



Cilt/Volume :8 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2022 (NİSAN) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

İÇİNDEKİLER

İNDEKSLER VE NİSAN SAYISI HAKEM LİSTESİ

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE EFQM LİDERLİK KRİTERİ ÖLÇEĞİ İLE ALT BOYUTLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN ÇALIŞAN MOTİVASYONUNA ETKİSİ ARAŞTIRMASI (Prof. Dr. Mehmet ARSLAN, Tuğrul BATIRER) (Araştırma Makalesi 1-17)

İLAÇ HARCAMALARININ ETKİN KONTROLÜ: ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE UYGULAMA (Doç. Dr. Vahit YİĞİT, Dr. Öğr. Üyesi İsa GÜL) (Araştırma Makalesi 18-33)

İÇ KONTROL SİSTEMİ: STOK YÖNETİMİ VE MUTEMETLİK AÇISINDAN KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ (Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT, Ömer CEYLAN, Dilek UYSAL) (Araştırma Makalesi 34-50)

SAĞLIK ALANINDA EĞİTİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN VE AŞIYA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ (Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Tolga ÇAĞATAY, Dr. Öğr. Üyesi Esin BAŞARAN, Öğr. Gör. Serap SALİMOĞLU) (Araştırma Makalesi 51-61)

SAĞLIKTA ŞİDDETİN NEDENLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA (Öğr. Gör. Ömer ÖZİŞLİ) (Araştırma Makalesi 62-68)

HASTANE BİRLEŞMELERİNİN FİNANSAL ANALİZİ: KAMU HASTANELERİNDE BİR UYGULAMA (Yavuz KAYA, Doç. Dr. Enis Baha BİÇER) (Araştırma Makalesi 69-94)

TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN ÖNEMİ VE DIŞ TİCARET HACMİNDE İLAÇ İTHALATI, İHRACATI ÜZERİNE DETERMİNİSTİK BİR DEĞERLENDİRME (Dr. Elçin GÜVEN) (Araştırma Makalesi 95-111)

KALİTE KONTROL ÇEMBERİ ÜZERİNE KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE UYGULAMALARI (Öğr. Gör. Tuğçe Nuriye ÜNLÜ, Öğr. Gör. Esra SEVİMLİ, Öğr. Gör. Duygu DENİZ) (Derleme Makale 112-124)



Cilt/Volume :8 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2022 (NİSAN) ISSN-2149-6161

İNDEKSLER



HAKEMLER

Prof.Dr. Cihan SEÇİLMİŞ
Prof.Dr. Tülin Durukan
Prof.Dr. Haşim ÖZÜDOĞRU
Prof.Dr. İrfan YAZICIOĞLU
Doç.Dr. Azize ESMERAY
Doç.Dr. Tuba Derya BASKAN
Doç. Dr. Yakup ÜLKER
Doç. Dr. Yüksel AYDIN
Doç. Dr. Mustafa Agah TEKİNDAL
Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ
Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan YÜKSEL
Dr. Öğr. Üyesi Yüksel DEMİREL
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin SEZGİN
Dr. Öğr. Üyesi İsmail ŞİMŞİR
Dr. Öğr. Üyesi Sabiha Sevinç ALTAŞ
Dr. Öğr. Üyesi Hacer CANATAN
Dr. Öğr. Üyesi A. Yasemin ZENGİN
Dr. Öğr. Üyesi Hakan KAPTANOĞULLARI
Dr. Öğr. Üyesi Naki KAYA
Dr. Hakan KAÇAK

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Kayseri Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniv.
Başkent Üniversitesi
Başkent Üniversitesi
Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniv.
Sakarya Üniversitesi
Şişli Meslek Yüksekokulu
Aksaray Üniversitesi
Biruni Üniversitesi
Arel Üniversitesi
Ankara Üniversitesi



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg., 2022; 8(1):1 -17 (Araştırma makalesi)

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE EFQM LİDERLİK KRİTERİ ÖLÇEĞİ İLE ALT BOYUTLARININ DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER BAKIMINDAN ÇALIŞAN MOTİVASYONUNA ETKİSİ ARAŞTIRMASI¹

THE EFFECT OF EFQM LEADERSHIP CRITERIA SCALE AND ITS SUB- DIMENSIONS IN HEALTHCARE BUSINESSES ON EMPLOYEE MOTIVATION IN TERMS OF DEMOGRAPHIC VARIABLES

Prof. Dr. Mehmet ARSLAN

Hacı Bayram Veli Üniversitesi, mehmet.arslan@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0966-3463

Tuğrul BATIRER

Sağlık Bakanlığı Porsaklar Devlet Hastanesi, tugrulbatirer@mail.com, orcid.org/0000-0003-0453-159X

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (30.11.2021-15.01.2022)

Öz

Sağlık işletmelerinin kendine has özellikleri nedeniyle liderlik ve motivasyon zorlukları yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin emek ve teknoloji yoğun hizmetler olmasından dolayı hizmet kalitesi teknolojiyi kullanan ve üreten sağlık çalışanlarının motivasyon seviyesinden etkilenmektedir. Bu çalışma ile sağlık çalışanlarının EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriterlerine ilişkin algıları ve bu algılarının motivasyonlarına olan etkisi eğitim durumu, kurumdaki görev, medeni durum, ve demografik değişkenler bakımından araştırılmıştır. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi ve Sincan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve bağlı birimleri çalışanlarına yönelik hazırlanan anket çalışması, EFQM liderlik kriterleri, liderlik davranışları algıları ve motivasyon düzeyleri demografik özellikler bakımından ölçek analizleri, bulguları ve yorumları ile değerlendirilmiştir. Liderlik ölçeği ile alt boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde demografik değişkenler bakımından farklılık olup olmadığı anova ve student t testi ile incelenmiştir. Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının sağlık çalışanlarının motivasyonuna etkisi ve çalışanların buna yönelik algıları belirlenmiştir. Motivasyon seviyesinde eğitim durumu, kurumdaki görev, medeni durum, yaş, değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu demografik değişkenlerin liderlik ölçeği ile alt boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde algılarını etkilemediği tespit

¹ Bu makale "Sağlık İşletmelerinde Liderlik Boyutunun Belirleyicileri ve Çalışan Motivasyonuna Etkisi: EFQM Liderlik Boyutunun Uygulanabilirliği Araştırması" yayımlanmamış doktora tezinden türetilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

edilmiştir. Bu nedenle demografik değişkenlere ilişkin liderlik kriterleri ve motivasyon konularının farklı bakış açıları ve disiplinlerarası bir metodoloji ile ele alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: EFQM, EFQM Mükemmellik Modeli, liderlik, motivasyon, sağlık işletmesi.

Abstract

Leadership and motivation difficulties are experienced due to the unique characteristics of health enterprises, Since health services are labor and technology intensive services, service quality is affected by the motivation level of health workers who use and produce technology. With this study, the perceptions of healthcare professionals regarding the EFQM Excellence Model leadership criteria and the effect of these perceptions on their motivation were investigated in terms of educational status, position in the institution, marital status, work experience and demographic variables. The questionnaire study, prepared for the employees of Ankara Provincial Health Directorate Dr. Nafiz Körez State Hospital and Sincan Oral and Dental Health Center and its affiliated units, was evaluated with scale analysis, findings and comments on scale reliability, demographic characteristics analysis, EFQM leadership criteria, perceptions of leadership behaviors and motivation levels. With the t-test it was examined whether there is a difference in terms of demographic variables in the leadership scale with its sub-dimensions and motivation scale. The effect of the leadership scale and its sub-dimensions on the motivation of health workers and their perceptions about it were determined. There was no statistically significant difference in motivation level in terms of educational status, job in the institution, marital status, age. It has been determined that these demographic variables do not affect their perceptions in the leadership scale and its sub-dimensions and motivation scale. For this reason, it is suggested that leadership criteria and motivation issues related to demographic variables should be handled with different perspectives and an interdisciplinary methodology.

Keywords: EFQM, EFQM Excellence Model, leadership, motivation, healthcare business.

1. GİRİŞ

Liderlik, insanoğlunun varoluşundan günümüze kadar küçük-büyük topluluklardan devletlere, devletlerden imparatorluklara kadar her topluluk içinde var olmuş bir olgudur. İnsanların bir araya getirilerek iş birliğinin sağlanması, bir amaca yönlendirilmesi lider vasıtasıyla gerçekleşmektedir (Eren, 1998: 342). Lider, amaç ve disipline bağlı olarak çok farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bunlar arasında; "Bir grubu ve örgütteki insanları belirli bir amaç doğrultusunda etkileme gücüne sahip kişi" (Tengilimoğlu, 2005). Liderlik ise "Bir süreç kapsamında örgütsel amaçların başarılması yönünde istekli ve başarılı çalışabilmeleri için bireyleri etkileme sürecidir" (Koontz, O'Donnell ve Wichrich, 1999: 451).

İyi bir liderlik her organizasyon için önemli olduğu gibi sağlık işletmeleri için de önem arz etmektedir. Sağlık çalışanları 7/24 esasına göre, işlevsel olarak birbirlerine bağlı, teknoloji-yoğun, emek-yoğun, aşırı uzmanlaşma ve multidisipliner süreçlerin bir arada olduğu, matriks organizasyon yapısında hizmet vermektedirler. Bu karmaşık organizasyon yapısında hizmet veren çalışanları yönlendirecek ve motive edecek liderlere ihtiyaç vardır. Sağlık kuruluşlarının geleceğini iyi yönetilmek yada yönetilememek belirleyecektir (Tabish, 1998).

