş - Doktorların tam gün çalışmasını alacağınız hizmet açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>18-30</b>	<b>Kişi</b>	58	70	16	23	2	169
	<b>%</b>	34,3	41,4	9,5	13,6	1,2	100
<b>31-40</b>	<b>Kişi</b>	33	46	11	7	2	99
	<b>%</b>	33,3	46,5	11,1	7,1	2	100
<b>41-50</b>	<b>Kişi</b>	26	33	11	11	0	81
	<b>%</b>	32,1	40,7	13,6	13,6	0	100
<b>51 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	11	20	6	10	0	47
	<b>%</b>	23,4	42,6	12,8	21,3	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	128	169	44	51	4	396
	<b>%</b>	32,3	42,7	11,1	12,9	1	100

**Tablo 31: Cinsiyet - Doktorların tam gün çalışmasını alacağınız hizmet açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>ERKEK</b>	<b>Kişi</b>	93	99	29	30	2	253
	<b>%</b>	36,8	39,1	11,5	11,9	0,8	100
<b>KADIN</b>	<b>Kişi</b>	36	66	14	19	2	137
	<b>%</b>	26,3	48,2	10,2	13,9	1,5	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	129	165	43	49	4	390
	<b>%</b>	33,1	42,3	11	12,6	1	100

Cinsiyete göre ayrılan cevaplarda anlamlı bir fark yoktur. Erkeklerin verdiği cevaplarda iyi ve çok iyi cevapları küçük bir oranla daha yüksektir. Kadınlar arasında kötü ve çok kötü değerlendirmesi yapanlar % 15,4 oranı ile erkeklerin verdiği cevaplar ile karşılaştırıldığında daha yüksektir.

**Tablo 32: Eğitim - Doktorların tam gün çalışmasını hizmet açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
İlkokul/ Ortaokul	Kişi	18	27	7	8	0	60
	%	30	45	11,7	13,3	0	100
Lise/ Meslek lisesi	Kişi	59	56	17	23	2	157
	%	37,6	35,7	10,8	14,6	1,3	100
Ön Lisans	Kişi	17	35	7	9	0	68
	%	25	51,5	10,3	13,2	0	100
Lisans	Kişi	29	40	11	9	1	90
	%	32,2	44,4	12,2	10	1,1	100
Yüksek Lisans	Kişi	6	9	2	1	1	19
	%	31,6	47,4	10,5	5,3	5,3	100
Toplam	Kişi	129	168	44	50	4	395
	%	32,7	42,5	11,1	12,7	1	100

Eğitim durumuna göre verilen cevaplarda belirgin bir fark yoktur. İlkokul ve ortaokul mezunları, lise ve meslek lisesi mezunlar ile önlisans, lisans ve yüksek lisans mezunlarının değerlendirmeleri birbirlerine yakındır. Gelir durumlarına göre verilen cevaplarda dikkat çeken bir sonuç şudur: gelir durumu yüksek olanlar bu durumu % 84 oranında iyi bulmuşlardır. Kararsızlar % 8 ve kötü cevabını verenler % 8'dir (Tablo 32).

**Tablo 33: Gelir - Doktorların tam gün çalışmasını alacağınız hizmet açısından nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
0-1000	Kişi	26	50	6	14	0	96
	%	27,1	52,1	6,3	14,6	0	100
1001- 1500	Kişi	33	37	18	10	2	100
	%	33	37	18	10	2	100
1501- 2000	Kişi	30	40	7	14	0	91
	%	33	44	7,7	15,4	0	100
2001- 2500	Kişi	15	14	4	5	0	38
	%	39,5	36,8	10,5	13,2	0	100
2501- 3000	Kişi	7	11	4	2	1	25
	%	28	44	16	8	4	100
3001- 3500	Kişi	8	5	1	1	0	15
	%	53,3	33,3	6,7	6,7	0	100
3501 ve üzeri	Kişi	10	9	2	2	0	23
	%	43,5	39,1	8,7	8,7	0	100
Toplam	Kişi	129	166	42	48	3	388
	%	33,2	42,8	10,8	12,4	0,8	100

