

# Sağlık hizmetlerinden vatandaş memnuniyeti ve yansımaları

## Prof. Dr. Nihat Tosun



1959 yılında Trabzon'da doğdu. 1984 yılında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimini Ortopedi ve Travmatoloji Bölümünde tamamladı. Elbistan ve Yozgat ve Ankara'da hekimlik yaptı. Van Yüzüncü Yıl ve Düzce İzzet Baysal Üniversitesi'nde öğretim üyeliği yaptı. 1997'de doçent, 2005'te profesör oldu. 2003 - 2008 yılları arasında Ankara Dr. Mülker Travma Hastanesi'nde ve Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekimlik yaptı. 2007'de Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı, 2008'de Bakanlık Müsteşarı oldu. Halen görevine devam eden Tosun'un yerli ve yabancı yayınlarda çıkmış pek çok makalesi, kongrelerde bildirileri bulunmaktadır.

**K**amu hizmetleri açısından insanları; adalet, ekonomi, sağlık, eğitim ve güvenliğe daha fazla önem verdikleri, bilinen bir husustur. Konumuz olan sağlık, toplumsal olarak önemli bulunan bir konu olduğu gibi kişisel ihtiyaçlar ve öncelikler açısından da önemli bir konudur. Ülkemizde yaşayan vatandaşların toplumsal konulara ilgileri Grafik 1'de görülmekte-

dir. Sağlık, bu toplumsal konular içinde %57,1 ile en çok ilgi duyulan ikinci konu olarak yer almaktadır. Din ve sağlığın diğer konulara kıyasla açık ara önde olması dikkat çekicidir.

Kişisel ve çevresel sağlık, mutlu ve huzurlu bir hayat sürebilmek için önemli unsurlardandır. İyi bir sağlık hizmeti, devlete duyulan güven ve adalet duygusunu da destekleyici çok önemli bir faktördür. Sağlığını kaybeden vatan-

daşlar, bürokratik ve ekonomik nedenlerle gerektiği gibi tedavi edilmezlerse veya vatandaşların sağlığı yeterince korunamıyorsa, devlete olan güvenin kaybedilmesi riski ortaya çıkar. Çünkü bu olumsuz durum, adalet duygusuyla ilişkilendirilir.

Sunulan sağlık hizmetlerinin ülke sathına dağılımı ve kalitesinin ayarlanması kamunun görevidir. Sağlık hizmetinin sunumundaki vazgeçilmez bileşenleri





6 başlık altında zikredebiliriz. Bunlar; *“sağlıkta hakkaniyet, sağlığın teşvik edilmesi, kişilerin sürece katılımı, çok sektörlü işbirliği, yerel sağlık bakımı ve uluslararası işbirliğidir”* (Goicoechea, 1996:17). Hakkaniyeti arttıran ve vatandaşların yaşam kalitesini geliştiren politikalar, bütün dünyada vatandaşların ilgisine mazhar olmaktadır. Sağlığı iyileştirmek ve korumak yanında sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı da oldukça önemlidir.

Dünyanın en acımasız katili ve yeryüzündeki ızdırabın en büyük nedeni, tıbbın bildiği tüm hastalıkların A'dan Z'ye yer aldığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün çıkardığı “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması” listesinin en sonunda, Z59.5 koduyla yer almaktadır (WHO, 1995:1). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı bu hastalık, **aşırı yoksulluktur**. Bu tespit, ekonomik durumun sağlık üzerine olan etkisini gösteren gerçekçi bir vurgudur. Kişilerin gelir seviyeleri, ülkenin imkânları ve uygula-

nan sosyal politikalar, yoksulluk üzerinde belirleyici faktörlerdir. Demokrasinin esası olan seçimler, değişim ve gelişme için birkaç yıl arayla halka önemli fırsat sunmaktadır. Yoksulları, korunmasız grupları kollayan sosyal politikalar bu kesimlerden destek alamamaktadır.