Bu çalışma EFQM Mükemmellik Modeli liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin eğitim durumu, kurumdaki görev, medeni durum, yaş, demografik değişkenler

2



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

bakımından farklılık olup olmadığı, sağlık çalışanlarının motivasyon seviyelerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Literatürde EFQM Mükemmellik Modeli, liderlik ve motivasyon konuları birbirinden bağımsız olarak araştırıldığında tez ve makale olarak çok sayıda araştırmaya ulaşılabilmektedir. Liderlik davranışları, liderlik tarzları ve dönüşümcü liderliğin çalışan motivasyonu üzerine olan etkisi araştırılmış olduğu görülmektedir. Bu çalışmada sağlık yönetimi alanında yeni ve etkili kalite modellerinden biri olan EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriterlerinin demografik değişkenler bakımından sağlık çalışanlarının motivasyonuna etkisi araştırılarak literatürdeki bu boşluğun doldurulmasına katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Araştırma sistematik olarak ele alınan dört önemli unsuru bir araya getirmektedir. İlk dört bölümde liderlik, motivasyon, sağlık işletmesi ve özellikleri ve EFQM Mükemmellik Modeli ele alınmakta ve literatüre odaklanılmaktadır. Diğer bölümlerde araştırmanın yöntemi yer almaktadır. Son bölümde ise araştırmanın bulguları analiz edilerek sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

2. LİDERLİK KAVRAMI

İnsanlar tek başlarına gerçekleştiremedikleri amaçlarını gerçekleştirmek için bir araya gelirler. Toplumsal grupları ve gruptaki bireyleri ortak amaç ve hedefler doğrultusunda birleştirecek ve yönlendirecek lidere ihtiyaç vardır (Semiz, 2011: 12). Ortak amaçların gerçekleştirilebilmesi için insanların bir araya getirilmesi, motive edilmesi, yönetilmesi ve harekete geçirilmesi yani onlara liderlik edilmesiyle mümkün olabilmektedir. Bu nedenle liderlik bütün sosyal gruplar için önemlidir. Liderler ortak amaçlar doğrultusunda grupta yer alan insanları etkileyen, yönlendirip harekete geçiren kişilerdir (Semiz, 2011: 12). Katz ve Kahn'a göre bir organizasyonda liderliğe ihtiyaç duyulmasının nedenleri şunlardır; örgütsel tasarım eksikliği, değişen çevresel koşullar, örgütün içsel dinamiği, insan üyeliğinin doğasıdır (Arıkan, 2003: 10). Sağlık işletmelerinde ise teknoloji ve emeğin yoğun olarak kullanılması nedeniyle sağlık bakım kalitesini güçlendirebilecek temel kişi liderdir (Hartley, Matin ve Benington, 2008: 15).

2.1. Liderlik Teorileri (Kuramları)

Aşağıdaki çizelge 1 literatürde yeralan ve tarihsel süreç içerisinde ortaya çıkan liderlik teorileri ve özelliklerini göstermektedir.

Çizelge 1. Liderlik teorilerinin tarihsel gelişimi (Jiang, 2014)

Geçerli Teori		Geçerli Periyot	Teorinin Özeti
Geleneksel Liderlik Teorileri	Özellikler Teorisi	1910'dan 2.dünya savaşına	Liderlerin genel ve ortak özellikleri. Liderliğin belirleyici unsurlarının bireysel nitelikler olduğunu savulmuştur. Lider kişilik özellikleri, yetenekleri ve fiziksel özellikleri bakımından izleyicilerden farklıdır ve bu farklılıklar onu lider yapmaktadır. (Avcı ve Topaloğlu, 2009; Yılmaz ve Ceylan, 2011).
	Davranışsal Teoriler	1940-1960'lara 1-Ohio State Üniversitesi Liderlik Çalışması, 2-Michigan Üniversitesi Çalışması, 3-Yönetimsel Diyagram Modeli (Blake ve Mouton'un Yönetim Tarzı Matrisi), 4-McGregor'un X ve Y Teorisi, 5-Likert Kuramı Sistem-4 Modeli (Koçel, 2011: 578-583).	Liderlerin gösterdiği davranışlar. Liderlik davranışları kazanılabilir. Liderin izleyicileri karşısında "ne ve nasıl" yaptığının incelenmesidir
	Durumsallık Teorileri	1960'lardan 1980'lere 1-Fiedler'in Etkin Liderlik Modeli, 2-Amaç-Yol Teorisi, 3-Vroom ve Yetton'un Karar Verme Modeli , 4-Reddin'in Üç Boyutlu Liderlik Teorisi, 5-Hersey ve Blanchard'ın Liderlik Teorisi	Herkese uygun değişmeyen ve en iyi liderlik yoktur. Farklı durumlarda farklı liderlik tarzının geçerliliği bulunmaktadır. Durumsallık yaklaşımına göre liderlik ortamın özellik ve gereksinimlerine göre ortaya çıkmaktadır (Avcı ve Topaloğlu, 2009).
	Yeni Liderlik Teorileri	1980'lerden günümüze etkileşimci ve dönüştürücü liderlik kuramları	Liderin kişisel özellikleri, nitelikleri ve becerilerini içeren tüm kuramların karışımı.

3. MOTİVASYON KAVRAMI

Motivasyon bir insanı veya bir grubu, belirli bir amaç yönünde harekete geçirmek için yapılan çabaları ifade eder. Motivasyon; bireylerin belirli bir amacı gerçekleştirmek üzere kendi arzu ve istekleri ile davranışları olarak tanımlanabilir (Koçel, 2011: 619). Motivasyon konusunun temel amaçlarından biri işletme hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için çalışanların işlerine motive edilmesidir.

3.1. İşletmelerde Çalışanların Motivasyon Süreci

Liderlerin motive etme fonksiyonu; çalışanlara işletme amaçlarını anlatma, kabul ettirme ve çalışanları bu amaçlara ulaşma yönünde faaliyet göstermeye yönlendirmeyi içermektedir (Can ve Kavuncubaşı, 2001: 320). Motive etme sürecinde lider, çalışanların istekli iş yapmalarını sağlayacak olan çalışma ortamını oluşturur ve çalışanları etkileyerek isteklendirilir. İşletmelerde motivasyon uygulamalarının temel amacı, işletme ve çalışan amaçlarının uyumlaştırılmasıdır.

Böylece çalışanlar işletme amaçları doğrultusunda çalışarak kendilerinin ve işletmenin amaçlarını gerçekleştirmiş olurlar (Kuşluvan, 1999). Çalışanların motive olması, işletme hedeflerini kendi hedefleri olarak benimsemeleri anlamına gelmektedir (Zeynel ve Çarıkçı, 2015). İşletmelerde kullanılan motivasyon araçları; ekonomik araçlar, psiko-sosyal araçlar, örgütsel ve yönetsel araçlardır.

3.2.Motivasyon Kuramları

Çizelge 2. Kapsam ve süreç kuramlarına genel bir bakış (Sıgır ve Gürbüz, 2017: 155)

Tür	Kuram	Temel Varsayım	Uygulayıcılara Katkısı
<u>Kapsam Kuramları</u> Bireylerin ne şekilde motive edildiğine odaklanır.	İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı- Maslow	Bireyin yaptığı her davranış, belirli ihtiyaçları gidermeye yöneliktir. Beş kademe ihtiyaç vardır.	Bireyleri örgüt amaçları doğrultusunda motive etmek için neler yapılması gerektiğini göstermektedir.
	X ve Y Kuramı - MC Gregor	X Kuramı bireyleri olumsuz, Y Kuramı ise olumlu davranışlar sergileyen çalışanlar olarak değerlendirilir.	Yöneticiler bireylerin farklılıklarını analiz ederek yönetim şekillerini ona göre düzenlemelidirler.
	Çift Faktör Kuramı (Hijyen - Motivasyon Kuramı)- Herzberg	Bireylerin motive edilmesi için olması gereken asgari koşullar hijyen faktörünü yansıtmaktadır.	Örgütteki bireylerin sadece hijyen ya da sadece motivasyon faktörlerinin tatmin edilmesi ile başarıya ulaştırmak mümkün değildir. Dolayısıyla yöneticiler her iki faktörü de göz önüne almalıdır.
	İhtiyaç Kuramı - McClelland	Başarma, güç kazanma ve ilişki kurma ihtiyaçlarından oluşmaktadır.	Başarma ihtiyacı kuvvetli olan bireyler, kendilerine yüksek hedefler koyarlar. Dolayısıyla yöneticilerin çalışanları iyi yönlendirmeleri gerekmektedir.
	ERG Kuramı - Alderfer	Var olma, ait olma ve gelişme ihtiyacından oluşur.	Yöneticiler ihtiyaçları tatmin ettikçe bireyler daha çok performans göstermektedirler.
<u>Süreç Kuramları</u> Süreç Kuramları durağan çevre koşulları	Koşullanma Kuramı - Pavlov / Skinner	Öğrenme davranışın bir sonucu olarak gerçekleşmektedir. Çevre Tarafından benimsenen ve ödüllendirilen davranışlar tekrar edilmektedir.	Yöneticiler çalışanlarına sık sık geribildirimlerde bulunurlarsa, onları olumlu davranışlara yönlendirmiş ve motivasyonlarını da arttırmış olacaklardır.
	Beklenti Kuramı - Vroom	Bireyin, belli bir iş için gayret sarf etmesi, valens, bekleyiş ve araçsallığa bağlıdır.	Davranış - sonuç ilişkisi geliştiren çalışmaların beklentileri karşılandıkça işe bağlılıkları artacak ve daha iyi performans göstereceklerdir.

varsayımından hareket ederek, iş motivasyonunun dinamik bir süreç içerisinde gerçekleştiğini savunmaktadır	Lawler - Porter Modeli	Bireyi motive eden faktör içsel ve dışsal ödüllerdir.	Yönetici dışsal faktörlere dikkat ederek çalışanın demoralize olmasını engellemelidir.
	Eşitlik Kuramı - Adams	Örgütlerdeki eşitsizlik algılarının çalışanlar üzerindeki etkilerinin, iş verimliliğine ne şekilde yansıdığını tartışmaktadır.	Yönetici her çalışana eşit şartlarda davrandığını ortaya koyduğunda tüm çalışanların motivasyonu yüksek olacaktır.
	Amaç Kuramı - Locke	Bireylerin amaçları örgütteki motivasyonları açısından temel belirleyicidir.	Yöneticiler, çalışanların hedeflerini yükselterek, performanslarını arttırmalıdır.