### 5.7.6. Aile Hekimi Uygulaması

Birinci basamak sağlık hizmeti olan aile hekimliği çocuk, genç ve yaşlı tüm bireylere hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri sunan bir tıp uzmanlık dalıdır ([wikipedia](http://wikipedia), 2010). “5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” TBMM’de 24.11.2004 tarihinde kabul edilmiş; 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Aile hekimliği uygulamasına ilk olarak Düzce ilinde başlanmıştır. Uygulamadan halkın haberdar olma seviyesini ölçmek için “Aile hekimisi uygulamasından haberdar mısınız?” sorusunu sorduğumuzda % 89 oranında evet cevabı verilmiştir. Bu uygulama halk tarafında yüksek oranda (%70,2) iyi ve çok iyi olarak değerlendirilmiştir (Tablo 34).

**Tablo 34: Aile Hekimi uygulamasını nasıl buluyorsunuz?**

	Frekans	%
Çok iyi	89	22,1
İyi	194	48,1
Kararsızım	67	16,6
Kötü	28	6,9
Çok kötü	13	3,2
Cevap yok	12	3
Toplam	403	100

İşçiler ve memurların % 72’si aile hekimliği uygulamasını iyi bulurlarken % 21’i kararsız ve % 7’si kötü yorumunu yapmışlardır. Serbest meslek ve esnafın bu durumu iyi bulanların oranı işçi ve memurlar ile karşılaştığımızda biraz düşük çıkmıştır (% 60,7). Öğrencilerin % 88,2’si uygulamayı çok iyi ve iyi olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 35).

**Tablo 35: Çalışma Durumu - Aile Hekimi uygulamasını nasıl buluyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>İşçi</b>	<b>Kişi</b>	42	90	39	8	4	183
	<b>%</b>	23	49,2	21,3	4,4	2,2	100
<b>Memur</b>	<b>Kişi</b>	16	56	21	4	3	100
	<b>%</b>	16	56	21	4	3	100
<b>Serbest çalışan/ esnaf</b>	<b>Kişi</b>	8	9	3	6	2	28
	<b>%</b>	28,6	32,1	10,7	21,4	7,1	100
<b>Emekli</b>	<b>Kişi</b>	15	19	2	7	3	46
	<b>%</b>	32,6	41,3	4,3	15,2	6,5	100
<b>Öğrenci</b>	<b>Kişi</b>	3	12	1	0	1	17
	<b>%</b>	17,6	70,6	5,9	0	5,9	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	89	192	67	28	13	389
	<b>%</b>	22,9	49,4	17,2	7,2	3,3	100

**Tablo 36: Yaş - Aile Hekimi uygulamasını nasıl buluyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>18-30</b>	<b>Kişi</b>	40	85	30	5	8	168
	<b>%</b>	23,8	50,6	17,9	3	4,8	100
<b>31-40</b>	<b>Kişi</b>	20	47	18	11	1	97
	<b>%</b>	20,6	48,5	18,6	11,3	1	100
<b>41-50</b>	<b>Kişi</b>	15	42	16	6	0	79
	<b>%</b>	19	53,2	20,3	7,6	0	100
<b>51 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	13	19	3	6	4	45
	<b>%</b>	28,9	42,2	6,7	13,3	8,9	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	88	193	67	28	13	389
	<b>%</b>	22,6	49,6	17,2	7,2	3,3	100

Diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında gençler arasında (18-30 yaş) aile hekimliği uygulamasını iyi ve çok iyi bulanların oranının yüksek olduğu görülür (Tablo36). Ancak 51 yaş ve üzerinde olanların dışındakiler arasındaki kararsızların oranının yüksek olması da dikkat çekici sonuçlardandır. Uygulamayı kötü ve çok kötü olarak değerlendirenler en yüksek % 22,2 ile yaşlılar arasından çıkmıştır.