Bir ülkede sağlığı iyileştirebilmek ve sağlığı koruyabilmek için yoksullukla mücadele etmek zorunludur. Bu mücadelenin başlıca şartı, hiç şüphesiz ülkenin içinde bulunduğu ekonomik ve siyasi şartların iyileştirilmesidir. Çünkü, *“sağlık ve kişi başına düşen gelir arasında pozitif ilişki uluslararası gelişmişlikte en iyi bilinen ilişkilerden bir tanesidir* (Bloom,D.E., Canning D.)”. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini sunmak için yapılması gereken binalar, bu binaların içine konulacak teknik teçhizat ve bu teçhizatı kullanarak sağlık hizmeti üretecek sağlık insan gücü yetiştirilmesi, ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlarla doğrudan ilişkilidir.

Bir ülkede yaşayan ve sağlık sorunu olan vatandaşlar için, hükümetlerin karşılaştıkları ekonomik sorunlar önemli değildir. Vatandaşlar için önemli olan, kullanılan yöntemden ziyade, hükümetlerin öyle veya böyle kendilerinin sağlık sorunlarını bir şekilde çözmeleridir. Ülkemizde son 8 yılda sağlık alanında yapılan geliştirici çalışmalar sonuçlarını vermiş ve toplumda kabul görmüştür. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri aşağıda görülmektedir (Grafik 3). Sağlık alanındaki memnuniyetin açık tezahürü, yapılan bütün araştırma ve değerlendirmelerde seçmenin tercihini önemli oranda etkileyen bir alan olmasıdır. Seçmen tercihlerinde memnuniyetin etkisi büyüktür. İnsanların memnun oldukları kadroları iş başına getirmek istemeleri; beklenen, doğal bir sonuçtur.

Sağlık, siyaset için önemli bir argümandır. 2008 yılında yapılan ABD başkanlık seçimlerinde, başkan seçilen Barack H. Obama'nın seçiminde sağlık



reformu söylemleri etkili olmuştur. Ancak sağlık uygulamalarında başarısız olan kaybetmektedir. 2000 yılında dönemin ABD Başkanı Bill Clinton da sağlık reformunu denemiş ama başarısız olmuştur.

“Sağlığın iyileştirilmesi için, sağlık hizmet sistemlerinde (bina, teçhizat, sağlık insan gücü vb) iyileştirme yapmak, tek başına yeterli değildir” (Goicoechea, 1996:17). Bu nedenle sağlık sistemi üzerinde etkisi olan tüm taraflarda iyileşmeler paralel seyretmelidir. Örneğin, sunulan sağlık hizmetlerinin bedelli, geri ödeme kurumu tarafından karşılanmazsa, bazen doğrudan ama çoğunlukla dolaylı olarak önce vatandaşlar, sonra hizmet sunucuları etkileyecek ve sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşanacaktır. Ayrıca sağlık hizmetleri finansal açıdan sürdürülebilir olmalı ve vatandaşlar finansal riskten korunmalıdır. Sosyal devlet ilkesi gereğince devlet, en uygun şartlarda sağlık hizmeti sunumunu ve erişimini sağlamalıdır. Bunun için sektörler arası işbirliği önem kazanmaktadır (sağlık, sosyal güvenlik, maliye, ekonomi, üniversiteler başta olmak üzere).

Sağlık hizmetinin kullanımındaki “hakkaniyet”; ihtiyaç duyanın, ihtiyacı kadar sağlık hizmetlerinden yararlanmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinden ne kadar faydalandığı kadar, bu hizmetlerden faydalanma yeri de önemlidir. Bu hakkaniyetin gerçekleşebilmesi için, hizmetin önceliği ve gerekliliği ile

imkânlar da göz önüne alınarak kişilerin yaşadığı yerlerde sunulan sağlık hizmetleri güçlendirilmelidir. Vatandaşlar, sağlığının iyileştirilmesi ve iyi bir seviyede tutulması için bilinçlendirilmeli ve sağlık hizmeti kullanımına aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır. Tüm bunları gerçekleştirebilmek ve sağlık hizmetlerini arzu edilen seviyede sunabilmek için sektörler arası ve uluslararası alanlarda işbirliği yapılmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından da özellikle önerilen bu uygulamalar (Goicoechea, 1996:17), ülkelerin ekonomik şartları ile doğrudan ilişkilidir.