4. SAĞLIK İŞLETMESİ KAVRAMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri, "müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar" olarak tanımlanmaktadır. Hastane; "Her türlü sağlık hizmetinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine özgü bir takım özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşididir" (Koçyigit, 2006: 62). Sağlık işletmelerinin yönetimi diğer iktisadi işletmenin yönetiminden çok daha karmaşık olması nedeniyle çağdaş yönetim ve işletmecilik bilgi ve becerileri ile yönetilmesini gerektirmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin büyük bir kısmında sağlık işletmelerinin yönetimi profesyonel yönetim ile gerçekleştirilmektedir (Hayran, 1998: 179).

4.1. Sağlık İşletmelerinin Özellikleri

İşlevsel Bağlılık: İşlevsel bağlılık; bir işin yapılabilmesi bir hizmetin sunulabilmesi için başka kişilerin veya birimlerin üretmiş olduğu ürün veya hizmete duyulan gereksinimdir (Kavuncubaşı, 2000: 52). Sağlık işletmelerinin sunmuş oldukları sağlık hizmeti pek çok farklı meslek grubu tarafından üretilmektedir.

Sağlık İşletmeleri Karmaşık Yapıda Açık-Dinamik Sistemlerdir: Sağlık işletmeleri, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma hizmetlerini de vermesi nedeniyle karmaşıktır (Kavuncubaşı, 2000: 54-55). Sağlık işletmelerinde aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan bir başka nedendir.

Sağlık İşletmeleri Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır: Matriks organizasyonda fonksiyonel yönetici ile vaka (proje) yöneticisi olmak üzere iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Vaka yöneticisi ise neyin, ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir (Koçel, 2011: 323-329).

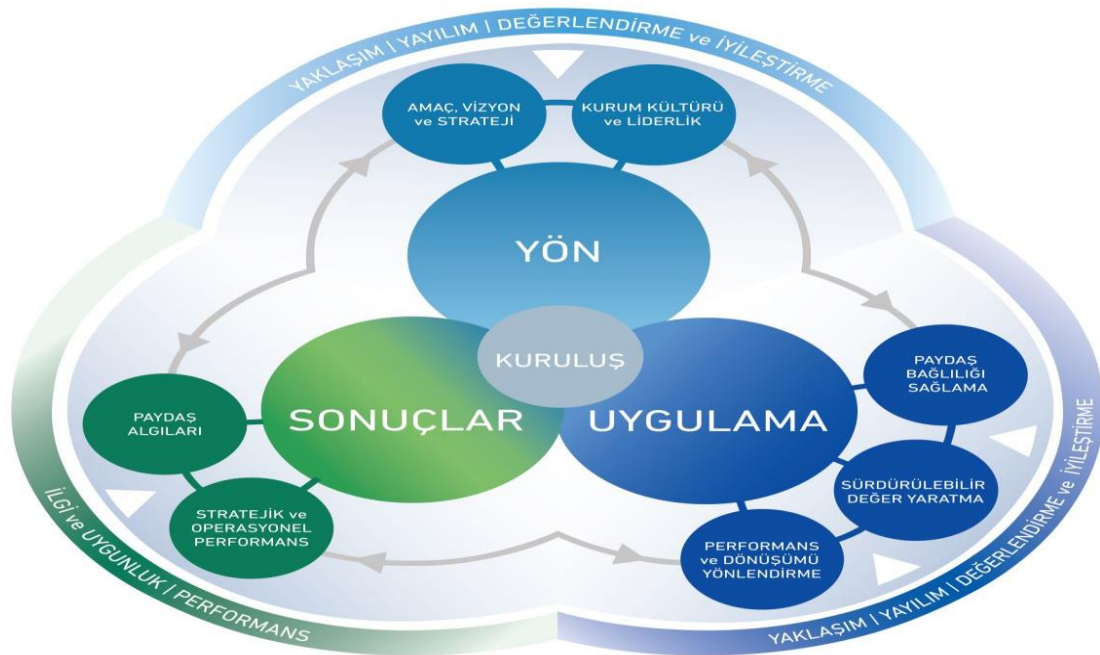
5. EFQM MÜKEMMELLİK MODELİ

EFQM Mükemmellik Modeli, Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation for Quality Management) tarafından sanayici ve akademisyenlerin bir araya getirilmesi oluşturulan bir grup

tarafından geliştirilerek 1991 yılında duyurulmuş bir modeldir. Modelin asıl teması müşteri memnuniyeti, çalışan memnuniyeti ile toplumdaki etkinin oluşturacağı mükemmel iş sonuçlarıdır. EFQM Mükemmellik Modeli, “Performansa, müşterilere, çalışanlara ve topluma yansıyan mükemmel sonuçlar, politika ve stratejinin, çalışanların, kaynakların ve süreçlerin uygun bir liderlik anlayışıyla yönlendirilmesi ile sağlanabilir” ifadesine dayanmaktadır (EFQM, t.y.; “EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri”, 2020; “EFQM Mükemmellik Modeli”, 2020). EFQM Mükemmellik Modeli kuruluşların/işletmelerin faaliyetlerini ve faaliyet sonuçlarını sistematik ve düzenli bir şekilde özdeğerlendirme yoluyla değerlendirilerek işletmelerinin güçlü ve gelişime açık yanlarının tespit edilmesini sağlayan bir kalite modelidir. Modelin asıl özelliği, boyutu ve sektörü ne olursa olsun tüm işletmeler tarafından kullanılabilen bir kurumsal değerlendirme aracı olmasıdır.

5.1. EFQM Mükemmellik Modelinin Üç Unsuru

- 1- Mükemmelliğin Temel Kavramları: Müşteriler için değer katma, sürdürülebilir bir gelecek oluşturma, kurumsal yetenekleri geliştirme, yaratıcılık ve yenileşimden yararlanma, çalışanların yetenekleriyle başarıma, vizyoner esin veren ve bütünsel liderlik, çeviklikle yönetme.
- 2- EFQM Mükemmellik Modeli: Mükemmelliğin temel kavramları ve RADAR uygulamasını kapsayan çerçeve 7 kriter.
- 3- RADAR: Dinamik değerlendirme çerçevesi ve güçlü bir yönetim aracı.



Şekil 1. EFQM Mükemmellik Modeli (“EFQM Model”, 2020; KalDer Eğitim Broşürü, 2020: 7.; EFQM Model Brochure, 2020: 10)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

5.2. EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri

Yön Kriterleri: Bu iki kriter kuruluş neden var olduğunu, amaçları ve stratejisini ortaya koyar. (EFQM Model Brochure, 2020: 1). Kriter 1: Amaç, Vizyon ve Strateji, Kriter 2: Kurum Kültürü ve Liderlik

Uygulama Kriterleri: Bu kriterler kuruluşun/işletmenin amacını ve stratejisini “nasıl” gerçekleştirmeyi planladığını ortaya koyar. (KalDer Mükemmellik Modeli Tanıtım Kitapçığı, 2020: 3-5). Kriter 3: Paydaş Bağlılığı Sağlama, Kriter 4: Sürdürülebilir Değer Yaratma, Kriter 5: Performans ve Dönüşümü Yönlendirme (EFQM Model Brochure, 2020: 1).

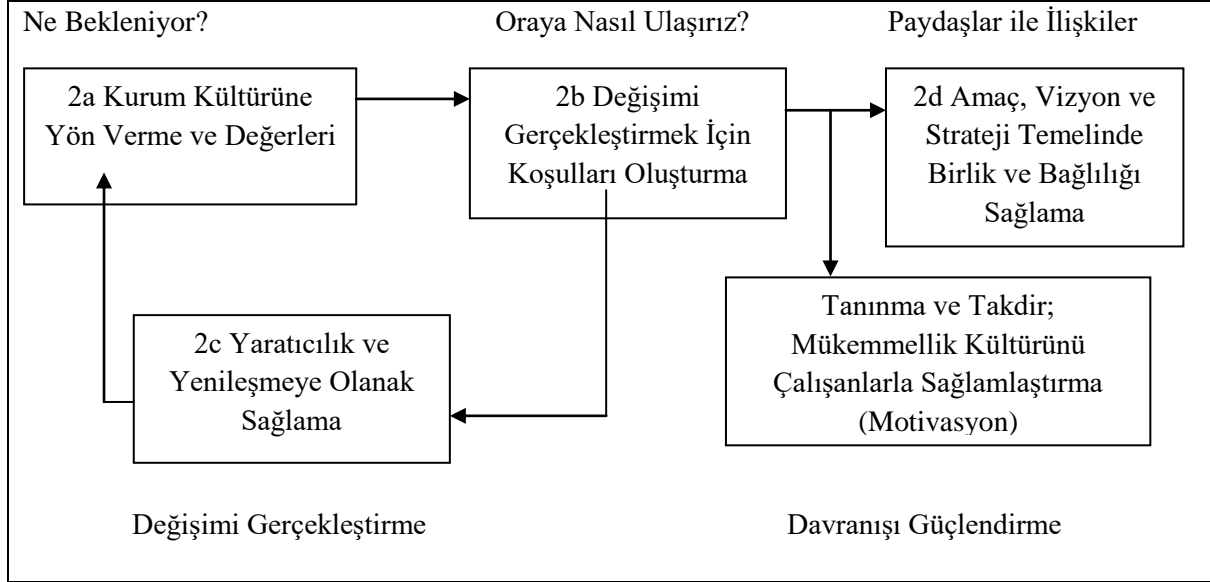
Sonuç Kriterleri: Kriter 6: Paydaş Algıları, Kriter 7: Stratejik ve Operasyonel Performans (EFQM Model Brochure, 2020: 1)

5.3. Sonuçlar RADAR

RADAR, kuruluşun/işletmenin bütünsel bir bakış açısıyla stratejisinin bir parçası olarak gerçekleştirmeyi amaçladığı sonuçları (Results) belirleme, mevcut ve geleceğe yönelik sonuçların gerçekleşmesini sağlayacak yaklaşımlara (Approaches) sahip olma, bu yaklaşımları uygun şekilde yayma (Deploy), yayılmış yaklaşımları öğrenme, geliştirme amacıyla değerlendirme ve iyileştirmeyi (Assess and Refine) gerektirir. (“EFQM Mükemmellik Modeli”, 2020; “EFQM Mükemmellik Modeli”, 2020; “EFQM Mükemmellik Modeli Kriterleri”, 2020; Sakarya Üniversitesi, 2020).