**Tablo 37: Cinsiyet - Aile Hekimi uygulamasını nasıl buluyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>ERKEK</b>	<b>Kişi</b>	52	119	48	22	7	248
	<b>%</b>	21	48	19,4	8,9	2,8	100
<b>KADIN</b>	<b>Kişi</b>	36	71	17	5	6	135
	<b>%</b>	26,7	52,6	12,6	3,7	4,4	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	88	190	65	27	13	383
	<b>%</b>	23	49,6	17	7	3,4	100

Erkek işte çalışırken kadınların gerek kendileri için ve gerekse çocukları için hastane ve sağlık ocaklarını daha çok kullanmalarından dolayı kadınların değerlendirmeleri önemlidir. Aile hekimliği uygulamasının kadınlar arasında % 79,3 oranında iyi ve çok iyi değerlendirilmesi uygulamanın memnuniyetle karşılandığı yorumlarını doğru çıkarabilir.

**Tablo 38: Eğitim durumu - Aile Hekimi uygulamasını nasıl buluyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>İlkokul/Ortaokul</b>	<b>Kişi</b>	14	32	6	4	2	58
	<b>%</b>	24,1	55,2	10,3	6,9	3,4	100
<b>Lise/Meslek lisesi</b>	<b>Kişi</b>	34	71	29	15	5	154
	<b>%</b>	22,1	46,1	18,8	9,7	3,2	100
<b>Ön Lisans</b>	<b>Kişi</b>	13	36	13	3	3	68
	<b>%</b>	19,1	52,9	19,1	4,4	4,4	100
<b>Lisans</b>	<b>Kişi</b>	22	44	14	6	2	88
	<b>%</b>	25	50,0	15,9	6,8	2,3	100
<b>Yüksek Lisans</b>	<b>Kişi</b>	4	10	4	0	1	19
	<b>%</b>	21,1	52,6	21,1	0	5,3	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	88	193	66	28	13	388
	<b>%</b>	22,7	49,7	17	7,2	3,4	100

İlkokul/ortaokul mezunları uygulamayı % 79,3 ile diğer gruplara göre daha yüksek oranda çok iyi/iyi cevabı vermişlerdir. Kararsızların oranı eğitim seviyesi yükseldikçe daha yüksek çıkmaktadır. Kötü ve çok kötü olarak değerlendirmeler en yüksek oranda lise/meslek lisesi grubundan gelmiştir.

Sonuçlar birbirine yakındır ve genel bir değerlendirme ile aile hekimi uygulaması halk tarafından iyi karşılanmış olduğu söylenebilir.

#### 5.7.7. Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

Sağlık hizmetlerindeki değişiklikler herbiri tek tek halkın değerlendirmesi istendiğinde ortalama % 70 oranı ile halkın değişikliklerden memnun olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Ancak değişiklikleri değerlendirmeleri için halka “Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusu sorulduğunda bu oran % 53,8’e düştü. Halkın % 24,1’i değişikliklerin kötü olduğu yorumunu yapmışlardır, % 20,8’i kararsız kalmıştır. Aynı kişilerin verdiği cevaplarda çıkan memnuniyet oranlarındaki bu fark, genel değerlendirme yapıldığında başka sağlık hizmetlerini düşünerek cevap vermiş olabilirler şeklinde açıklanabilir.