2002 yılından itibaren planlanan, uygulamaya konulan ve süreç içerisinde geliştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) temel amacı; ülkemiz insanının sağlığını, dolayısı ile sağlık sistemini daha iyi bir hale getirmektir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) başarıya ulaşmasında önemli hususlardan biri, sektörün tüm paydaşlarının koordinasyon içinde çalışmalarını ve gelişmelerini sağlamak olmuştur. Bu ahengin yakalanması, başarının anahtarı olmuştur. Sektörler arası iş birliği olabilmesi için ekonomik istikrara, siyasi istikrara ve güven ortamına ihtiyaç vardır. Ekonomik istikrar, siyasi istikrar ve güven; kısa, orta ve uzun vadeli planlamaların yapılabilmesi için gereklidir.

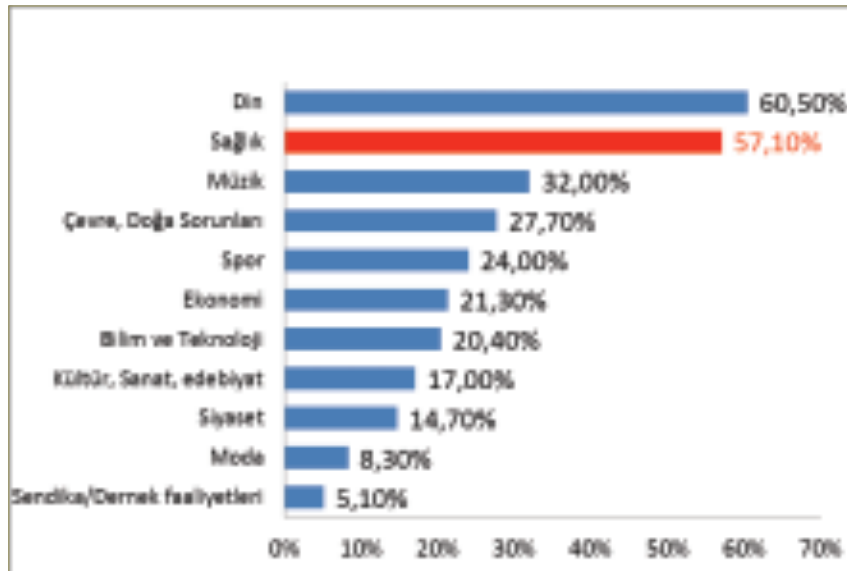
Ülkemiz, gelir grupları içinde, orta üst grupta yer almaktadır (kişi başına düşen Gayri Safi Milli Gelir olarak; 3 bin 946 USD - 12 bin 195 USD). Ekonomik

Her gün bir şekilde sağlık sistemi ile yüz yüze gelen vatandaşların sayısı, ülkemizdeki yazılı basının tirajına yakındır. Sağlık politikalarındaki hızlı değişmelerin ve doğrudan vatandaşa yansıyan olumlu gelişmelerin toplumda yazılı basının gücünü aşan oranda bir etki bıraktığını söylemek yanlış olmaz. Bu itibarla hiçbir siyasal iktidarın, halkın ilgi gösterdiği toplumsal konuların ikinci sırasında yer alan ve halkla doğrudan iletişimde önemli bir yer tutan sağlık konusuna eğilmeme lüksü yoktur.

olarak güçlü ve gelişmiş ülkelere bakıldığında sağlık harcamaları daha yüksektir. Bununla birlikte o ülkelerde doğumda beklenen yaşam süreleri de uzundur. İnsanlar sağlıklı olduğu sürece uzun yaşamaktadırlar, uzun yaşadıkça da sağlıklarını korumaya çalışmaktadırlar. Sağlık, uzun yaşam ve sağlık harcamaları arasında doğru bir orantı vardır.