5.4. EFQM Mükemmellik Modeli Liderlik Kriteri

EFQM Mükemmellik Modeline göre liderler; sadece ceolar, işletme müdürleri, üst düzey yöneticiler ve bölüm müdürleri değildir. EFQM Mükemmellik Modelinde “lider” terimi, yönetim ve değişim sürecine katkıda bulunan herkesi temsil etmektedir. Bir liderin mutlaka yönetici olması gerekli değildir. İçsel ve dışsal bütünlük, sosyal sorumluluk ve etik davranış için rol modelidirler ve çalışanlarının en yüksek etik davranış standartlarını benimsemelerini sağlarlar (“myfirststepwithefqmmodel2010”, t.y., par. 1; EFQM, t.y.). EFQM mükemmellik modeline göre işletmede liderin görevleri; vizyon ve misyon oluşturmak, değerler aşlamak, iletişim, değişim ve dönüşümü yönlendirmektir. (“myfirststepwithefqmmodel2010”, t.y., par. 2; EFQM, t.y.). Bu görevler EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriterleri ile gerçekleştirilir. Bu kriterler şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil .2. EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ("EFQM Model", 2020,; KalDer Eğitim Broşürü, 2020)

6. YÖNTEM

Ankara Hacı BayramVeli Üniversitesi Etik Komisyonu 29.09.2020 tarih ve 10 sayılı toplantısında görüşülmüş olup 30/09/2020-E.27332 evrak tarih ve sayısı ile "Sağlık İşletmelerinde Liderlik Boyutunun Belirleyicileri ve Çalışan Motivasyonuna Etkisi: EFQM Liderlik Boyutunun Uygulanabilirliği Araştırması" çalışmasına ilişkin gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde, anova testi, student-t testi yöntemleri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler kullanılan istatistiksel yöntemlerle sınırlandırılmıştır. Anova Testi; birbirinden bağımsız k tane ($k > 2$) gruptan en az birisinin ortalamasının diğerlerinden farklı olup olmadığını inceleyen parametrik bir test yöntemidir. ANOVA testi sonucunda gruplardan en az birisinin ortalamasının diğerlerinden farklı olduğuna karar verilirse farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan testlere çoklu karşılaştırmalar (ikili karşılaştırmalar) denir. Student-t Testi ise; bir grubun ortalamasının herhangi bir değerden farklı olup olmadığını testi, bağımsız iki grubun ortalamalarının farklı olup olmadığını testi, bağımlı iki grubun ortalamalarının farklı olup olmadığını testidir (wikipedia-varyans_analizi, wikipedia student t testi)

6.1. Araştırmanın Evreni Örnek Çapı ve Duyarlılığa Bağlı Olarak Örnek Çapının Belirlenmesi

Araştırmanın evrenini, Ankara ili Sincan bölgesi Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi ile Sincan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık çalışanları (doktor, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, klinik destek personeli, hizmetli, şoför, teknisyen gibi) oluşturmaktadır. Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi ile Sincan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde çalışan kişi sayısı 1322'dir. Örnekleme ise sağlık çalışanları arasında kolayda örnekleme yöntemi ile seçilenler oluşturmaktadır.

Duyarlılık, güven düzeyi ve seçilecek örnekteki birim sayısı birbiri ile ilişkili değerlerdir. İstenilen düzeyde duyarlılık ve güvenilirliği sağlayan örnek çapı yığındaki birim sayısına bağlı olarak aşağıdaki formülde verilmiştir.

$$n = \frac{N(zs)^2}{Nd^2 + (zs)^2} \quad (1)$$

Burada N yığındaki birim sayısını, z istenilen güvenilirlik düzeyi için standart normal dağılımdaki kritik değeri, d duyarlılığı, s ise standart sapmayı göstermektedir. Eğer örnekleme çalışması yığındaki oran üzerine ise; orana ilişkin varyans

$s^2 = p.q$ ($q = 1 - p$) olduğundan formül $n = \frac{Nz^2 pq}{Nd^2 + z^2 p q}$ (2) şeklinde ifade edilir (Yamane, 2001: 94-95). Yığından seçilecek örneklem sayısı yukarıda (2) ile verilen formül uygulanarak elde edilir.

Çalışmanın çerçevesi ve kısıtlarına göre örneklem çapı %95 güvenirlilik ve %7,5 duyarlılık düzeyinde olması uygun görülmüştür. Buna göre örnek çapı 152 kişi olarak tespit edilmiştir. Uygulama aşamasında 178 kişiye anket uygulanarak çalışma tamamlanmıştır.

6.2. Veri toplama Araçları

Veri toplama aracı demografik sorulardan ve EFQM Mükemmellik Modeli el kitabından uyarlanmış 40 önermeden oluşan anket ile ölçülmüştür. Toplam 40 maddeden oluşan liderlik ölçeği 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Liderlik ölçeği 5'li tarzında hazırlanmış olup kodlama 1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum şeklindedir.

7. BULGULAR

Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için aşağıdaki hipotezler test edilmiştir:

EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının kurumdaki görevine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının iş tecrübmesine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Yapılan anket sonuçları liderlik ölçeği ile alt boyutları ve motivasyon ölçeği demografik değişkenler bakımından incelenerek aşağıdaki tablolarda yer alan bulgular elde edilmiştir.

Çizelge 3. Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Liderlik Genel Ortalama	Kadın	72	3,32	1,129	3,887	0,000
	Erkek	106	2,64	1,160		
Liderlik a Boyutu Ortalama	Kadın	72	3,36	1,213	4,148	0,000
	Erkek	106	2,57	1,264		
Liderlik b Boyutu Ortalama	Kadın	72	3,38	1,218	3,051	0,003
	Erkek	106	2,82	1,211		
Liderlik d Boyutu Ortalama	Kadın	72	3,35	1,107	3,745	0,000
	Erkek	106	2,69	1,175		
Liderlik c Boyutu Ortalama	Kadın	72	3,24	1,196	3,630	0,000
	Erkek	106	2,57	1,223		
Motivasyon Ortalama	Kadın	72	3,27	1,175	3,703	0,000
	Erkek	106	2,59	1,223		

Liderlik ölçeği ile alt boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde cinsiyet değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre; her iki ölçekte ve alt boyutlarında cinsiyet değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ortalamalar incelendiğinde her iki ölçekte ve alt boyutlarında kadın katılımcıların algılarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir.

Çizelge 4. Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin medeni durum değişkeni bakımından incelenmesi

	Medeni Durum	N	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Liderlik Genel Ortalama	Evli	150	2,93	1,185	0,270	0,787
	Bekar	28	2,86	1,252		
Liderlik a Boyutu Ortalama	Evli	150	2,89	1,292	-0,059	0,953
	Bekar	28	2,90	1,364		
Liderlik b Boyutu Ortalama	Evli	150	3,05	1,235	0,137	0,891
	Bekar	28	3,01	1,302		
Liderlik d Boyutu Ortalama	Evli	150	2,96	1,169	0,077	0,939
	Bekar	28	2,94	1,321		
Liderlik c Boyutu Ortalama	Evli	150	2,87	1,257	0,773	0,440
	Bekar	28	2,67	1,243		
Motivasyon Ortalama	Evli	150	2,88	1,244	0,530	0,597
	Bekar	28	2,75	1,274		

Liderlik ölçeği ile alt boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde medeni durum değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı t testi ile incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre; her iki ölçekte ve alt

boyutlarında da medeni durum değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Çizelge 5. Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin eğitim durumu değişkeni bakımından incelenmesi

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Liderlik Genel Ortalama	Lise	21	3,06	1,084	0,660	0,518
	Üniversite	102	2,94	1,195		
	Lisansüstü	50	2,75	1,266		
	Toplam	173	2,90	1,201		
Liderlik a Boyutu Ortalama	Lise	21	2,99	1,165	0,586	0,558
	Üniversite	102	2,93	1,297		
	Lisansüstü	50	2,71	1,403		
	Toplam	173	2,87	1,311		
Liderlik b Boyutu Ortalama	Lise	21	3,07	1,139	0,346	0,708
	Üniversite	102	3,08	1,302		
	Lisansüstü	50	2,90	1,194		
	Toplam	173	3,02	1,248		
Liderlik d Boyutu Ortalama	Lise	21	3,13	1,204	0,712	0,492
	Üniversite	102	3,00	1,169		
	Lisansüstü	50	2,80	1,245		
	Toplam	173	2,96	1,193		
Liderlik c Boyutu Ortalama	Lise	21	3,07	1,140	0,849	0,430
	Üniversite	102	2,83	1,237		
	Lisansüstü	50	2,65	1,337		
	Toplam	173	2,81	1,255		
Motivasyon Ortalama	Lise	21	3,06	1,114	0,767	0,466
	Üniversite	102	2,86	1,243		
	Lisansüstü	50	2,67	1,319		
	Toplam	173	2,83	1,250		

Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin eğitim durumu değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgulara göre; liderlik ölçeği ile alt boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde eğitim durumu değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Çizelge 6. Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin kurumdaki görev değişkeni bakımından incelenmesi