**Tablo 39: Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?**

	Frekans	%
Çok iyi	40	9,9
İyi	177	43,9
Kararsızım	84	20,8
Kötü	68	16,9
Çok kötü	29	7,2
Cevap yok	5	1,2
Toplam	403	100

**Tablo 40: Çalışma durumu - Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>İşçi</b>	<b>Kişi</b>	18	78	40	36	15	187
	<b>%</b>	9,6	41,7	21,4	19,3	8	100
<b>Memur</b>	<b>Kişi</b>	8	54	20	12	6	100
	<b>%</b>	8	54	20	12	6	100
<b>Serbest çalışan/ esnaf</b>	<b>Kişi</b>	5	13	4	3	4	29
	<b>%</b>	17,2	44,8	13,8	10,3	13,8	100
<b>Emekli</b>	<b>Kişi</b>	3	18	11	12	3	47
	<b>%</b>	6,4	38,3	23,4	25,5	6,4	100
<b>Öğrenci</b>	<b>Kişi</b>	3	9	3	2	0	17
	<b>%</b>	17,6	52,9	17,6	11,8	0	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	40	177	82	67	29	395
	<b>%</b>	10,1	44,8	20,8	17	7,3	100

Çalışma durumlarına göre verilen cevaplar değerlendirildiğinde emekli kesimin % 44,7 ile en düşük oranda memnun oldukları görülür. Bu kesim değişiklikleri % 31,9 oranında kötü bulmuşlardır. Sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikler genç kesim olarak nitelendirilebilecek öğrenciler arasında % 70,5 ile en yüksek oranda iyi karşılanmıştır. Kararsızların çok olduğu kesim % 23,4 ile yine emekliler olmuştur. Bu oranlar gençlerin yeniliğe daha açık olduğunu ve yapılan değişiklikleri daha iyi karşıladıklarını gösterir.

**Tablo 41: Yaş - Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>18-30</b>	<b>Kişi</b>	19	77	36	28	10	170
	<b>%</b>	11,2	45,3	21,2	16,5	5,9	100
<b>31-40</b>	<b>Kişi</b>	10	43	24	13	8	98
	<b>%</b>	10,2	43,9	24,5	13,3	8,2	100
<b>41-50</b>	<b>Kişi</b>	7	41	12	12	9	81
	<b>%</b>	8,6	50,6	14,8	14,8	11,1	100
<b>51 ve üzeri</b>	<b>Kişi</b>	3	16	11	15	2	47
	<b>%</b>	6,4	34	23,4	31,9	4,3	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	39	177	83	68	29	396
	<b>%</b>	9,8	44,7	21	17,2	7,3	100

51 yaş ve üzerinde olanlar yapılan değişikliği diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında daha kötü karşılamışlardır. Gençler değişikliği büyük oranda iyi bulmuşlardır. Gençlerin değişime açık olduğu bu sonuçlarda da görülür.

**Tablo 42: Eğitim - Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>İlkokul/Ortaokul</b>	<b>Kişi</b>	5	26	14	10	5	60
	<b>%</b>	8,3	43,3	23,3	16,7	8,3	100
<b>Lise/Meslek lisesi</b>	<b>Kişi</b>	17	58	37	30	14	156
	<b>%</b>	10,9	37,2	23,7	19,2	9	100
<b>Ön Lisans</b>	<b>Kişi</b>	2	32	19	9	6	68
	<b>%</b>	2,9	47,1	27,9	13,2	8,8	100
<b>Lisans</b>	<b>Kişi</b>	13	47	11	18	2	91
	<b>%</b>	14,3	51,6	12,1	19,8	2,2	100
<b>Yüksek Lisans</b>	<b>Kişi</b>	3	11	2	1	2	19
	<b>%</b>	15,8	57,9	10,5	5,3	10,5	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	40	175	83	68	29	395
	<b>%</b>	10,1	44,3	21	17,2	7,3	100

Eğitim durumları incelendiğinde lisans ve yüksek lisans mezunlarının verdikleri cevaplarda yapılan değişiklikler çok daha iyi karşılamış oldukları görülür. Genel ortalama % 50'yi geçmiş olsa da bu sonuç değişikliklerin her birinin değerlendirildiği diğer sonuçlar ile karşılaştırıldığında beklenenden düşüktür.