Türkiye ekonomisi büyüdükçe, yukarıda ifade edilene benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır (Tablo 1). Yıllar içinde sağlığa harcanan kaynak artmıştır. Bu artışta, hem Gayri Safi Yurtiçi Hâsılda (GSYH) oransal olarak payın artmasının hem de ülkemiz bütçe hacminin artmasının payı vardır. Ekonomik ölçütlerden biri olan GSYH, belirli bir dönemde ülkede üretilen mal ve hizmetlerin parasal karşılığıdır. Ekonomimizin güçlenmesi ile sağlık alt yapı eksiklerini gidermeye yönelik yatırımlar artmıştır. Cumhuriyet tarihinde kamuda inşa edilen toplam 10,5 milyon metrekare sağlık alanının yarısı sadece son 8 yılda yapılmıştır. 2010 fiyatlarına göre güncellenen sayılarla ifade edilirse, 1995-2002 yıllarında 4,5 Milyar TL, 2003-2010 yılları arasında ise 15,5 Milyar TL yatırım yapılmıştır. Bu yatırımlar sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmıştır.

Grafik 1. Türkiye’de bireylerin toplumsal konulara ilgisi



Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyet Araştırması, 2009.

Tablo 1: Seçilmiş yıllara göre sağlık harcamaları	1995	2002	2008
Toplam harcamalar içinde sağlık harcamaları (%)	2,5	5,4	6,1
Kişi başına toplam sağlık harcaması (SGP-ABD \$)*	173	466	846
Doğumda beklenen yaşam süresi (Tüm nüfus)	69,2	70,7	73,6
Kaynak: TÜİK			

Sağlık, sağlığı etkileyen diğer unsurlarla birlikte ele alınmalıdır. Sağlığı etkileyen diğer unsurlar ve hatta sağlık uygulamalarının kendisi bile diğer sağlık uygulamalarını teşvik edebilir. Örneğin ülkemizde bölünmüş ve çok şeritli yolların yapılması konusu böyledir. "112 Acil Sağlık Hizmeti" ilk yardım ambulans ve istasyonlarının sayısının artması ve buna paralel olarak ambulanslarda hastaya müdahale şartlarının iyileştirilmesi ülkemizde yoğun bakım hizmetinin gelişmesini teşvik etmiştir. Çünkü kötü yol şartları ile nitelik ve nicelik olarak yetersiz ambulanslar nedeniyle, hastaneye gitmesi gereken hastalara ulaşamadan, o hastalar olay yerinde veya yolda hayatlarını kaybediyorlardı. Günümüzde artık uçak ve helikopterlerden oluşan hava ambulans filomuz dahi devreye girmiştir.

Sosyal devlet, her yerde ve şartta vatandaşına sağlık hizmeti götürebilmeli ve ayrımcı olmamalıdır. Sosyal güvenliğin şemsiyesi geniş kapsamlı olmalıdır. Örneğin bazı gelişmiş ülkelerde, ülkemizin aksine ağız diş sağlığı hiz-

metleri geri ödeme kapsamında değerlendirilmemektedir. Yine gelişmiş ülkelerde uygulanan ve sosyal devlet ilkesi gereği olan evde sağlık hizmetleri verilmesi ülkemizde de uygulanmaya başlanmıştır.

Ülkemizde kamu hizmetlerinden memnuniyet oranlarında sağlık hizmetlerinin yükselişi dikkati çekmektedir (Grafik 2).

DSÖ ve OECD raporlarına da yansıyan Sağlıkta Dönüşüm Programının başarısı, uzun soluklu bir çalışma, planlama ve uygulamanın sonucudur. Vatandaşlar programın teknik detaylarını bilemeyebilirler ancak etkilerini bizzat yaşıyorlar. Ülkemizde kişi başı sağlık kuruluşuna müracaatın yılda yaklaşık 7 olduğunu düşünürsek vatandaşlarımızın olumlu değişimleri çok kolay fark edebildiklerini söylemek mümkündür. Sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyan kronik hastalar ve yaşlılar özellikle geçmişle kıyaslama yapmak suretiyle olumlu gelişmelerin daha çok farkında olmaktadır.