	Görev	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Liderlik Genel Ortalama	Doktor	24	2,73	1,381	1,755	0,176
	Yardımcı Sağlık Personeli	88	2,80	1,190		
	Diğer Sağlık Personeli	56	3,15	1,136		
	Toplam	168	2,91	1,207		
Liderlik a Boyutu Ortalama	Doktor	24	2,56	1,446	1,503	0,226
	Yardımcı Sağlık Personeli	88	2,81	1,341		
	Diğer Sağlık Personeli	56	3,09	1,224		
	Toplam	168	2,87	1,323		
Liderlik b Boyutu Ortalama	Doktor	24	2,97	1,374	1,009	0,367
	Yardımcı Sağlık Personeli	88	2,94	1,281		
	Diğer Sağlık Personeli	56	3,24	1,155		
	Toplam	168	3,05	1,254		
Liderlik d Boyutu Ortalama	Doktor	24	2,84	1,384	1,705	0,185
	Yardımcı Sağlık Personeli	88	2,82	1,172		
	Diğer Sağlık Personeli	56	3,18	1,143		
	Toplam	168	2,94	1,200		
Liderlik c Boyutu Ortalama	Doktor	24	2,64	1,383	2,324	0,101
	Yardımcı Sağlık Personeli	88	2,69	1,230		
	Diğer Sağlık Personeli	56	3,12	1,233		
	Toplam	168	2,83	1,263		
Motivasyon Ortalama	Doktor	24	2,67	1,364	2,833	0,062
	Yardımcı Sağlık Personeli	88	2,69	1,247		
	Diğer Sağlık Personeli	56	3,17	1,196		
	Toplam	168	2,85	1,261		

Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin kurumdaki görev değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgulara göre; liderlik ölçeği ile alt boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde kurumdaki görev değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Çizelge 7. Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin yaş değişkeni bakımından incelenmesi

	Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Liderlik Genel Ortalama	21-30 Yaş	17	2,63	1,035	0,968	0,409
	31-40 Yaş	59	3,04	1,132		
	41-50 Yaş	84	2,84	1,261		
	51-60 Yaş	18	3,18	1,192		
	Toplam	178	2,92	1,192		
Liderlik a Boyutu Ortalama	21-30 Yaş	17	2,54	1,146	0,990	0,399
	31-40 Yaş	59	3,00	1,188		
	41-50 Yaş	84	2,82	1,411		
	51-60 Yaş	18	3,20	1,235		
	Toplam	178	2,89	1,300		
Liderlik b Boyutu Ortalama	21-30 Yaş	17	2,66	1,081	0,808	0,491
	31-40 Yaş	59	3,18	1,215		
	41-50 Yaş	84	3,01	1,295		
	51-60 Yaş	18	3,12	1,229		
	Toplam	178	3,04	1,242		
Liderlik d Boyutu Ortalama	21-30 Yaş	17	2,76	1,055	1,621	0,186
	31-40 Yaş	59	3,13	1,121		
	41-50 Yaş	84	2,80	1,270		
	51-60 Yaş	18	3,33	1,064		
	Toplam	178	2,96	1,190		
Liderlik c Boyutu Ortalama	21-30 Yaş	17	2,57	1,066	0,592	0,621
	31-40 Yaş	59	2,93	1,200		
	41-50 Yaş	84	2,78	1,297		
	51-60 Yaş	18	3,06	1,413		
	Toplam	178	2,84	1,253		
Motivasyon Ortalama	21-30 Yaş	17	2,62	1,058	0,997	0,395
	31-40 Yaş	59	3,03	1,180		
	41-50 Yaş	84	2,74	1,305		
	51-60 Yaş	18	3,08	1,336		
	Toplam	178	2,86	1,246		

Liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin yaş değişkeni bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA testi ile incelenerek elde edilen bulgulara göre; liderlik ölçeği ile alt

boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde yaş değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çizelge 8: Hipotezlerin genel değerlendirilmesi

Hipotezler	Sonuç
EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.	Kabul
EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.	Red
EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının kurumdaki görevine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.	Red
EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.	Red
EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriteri alt kriterleri ve çalışan motivasyonu sağlık çalışanlarının iş tecrübesine göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.	Red

Bu araştırmanın amacı sağlık işletmelerinde EFQM Mükemmellik Modeli liderlik kriterlerinin çalışan motivasyonu üzerinde demografik değişkenler bakımından etkilerinin ve etki düzeyinin tespit edilmesidir. Sağlık hizmetlerinin emek ve teknoloji yoğun hizmetler olması nedeniyle hizmet kalitesi teknolojiyi kullanan ve üreten sağlık çalışanlarının motivasyon seviyesinden etkilenmektedir. Bu çalışma ile EFQM Mükemmellik Modeli liderlik ölçeği ile alt boyutlarının ve motivasyon ölçeğinin eğitim durumu, kurumdaki görev, medeni durum, yaş, demografik değişkenler bakımından farklılık olup olmadığı, sağlık çalışanlarının motivasyon seviyelerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için aşağıdaki hipotezler test edilmiştir elde edilen bulgulara göre; EFQM liderlik ölçeği ile alt boyutlarında ve motivasyon ölçeğinde eğitim durumu, kurumdaki görev, medeni durum, yaş değişkenleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Ortalamalar incelendiğinde her iki ölçekte ve alt boyutlarında cinsiyet değişkeni bakımından kadın katılımcıların algılarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Diğer demografik değişkenlerin liderlik ölçeği ile alt boyutlarını ve motivasyon ölçeği seviyesini etkilemediği tespit edilmiştir. Bu nedenle demografik değişkenlere ilişkin liderlik kriterleri ve motivasyon konularının farklı bakış açıları ve disiplinlerarası bir metodoloji ile ele alınması önerilmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

KAYNAKLAR

- Arıkan, S. (2003). Yönetim ve Organizasyon. (1. Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık, 10.
- Avcı, U. ve Topaloğlu, C. (2009). “Hiyerarşik Kademelere Göre Liderlik Davranışlarını Algılama Farklılıkları: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma”. *K.M.U.İ.İ.B.F Dergisi*, 11(16): 1-20.
- Can, H. ve Kavuncubaşı, Ş. (2001). Kamu ve Özel Kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi. (4. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi, 320-321.
- Eren, E. (1998). Yönetim ve Organizasyon. İstanbul: Beta Yayım Dağıtım A.Ş., 342.
- Hartley, J., Martin, J. and Benington, J. (2008). Leadership in Health Care: A Review of the Literature for Health Care Professionals, Managers and Researchers, Commissioned by the National Institute for Health Research (NIHR) Service Delivery and Organization (SDO) Programme. Institute of Governance and Public Health Management, University of Warwick, 15.
- Hayran, O. ve Sur, H. (Editörler). (1998). Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Profesyonelleşme, Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayım, 179.
- İnternet: <https://sites.google.com/site/myfirststepwithefqmmodel2010/home/1-leadership>, Erişim tarihi: 13.08.2020.
- İnternet: <https://www.efqm.org/>, Erişim tarihi: 09.07.2020.
- İnternet: <https://www.efqm.org/efqm-model>, 09.07.2020.
- İnternet: <http://www.efqm.sk/criteria.html>, 09.07.2020.
- İnternet: <http://www.efqm.sk/fundamental-concepts.html>, 09.07.2020.
- İnternet: https://www.kalder.org/efqm_mukemmellik_modeli, Erişim tarihi: 13.08.2020.
- İnternet: <https://www.efqm.org/efqm-model>, Erişim tarihi: 13.08.2020.
- İnternet: <https://www.kalder.org/>, Erişim tarihi: 15.09.2020.
- İnternet: https://www.kalder.org/efqm_mukemmellik_modeli, Erişim tarihi: 15.09.2020.
- İnternet: <http://www.kalderankara.org/share/132171208E%C4%9FitimBro%C5%9F%C3%BCr%C3%BC.pdf>, Erişim tarihi: 11.10.2020.
- İnternet: EFQM. (2020). *Model Brochure*. EFQM Brussels Belgium, 1-8. https://mcusercontent.com/8aae4cc18759a21fc7689d67a/files/d5aa617d-fe86-48e9a9f5f3c817f0d14c/EFQM_MODEL_BROCHURE_AW_final_Free_Sponsors.01.pdf, Erişim tarihi: 13.08.2020.
- İnternet: https://tr.wikipedia.org/wiki/Varyans_analizi, Erişim tarihi: 15.09.2020.
- İnternet: https://tr.wikipedia.org/wiki/Student%27in_t_testi, Erişim tarihi: 15.09.2020.
- Jiang, J. (2014), “The Study of the Relationship between Leadership Style and Project Success”. *American Journal of Trade and Policy*, 1(1), 51-55.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000, 52, 54-55.
- Koçel, T. (2011). İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon Organizasyonlarda Davranış Klasik-Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar. (Onüçüncü Baskı). İstanbul: Beta Basım ve Yayıncılık A.Ş. 323-329, 576-583, 619.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Koçyiğit, S. (2006). *Faaliyete Dayalı Maliyet Yöntemi ve Hastane Uygulaması*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 62.
- Koontz, H., O'Donnell, C., and Weichrich, H. (1999). *Essential of Management*. Newyork: MacGraw Hill Inc., 451.
- Kuşlivan, Z. (1999). "Örgütlerde Motivasyonun Önemi ve Kullanılan Motivasyon Araçları". *Human Resources: İnsan Kaynakları ve Yönetim Dergisi*, 3(3), 55- 64.
- Semiz, H. (2011). *Ortaöğretim öğrencilerinde sporun liderlik üzerine etkisi (Hendek örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, 11-12.
- Sığrı ve Gürbüz (2017). *Örgütsel Davranış*. Ankara. Beta Basım Yayınları. (4.Baskı), 145-157.
- Tabish, S.A. (1998). "Towards Development of Professional Management In Indian Hospitals". *Journal of Management in Medicine*, 12(2), 109-119.
- Tengilimoğlu D. (2005). "Hizmet İşletmelerinde Liderlik Davranışları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma". *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 23-48.
- Tengilimoğlu, D. (2005). "Kamu ve Özel Sektör Örgütlerinde Liderlik Davranışı Özelliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması". *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(14), 1-16.
- Yılmaz, A. ve Ceylan, Ç. B. (2011). "İlköğretim Okul Yöneticilerinin Liderlik Davranış Düzeyleri ile Öğretmenlerin İş Doyumu İlişkisi". *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetim*, 17(2): 277-394.
- Zeynel, E., ve Çarıkçı, İ. H. (2015). "Mesleki Motivasyonun, İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Akademisyenler Üzerine Görgül Bir Araştırma". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(3).