**Tablo 43: Cinsiyet - Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
<b>ERKEK</b>	<b>Kişi</b>	27	110	56	43	16	252
	<b>%</b>	10,7	43,7	22,2	17,1	6,3	100
<b>KADIN</b>	<b>Kişi</b>	12	64	25	25	12	138
	<b>%</b>	8,7	46,4	18,1	18,1	8,7	100
<b>Toplam</b>	<b>Kişi</b>	39	174	81	68	28	390
	<b>%</b>	10	44,6	20,8	17,4	7,2	100

Cinsiyetler gözönüne alındığında kadınlarda değişikliklerden az da olsa daha memnun oldukları görülmektedir. Ancak aradaki fark çok %1-2 civarı olduğundan çok fazla anlamlı bir değer değildir. Kadınların buradaki oranlarda dikkati çeken “kararsızların oranının erkeklerden daha az ve “kötü” ve “çok kötü” oranlarının birkaç puan fazla olmasıdır. Ancak hem erkek hem de kadınların sağlık hizmetlerine genel olarak bakışlarında birkaç puan dışında farklılıklardan bahsedilemez.

**Tablo 44: Gelir - Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?**

		Çok iyi	İyi	Kararsızım	Kötü	Çok kötü	Toplam
0-1000	Kişi	10	37	26	17	6	96
		10,4	38,5	27,1	17,7	6,3	100
1001-1500	Kişi	7	37	27	18	11	100
		7	37	27	18	11	100
1501-2000	Kişi	12	43	19	10	7	91
		13,2	47,3	20,9	11	7,7	100
2001-2500	Kişi	5	18	3	9	3	38
		13,2	47,4	7,9	23,7	7,9	100
2501-3000	Kişi	1	15	4	5	0	25
		4	60	16	20	0	100
3001-3500	Kişi	2	10	1	2	0	15
		13,3	66,7	6,7	13,3	0	100
3501 ve üzeri	Kişi	3	15	0	4	1	23
		13	65,2	0	17,4	4,3	100
Toplam	Kişi	40	175	80	65	28	388
		10,3	45,1	20,6	16,8	7,2	100

Sağlık hizmetlerinde yapılan son değişiklikleri beklentilerin aksine gelir seviyesi yüksek olanlar çok daha iyi karşılamışlardır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet gelir seviyesi düşük olanlarda (geliri 1500'e kadar olanlar) %50'ye yakın çıkarken, orta seviyede olanlarda (1500-2500 arası) %60 civarı, yüksek olanlarda ise (2500 ve 3500 üzeri) %65-85 arasında çıkmıştır. Bu durum kısmi olarak yapılan değişikliklerde sağlık harcamalarına halkın katılımının küçük de olsa biraz artması gelir seviyesi düşük olanlarda memnuniyetsizlik oluşturmuş olabileceği şeklinde değerlendirilebilir. Daha önceden muayene için devlet hastanelerine ücret ödemeyen halkın, değişikliklerden sonra küçük bir miktar ödeme yapmak zorunda kalmaları geliri düşük olanların değerlendirmelerini olumsuz etkileyebilir.

### SONUÇ

Sağlık hizmetlerindeki iyileşme toplumsal iyileşmeyi de beraberinde getirirken, en az eğitim ve güvenlik kadar önemli bir hizmettir. Bu anlamda öncelikli olarak kamusal bir hizmet olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin gelir dağılımını düşük gelirli lehine yeniden düzenlemesi ve suistimale açık olmasından dolayı tamamen serbest piyasaya bırakılması uygun görülmemektedir. Rekabet içerisinde, daha kaliteli ve hızlı hizmet almak amacıyla, devlet kısmen sağlık hizmetlerini özel kurumlardan satın alma yoluna gitmektedir. Bu gelişmelere ayak uydurmak amacıyla hem devlet hem de özel sektörün sosyal devlet anlayışı içerisinde yeniden yapılanması gerekmektedir. Dünya'da sosyal devlet

harcamalarının devlet üzerinde getirdiği mali yük, özelleştirmeler ve yasal düzenlemeler ile azaltılmaya çalışılırken, bu süreçle sosyal devlet anlayışından da taviz verilmektedir. Neo-liberal politikaların öne çıktığı bu dönemde, Türkiye’de de serbest piyasa ekonomisinin kuralları kendini göstermektedir. Son 10 yıl içerisinde ise, hem sağlık hem de eğitim alanında kısmen sosyal devlet uygulamalarını anımsatan politikaların da varlığı söz konusu olmuştur.