Her gün bir şekilde sağlık sistemi ile yüz yüze gelen vatandaşların sayısı, ülkemizdeki yazılı basının tirajına yakındır. Yani her gazetenin ayrı kişi tarafından alındığını ve okunduğunu varsayarsak, oluşturabileceği iletişim ağı, o gün sağlık hizmetine muhatap olan insanların sistemle aralarındaki ilişki gücü ile kıyaslanabilir ölçüdedir. Kaldı ki, bütün gazetelerin benzer mesajlarla okuyucu karşısına çıkması mümkün olamamaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık politikalarındaki hızlı değişmelerin ve doğrudan vatandaşlara yansıyan olumlu gelişmelerin toplumda yazılı basının gücünü aşan oranda bir etki bıraktığını söylemek yanlış olmaz. Bu itibarla hiçbir siyasal iktidarın, halkın ilgi gösterdiği toplumsal konuların ikinci sırasında yer alan ve halkla doğrudan iletişimde önemli bir yer tutan sağlık konusuna eğilmeme lüksü yoktur.

#### Kaynaklar

Goicoechea, Josep ve başk. Primary health care reforms WHO Publications, Geneva, 1996

[http://www3.pids.gov.ph/popn\\_pub/full\\_papers/DBloomCanning.pdf](http://www3.pids.gov.ph/popn_pub/full_papers/DBloomCanning.pdf). (Erişim tarihi: 19.03.2011)

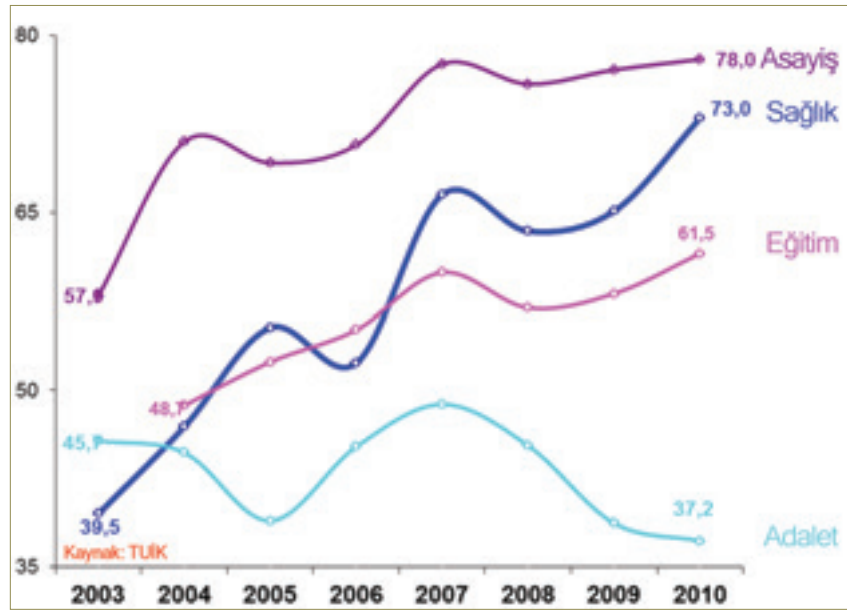
[http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2009\\_EN\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_EN_Complete.pdf). (Erişim tarihi: 19.03.2011)

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CSP2010#> (Erişim tarihi: 19.03.2011)

<http://www.tuik.gov.tr> (Erişim tarihi: 19.03.2011)

World Health Report 1995, Bridging the Gaps, Report of Director-General, WHO, Geneva, 1995

Grafik 2: Kamu hizmetlerinden memnuniyet oranı (%)



Grafik 3: Yıllara göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranları (Kaynak: TÜİK).