İLAÇ HARCAMALARININ ETKİN KONTROLÜ: ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE UYGULAMA

EFFECTIVE CONTROL OF DRUG EXPENDITURES: AN APPLICATION IN A TERTIARY HOSPITAL

Dr. Öğr. Üyesi İsa GÜL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, isagul233@gmail.com, orcid.org/0000-0002-9419-4816

Doç. Dr. Vahit YİĞİT

Süleyman Demirel Üniversitesi, yigitv@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-9805-8504

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (28.12.2021-29.04.2022)

Öz

Bu araştırmanın amacı, üçüncü basamak bir hastanenin 2020 yılı ilaç stoklarının ticari isim, etken madde ve ATC (Anatomik Terapötik Kimyasal Sınıflandırma) grupları baz alınarak stok kontrol yöntemleri ile analiz etmektir. Araştırma Ege Bölgesi'nde bulunan 626 yataklı bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini hastanede 2020 yılında eczane depodan çıkış işlemi gerçekleştirilen 742 kalem ilaç oluşturmaktadır. Araştırmada stok kontrol yöntemlerinden ABC (Always, Better, Control), VED (Vital, Essential ve Desirable) ve ABC-VED matrisi analiz yöntemleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamında 742 ilaç miktar açısından sırasıyla %7,7 (57), %12,5 (93) ve %79,8 (592) A, B ve C kategori maddeleri olduğu tespit edilmiştir. Toplam ilaç stok maliyetinin %81,08'i antienfektifler (sistemik), kan ve kan yapıcı organ ve antineoplastik ilaçlar olmak üzere 3 ATC grubuna aittir. Hastaneler, ilaç stoklarını ticari isim, etken madde ve ATC grupları bazında hem maliyet hem de hayati öneme haiz olup olmama kriterlerine göre rutin olarak stok kontrol yöntemleri ile analiz etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Stok Yönetimi, Hastane, ATC, ABC Analizi, VED Analizi.

Abstract

The purpose of this study was to analyze the 2020 medicine stocks of a tertiary hospital on the basis of trade names, active ingredients and ATC (Anatomic Therapeutic Chemical Classification) groups via stock control methods. We conducted the study in a university hospital with 626 beds in the Aegean Region. The target population of the study comprised 742 items of medicine which were discharged from the pharmaceutical warehouse of the hospital in 2020. The study used the ABC (Always, Better, Control), VED (Vital, Essential and Desirable) and ABC-VED matrix analysis methods, which are among stock control methods. Within the scope of the study we determined that there are 7.7% (57), 12.5% (93) and 79.8% (592) A, B and C category



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

items in terms of 742 amounts of drugs, respectively. 81.08% of the total medicine stock expenditure belong to three ATC groups as anti-infectives (systemic), blood and blood-forming organs and antineoplastic medicine. Hospitals should routinely analyze their medicine stocks on the basis of trade names, active ingredients and ATC groups according to the criteria of expenditure and state of having vital importance via stock control methods.

Keywords: Inventory Management, Hospital, ATC, ABC Analysis, VED Analysis.

GİRİŞ

İlaçlar hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve iyilik halinin desteklenmesi amacıyla kullanılan kimyasal maddeler olarak tanımlanmaktadır (Taylor, 2015). Etken maddeler ise; bir beşeri tıbbi ürünün üretiminde kullanılması planlanan, üretiminde kullanıldığında fizyolojik fonksiyonları düzeltmek, iyileştirmek, değiştirmek veya tıbbi teşhis amacıyla farmakolojik, immünolojik veya metabolik etki göstermek üzere ürünün etkin bileşeni olan madde ya da maddeler karışımıdır (RG, 2017). ATC, ilaçları veya etken maddeleri uluslararası düzeyde sınıflandıran bir sistemdir. ATC sınıflandırmasında, ilaçlar etki ettikleri organ veya sistem ile birlikte terapötik, farmakolojik ve kimyasal özelliklerine göre farklı gruplara ayrılmaktadır. ATC’de ilaçlar 14 ana grupta (J-Antienfektif, L-Antineoplastik, B-Kan ve Kan Yapıcı Organlar vb.) sınıflandırılmaktadır (Skrbo et al., 1999; WHO, 2012). İlaçlara, etken maddelere ve ilaçların ATC gruplarına yönelik sınıflandırmalar, bir hastanedeki ilaç stoklarının yönetiminde karar vericilere dikkate değer bilgiler sunmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda en önemli girdi kaynaklarından biri ilaçlardır. Toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları, gelişmiş ülkelerde genel olarak %10-15 iken, gelişmekte olan ülkelere bu oran %30-40’a ulaşmaktadır. İlaçlar, bir ülkenin sağlık sisteminin toplam sağlık bakım maliyetinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (WHO, 2003). Sağlık sisteminin en önemli yapı taşı olan hastanelerde ise (Yiğit ve Yiğit, 2019), özellikle kanser ilaçlarındaki fiyat artışı ve hasta sayısındaki artışlar ilaç harcamalarını artırmıştır. Hastaneler, yıllık bütçelerinin yaklaşık %40-50’sini genel malzeme alımlarına harcamaktadır (Doshi et al., 2007; Khurana, Chhillar and Gautam, 2013; Manhas Anil et al., 2012). İlaç harcamaları ise, toplam hastane harcamalarının yaklaşık %20-25’ini oluşturmaktadır. Bu durum, ilaç stoklarının etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesini zorunlu kılmaktadır (Uygun ve Yiğit, 2016).

Hastanelerdeki ilaç stokları, birçok satın alma işleminin yinelenildiği ve büyük miktarda harcamaların yapıldığı stoklardır. Hastanelerde ilaç stoklarının yetersizliği veya ilaç bulunmaması sağlık hizmeti sunumunu, hastane imajını ve hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir (Anand et al., 2013; Kumar and Chakravarty, 2015). Hastanelerin kesintisiz bir sağlık hizmeti vermesinde ilaçların istenilen yer, zaman, miktar ve kalitede stoklanması gerekmektedir. Ancak bu stoklar gereğinden fazla alındığında hastanelerin en önemli kaynak israfları arasında yer almaktadır (Yiğit ve Yiğit, 2019). Hastanelerde stok kontrolü, satın alma ve depolama maliyetlerini minimize etmek ve bekleme süresini en aza indirmek için hangi ilacın sipariş edileceğini, ne zaman ve ne kadar sipariş verileceğini ve hangi ilaçtan ne kadar stok yapılacağını bilimsel olarak ortaya koyan bir malzeme yönetim fonksiyonudur.

Stok yönetiminde binlerce ilaç çeşidi bulduran hastaneler için, her bir öğeye eşit önem vermek gerçekçi değildir. Hastane yöneticilerinin, her bir ilaç grubunu önem derecesine göre uygun şekilde kontrol edebilmesi için, ilaçların sınıflandırılması gerekmektedir (Yu, 2011). Stok yönetiminde



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

önemli olduğu düşünülen iki faktör, ilacın maliyeti ve hayati önem derecesidir. Stok kontrol yöntemleri arasında bu iki kriteri barındıran ve yaygın olarak kullanılan yöntemler ABC ve VED analizleridir (Kumar and Chakravarty, 2015).

ABC analizi toplam stok maliyetinin büyük bir kısmını oluşturan az sayıdaki malzemenin ve maliyeti küçük olup çok sayıdaki malzemenin ayrıştırılmasında kullanılmaktadır (Chu vd., 2008; Kumar and Chakravarty, 2015). Daima daha iyi kontrol olarak bilinen ABC analizi, Pareto ilkesine dayanan malzeme yönetiminde oldukça yararlı bir analiz yöntemidir (Deshpande, 2008). Pareto'nun teorisine göre, A grubu ilaçlar miktar olarak %10'u, parasal değer olarak ise %70'i oluşturmaktadır. B grubu ilaçlar miktar olarak %20, parasal değer olarak %20'yi oluşturmaktadır. C grubu ilaçlar ise, miktar olarak %70'i, parasal değer olarak yalnızca %10'u oluşturmaktadır (Gupta et al., 2007; Vaz et al., 2008a; Khurana et al., 2013; Nigah, Devnani and Gupta, 2010). ABC analizinde, ilaçların stok tutarı ve tüketim miktarı hesaplanarak sınıflandırılma yapılmaktadır. Bu sınıflandırmada A grubu ilaçların stok tutarı yüksek, B grubu ilaçların stok tutarı orta düzey ve C grubu ilaçların stok tutarı düşük düzeydedir (Chu, Liang and Liao, 2008; Kumar and Chakravarty, 2015). A grubu ilaçlar; yüksek tüketim değerine sahip olduğu için çok sıkı kontrol edilmeli, güvenlik stokları düşük olmalı ve bu grupta yer alan ilaçların yönetimi üst yönetim düzeyinde yürütülmelidir. B grubu ilaçlar, orta tüketim değerine sahip oldukları için orta düzeyde kontrol edilmelidir. C grubu ilaçlar, düşük tüketim değerine sahip olduğu için düşük düzeyde kontrol edilmeli, güvenlik stokları yüksek olmalı ve bu grupta yer alan ilaçların yönetimi alt ve orta kademe yönetim düzeyinde yürütülmelidir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2017; Reddy, 2008).

VED analizi, bir ilacın hayati, gerekli ve isteğe bağlı kriterlerine odaklanmaktadır. Başka bir ifadeyle VED analizinde ilaçlar, insan hayatı açısından taşıdığı önem derecesine göre sınıflandırılmaktadır. V grubu, yaşam ve hasta bakımı için hayati öneme sahip ilaçlardır. Hayat kurtaran ilaçlar olarak da adlandırılan bu grup ilaçların her zaman stoklanması gerekmektedir (Khurana et al., 2013; Kumar and Chakravarty, 2015; Nigah et al., 2010; Vaz et al., 2008a; Vaz et al., 2008b). V grubu ilaçlar, bir hastanenin faaliyetlerine devam etmesinde hayati öneme sahip stoklardır. Bu ilaçların hastanede bulunmaması tolere edilemez (Deshpande, 2008; Nigah et al., 2010; Singh, Gupta and Devnani, 2015). E grubu ilaçlar, V grubuna kıyasla daha az hayati öneme sahip, hastanede bulunması gereken ve alternatifi olan ilaçlardır. E grubu ilaçlar, stokta bulunmadığında hastanenin faaliyetlerine devam edebileceği ancak hizmet kalitesinin olumsuz etkileneceği ilaç grubudur. D grubu ilaçlar ise, hayati önem derecesi en düşük ve isteğe bağlı stokta bulundurulmuş ilaçlardır (Khurana vd. 2013; Kumar and Chakravarty 2015; Nigah et al., 2010; Vaz et al., 2008a; Vaz et al., 2008b). D grubu ilaçlar, yokluğunda hastane işleyişinin olumsuz etkileneceği ve uzun süre tolere edilebilecek ilaç grubudur (Deshpande, 2008; Nigah et al., 2010; Singh et al., 2015).