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin tümüyle devlet tarafından karşılanması aksaklıklara sebep olmuş, zaman içinde sağlık alanında reform ihtiyacı doğmuştur. Sağlık alanında reform çalışmaları 1990’lı yıllarda başlatılmış ve 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında yapılan değişiklikler ile Türkiye sağlık sektöründe uzun zamandan beri var olan sorunlar çözüme kavuşturulmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada, sağlıkta dönüşüm projesinin halk tarafından nasıl değerlendirildiği Yalova ilinde yapılan araştırma ile anlaşılmaya çalışılmıştır. Halkın değişikliğini en iyi ölçebildiği uygulama hastanelerin tek çatı altında toplanmasıdır (çok iyi ve iyi toplamı %75,2). Bunun yanında ilaca ulaşmada sağlanan kolaylıklar (çok iyi ve iyi toplamı %71,2), aile hekimi uygulaması (çok iyi ve iyi toplamı %70,2), doktorların tam gün çalışması (çok iyi ve iyi toplamı %72,2) gibi uygulamalar da sorgulanmıştır. Genel olarak, tüm bu sorulara verilen yanıtlar birbirine yakın olup, olumlu olduğunu düşünenlerin oranı ortalama % 70’in üzerindedir. “Sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusunun cevabı da %70 oranında “iyi” olmuştur. Bununla birlikte, yukarıda belirtildiği gibi ilaca ulaşmada önceki duruma göre %70 oranında bir memnuniyet çıkarken, eczanelerde prosedürlerin ve işlemlerin aksamasından dolayı halkın %47 civarında memnuniyetsizliği de söz konusudur. Anketi yanıtlayanlar özellikle, “sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi” konularındaki sorulara hem özel hem de kamu da memnuniyetsizliklerini yansıtmışlardır. Bu anlamda, halk ne olursa olsun sağlık hizmetlerini “sosyal devlet anlayışı” gereği ücretsiz olarak almak istemektedir.

#### KAYNAKÇA

- Aktan, C. C. (1999), **Müdahaleci Devletten Sınırlı Devlete**, Yeni Türkiye, Ankara,
- Alp, S. (2009), “Refah Devleti Düşüncesinin Gelişimi ve Bir Liberal Alternatif Olarak Üçüncü Sektör”, *Maliye Dergisi*, Sayı 156, s. 265–279.
- Baş, T. (2008), **Anket Nasıl Hazırlanır, Uygulanır, Değerlendirilir?**, 5. Baskı, Ankara,
- Beşkaya, A. ve Alp S. (2004), “Sağ ve Solun Ötesinde: Yeni Üçüncü Yol Arayışları”, *Liberal Düşünce Dergisi*, S. 36, 217–226.
- Castells, M. ve Himanen, P. (2002), **The Information Society and the Welfare State, The Finnish Model**, Oxford University Press,