ABC analizi temelde yıllık ilaç maliyeti kriterine odaklanırken, VED analizi ilaçların hayati, gerekli ve isteğe bağlı kriterlere odaklanmaktadır. Bazen, ABC veya VED analizi tek başına yeterli olmamakta, bazı sınırlamalar görülmektedir. ABC analizi esas olarak parasal değere dayanmakta ve bir ilacın önemini göz ardı etmektedir. Hastanedeki düşük parasal değeri olan bir ilaç, hasta tedavisi için çok önemli olabilmektedir. Bu nedenle, her bir ilacın önem derecesinin belirlenmesinde VED analizi de dikkate alınmalıdır (Kant et al., 2015). ABC-VED matris yönteminde ilaçlar, stok tutarı ve miktarı ile ilacın hayati önem derecesini birleştirerek 3x3 şeklindeki bir matris ile üç kategoride sınıflandırılmaktadır. Bu kategorilerden, kategori I, AV, AE, AD, BV ve CV alt kategorilerine ait ilaçlardan oluşmaktadır. Kategori II, BE, CE ve BD alt



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

kategorilerini kapsamaktadır. Kategori III ise CD alt grubunda bulunan ilaçlardan meydana gelmektedir (Kumar and Chakravarty, 2015; Vaz et al., 2008b).

ABC-VED analizleri hastane yöneticilerine önemli derecede destek sağlamaktadır. ABC-VED analizleri, stokları etkin bir şekilde yönetmede stratejik bir stok kontrol tekniği olarak her hastane için benimsenmesi gerekli yöntemlerdir (Yiğit, 2014). İşletmelerin kullanabileceği stok kontrol yöntemleri arasında ABC, VED yöntemlerine ek olarak, XYZ, FSN, HML, SOS, SDE, GOLF gibi çeşitli metotlar bulunmaktadır (Kumar et al., 2017; Pandya and Thakkar, 2016). Literatürde ilaç stoklarını ABC ve VED analizleri ile inceleyen çalışmalarda, genellikle ilaçların ticari isimleri üzerinden değerlendirme yapıldığı görülmektedir. Ayrıca ilaç stoklarının etken madde ve ATC grupları açısından ABC-VED analizi ile inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu araştırmada ticari ismin yanında etken madde isminin alınmasının nedeni, ilaç stoklarında ticari isimleri farklılık gösteren birçok ilacın tablet, ampul, flakon, şurup, pomad vb. formlarda aynı etken maddeye sahip olmasıdır. Hastanelerde etken maddesi ve farmasötik şekilleri aynı olan birçok ilaç yıl içinde muadil olarak kullanılabilir. Dolayısıyla bu araştırmanın amacı, üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin 2020 yılı ilaç stoklarının ticari isim, etken madde ve ATC grupları baz alınarak ABC, VED ve ABC-VED matris stok kontrol yöntemleri ile analiz etmektir.

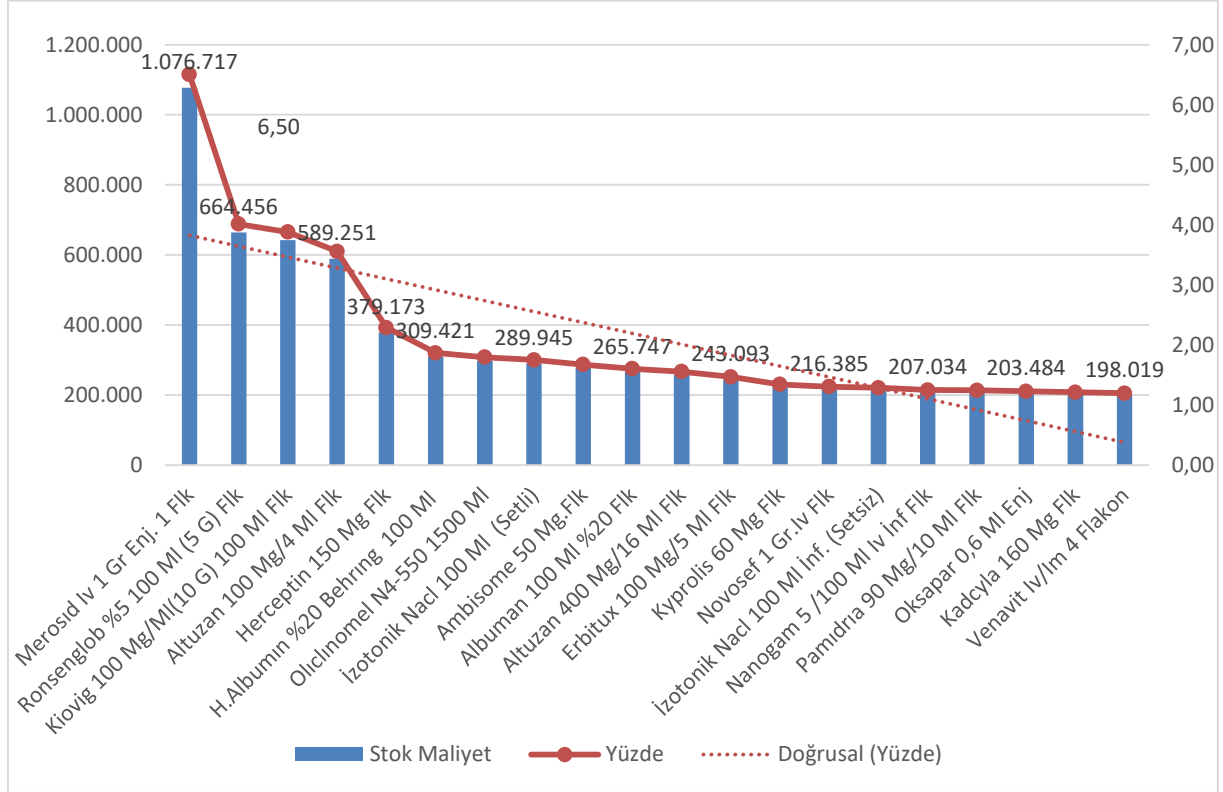
YÖNTEM

Araştırma Ege Bölgesi'nde bulunan 626 yataklı üçüncü basamak bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, hastanede 2020 yılında eczane deposundan çıkış işlemi yapılan 742 kalem ticari isimli ilaç oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem hesaplanmamış, çıkış yapılan tüm ilaçlar örneklem olarak alınmıştır. Araştırma verileri hastane bilgi sistemi üzerinden yazılı izin doğrultusunda temin edilmiştir. Araştırma için 19.01.2021 tarih ve E.2718 sayı ile hastane başhekimliğinden ve 05.02.2021 tarihli ve 2021/119 sayılı girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmada ilaçların ticari isim, etken madde ve ATC grubu açısından ABC, VED ve ABC-VED matrisi analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Araştırmada her bir ilaca ait yıllık ilaç stok miktarı ve ortalama birim fiyatı MS Excel programına aktarılmış ve analizler MS Excel'de yapılmıştır. Araştırmada ilaçların hangi grupta yer aldığını belirlemek için uzman görüşünden yararlanılmıştır. Bu kapsamda ilaçlar, hastanede görevli 3 eczacı ile VED gruplarına göre sınıflandırılmıştır. Bu araştırmada hastane yönetim bilgi sisteminden elde edilen veriler ile katılımcıların verdikleri bilgilerin doğru ve gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