- DSÖ Anayasası, [http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who\\_anayasa.pdf](http://www.t-hasak.org/denizli/docs/who_anayasa.pdf), 10.07.2010
- Ersöz, H. Y. (2006), "Sosyal Politika-Refah Devleti- Yerel Yönetimler İlişkisi", **İ.Ü. İktisat Fakültesi Mecmuası Prof. Dr. Toker Dereli'ye Armağan Kitabı. (Yayına kabul edilmiş çalışma)**, Cilt 55, Sayı 1, İstanbul, İ.Ü.Yayınları, s.759-774.
- Gauld, R. (2009), "Health and Health Care in Post-industrial Society", **The Welfare State in Post-Industrial Society, A Global Perspective**, Chapter 7, J. Powell, J. Hendricks, Springer, s 125-141.
- Giaimo, S. (2001), "Who Pays for Health Care Reform?", **The New Politics of the Welfare State**, Oxford University Press, 2001
- Gökburun, R. , vd. (2008), "Küreselleşme Kıskaçındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları", *Doğuş Üniversitesi Dergisi*
- Health Reform (2010). **Transforming and Modernizing America's Health Care System** [www.healthreform.gov](http://www.healthreform.gov) (erişim, 22.05.2010)
- Koçak, O. (2009), "Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye'de Sağlık Sektöründe Gelişmeler", **EconAnadolu 2009: Anadolu International Conference in Economics June 17-19, 2009**, Eskişehir,
- Leone, T. (2009), "How can demography inform health policy?", **Cambridge University Pres**, Health Economics, Policy and Law
- Lisac, M. ve Lutz, R. (2004), "Klaus-Dirk Henke, Sophia Schlette", **Access and choice -- competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004**, Cambridge University Press, Health Economics, Policy and Law
- Lyoll, S. (2010), "Britain Plans to Decentralize Health Care", New York Times, Published: July [http://www.nytimes.com/2010/07/25/world/europe/25britain.html?pagewanted=1&\\_r=1&th&emc=th](http://www.nytimes.com/2010/07/25/world/europe/25britain.html?pagewanted=1&_r=1&th&emc=th)
- OECD (2010), Health Policy Report, **Improving Health Sector Efficiency**, The Role Of Information And Communication Technologies,
- OECD (2010), Health Data 2010, Annual Growth In Health Expenditure and GDP, 2000-2008, 2010 June, <http://www.oecd.org/document>, Çevrimiçi, (04-08-2010)
- OECD (2008), Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, Türkiye'de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları,
- Orhan, Ö. (2006), **Küreselleşme Süreci ve Türkiye'de Sağlık Politikaları**; Dokuz Eylül Üni.Sos.Bil.Ens.Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Kamu Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir,

- Özkan, E. (2005), Dünden Bugüne SSK, Eczacı Odsası Bülteni, <http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/adeob-eyll05/2.pdf> (11.04.2010)
- Özkazanç, A. (2000), **Yeni Sağdan Sonra: Yeni Sol, Siyasi İktidar ve Mesruiyet**, Ankara University Working Paper Series, No.24 April/Nisan 2000
- Özdemir, S. (2007), **Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti**, Genişletilmiş 2. baskı, İstanbul, İTO Yayınları,
- Peck, J. and Tickell A. (2002), **Neoliberalizing Space**, Antipode, Vol. 34 Issue 3, 380–404
- Sevim, İ. (2006), **1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi: Türkiye Örneği**, Marmara Üni. Sosyal Bil. Ens. ÇEKO Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,
- Şaylan, G. (2003), **Değişim, Küreselleşme ve Devletin Yeni İşlevi**. 2.Baskı, Ankara: İmge Yayınevi, 2003.
- Yalçıntaş, N. ve Tuna, O. (1999), **Sosyal Siyaset**, Filiz Kitabevi, İstanbul,
- Yıldırım, H. H. (2010), “Sağlık ve Siyaset Yazıları: Obama Sağlık Reformlarının Düşündürdükleri: Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler” *Absağlık*, (www.absaglik.com, 22 Mayıs 2010).
- Wikipedia, [http://tr.wikipedia.org/wiki/Aile\\_hekimliği](http://tr.wikipedia.org/wiki/Aile_hekimliği), Çevrimiçi, 05.07.2010
- [www.canaktan.org/politika/refah-devleti/doğusu-gelişimi](http://www.canaktan.org/politika/refah-devleti/doğusu-gelişimi), Çevrimiçi, 05.07.2010