BULGULAR

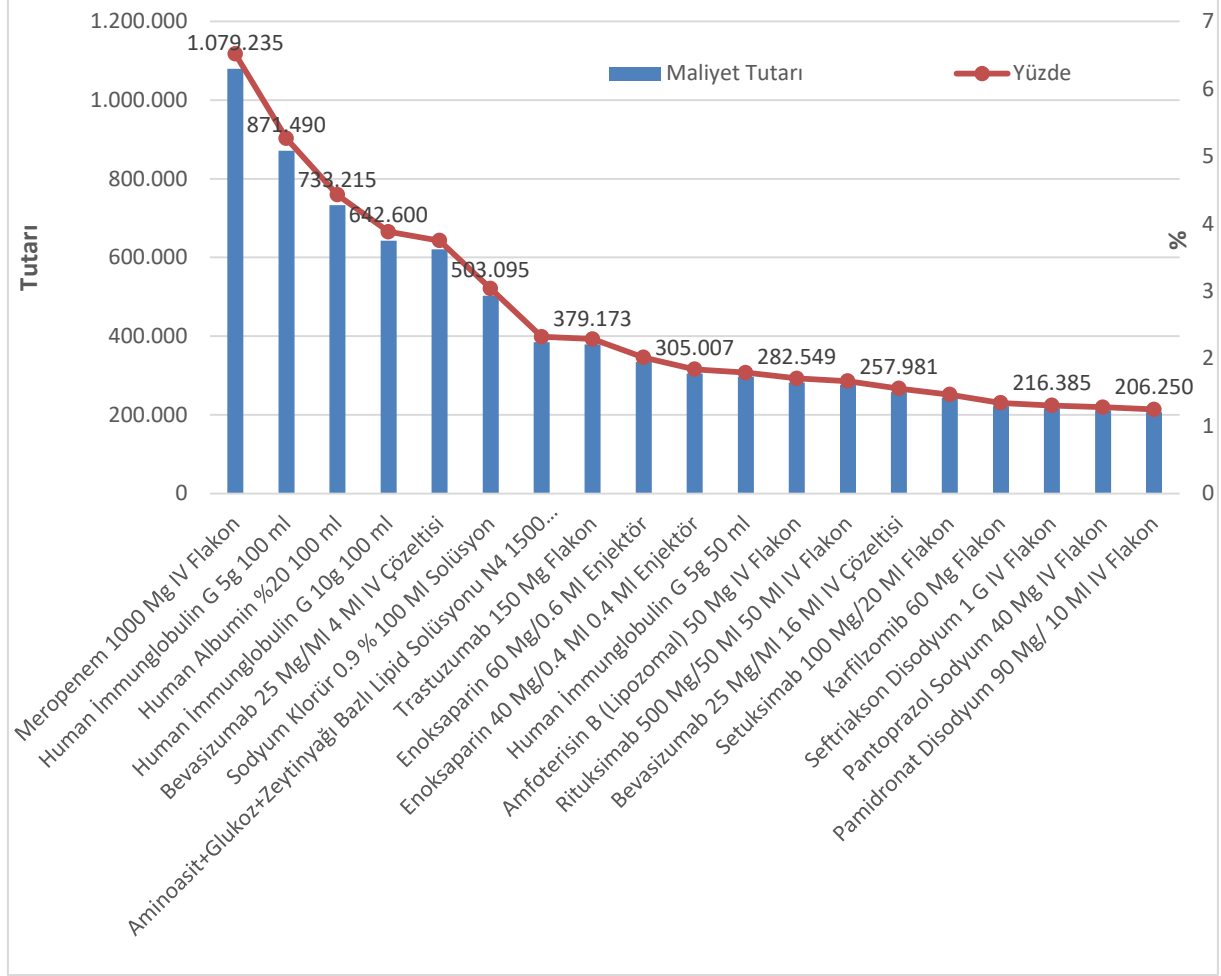
Araştırma kapsamında hastanenin 2020 yılında eczane deposundan cerrahi ve dâhili kliniklere çıkışı yapılan ilaç stok tutarı 16.558.052-TL olarak tespit edilmiştir. Hastanenin 2020 yılında eczane deposundan çıkışı yapılan 742 kalem ticari isme sahip ilaç bulunmaktadır. Bu ilaçlar, 542 kalem etken maddeye karşılık gelmektedir. Dolayısıyla ticari ismi bulunan ilaçların bir kısmı muadil ilaç özelliği taşımaktadır. Araştırmada öncelikle ticari isim açısından ABC analizi yapmak için ilaçların yıllık stok maliyet tutarları büyükten küçüğe sıralanmıştır. Yıllık maliyet tutarı en yüksek ilk 20 ticari isimli ilaç Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. İlaç Tüketiminin Ticari İsim, Maliyet Tutarı ve Yüzdesine Göre Dağılımı

Şekil 1'e göre, yıllık stok maliyet tutarı ve yüzdesi en yüksek 5 ilaç; Merosid iv 1 gr enj. 1 flk, Ronsenglob %5 100 ml (5g) flk, Kiovig 100 mg/ml (10 g) 100 ml flk, Altuzan 100 mg/4 ml flk ve Herceptin 150 mg flk olarak tespit edilmiştir. Şekil 1'deki 20 kalem ilaç, toplam ilaç maliyetinin %42,04'ünü oluşturmaktadır. ATC sınıflandırmasına göre, maliyet tutarı en yüksek 20 kalem ilacın %30'u antienfektifler (sistemik), %30'u antineoplastik ve immünomodülatör ajanlar, %30'u kan ve kan yapıcı organlar, %5'i sindirim sistemi ve metabolizma ve %5'i kas iskelet sistemi grubunda bulunmaktadır.

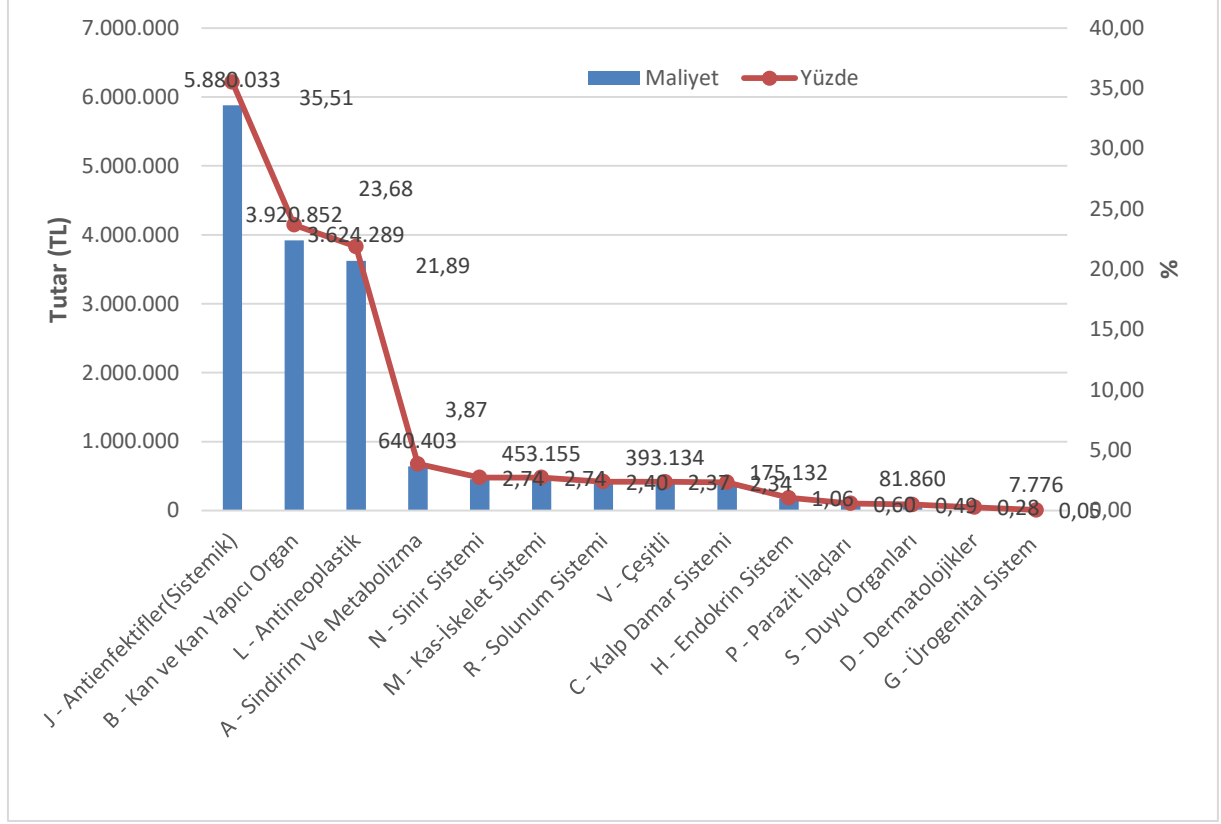
Araştırmanın amacı doğrultusunda ikinci aşamada ilaçlar etken madde bazlı ABC analizine tabi tutulmak amacıyla ilaç maliyet tutarları azalan şekilde sıralanmıştır. 542 kalem etken maddeye ait yıllık stok maliyet tutarı ve yüzdesi Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. İlaç Tüketiminin Etken Madde, Maliyet Tutarı ve Yüzdesine Göre Dağılımı

Şekil 2'ye göre, yıllık ilaç maliyet tutarı ve yüzdesi en yüksek 5 etken maddenin; Meropenem 1000 mg/iv flakon (%6,52), Human İmmunglobulin g 5g 100 ml (%5,26), Human Albumin %20 100 ml (%4,43), Human İmmunglobulin g 10g 100 ml (%3,88) ve Bevasizumab 25 mg/ml 4 ml iv çözeltilisi (%3,75) olduğu saptanmıştır. Şekilde gösterilen 20 kalem etken maddenin, toplam ilaç maliyeti içindeki payı %49,93 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın üçüncü aşamasında, ilaçlar ATC sınıflamasına göre kategorize edilerek ABC analizi ile incelenmek üzere maliyet tutarlarına göre sıralanmıştır. 14 gruptan oluşan ATC sınıflandırmasına ait yıllık stok maliyet tutarı ve yüzdeleri Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. İlaç Tüketiminin ATC Grubu, Maliyet Tutarı ve Yüzdesine Göre Dağılımı

Şekil 3 incelendiğinde, yıllık stok maliyet tutarı en yüksek ilk 5 ATC grubu sırasıyla; antienfektifler, kan ve kan yapıcı organ, antineoplastik, sindirim ve metabolizma ve sinir sistemi olarak tespit edilmiştir. Stok maliyet tutarı en yüksek ilk 3 grup, toplam ilaç maliyetinin %81,08'i gibi önemli bir yüzdeyi oluşturmaktadır. Geriye kalan ATC grubu ilaçların stok maliyet tutarı %18,92 olarak tespit edilmiştir.

İlaçların ticari isim, etken madde ve ATC gruplarına göre yer aldıkları yüzdelik dilimler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. ABC Analizine Göre Stok Miktarı ve Tutarının Yüzdeler Dilimlere Göre Dağılımı

Yüzde lik Dilim	Ticari İsim			Etken Madde			ATC Grup		
	Stok Sayı	Stok Maliyet Tutarı-TL (%)	Tutar Küm. %	Stok Sayı	Stok Maliyet Tutarı-TL (%)	Tutar Küm. %	Stok Sayı	Stok Maliyet Tutarı-TL (%)	Tutar Küm. %
0-10	1	1.076.717 (6,50)	6,50	1	1.079.235 (6,52)	6,52			
10-20	3	1.896.307 (11,45)	17,96	2	1.604.705 (9,69)	16,21			
20-30	6	1.819.262 (10,9)	28,94	4	2.151.387 (12,99)	29,20			
30-40	8	1.769.753 (10,69)	39,63	5	1.597.374 (9,65)	38,85	1	5.880.033	35,51
40-50	9	1.681.479 (10,16)	49,79	8	1.834.774 (11,08)	49,93			
50-60	12	1.665.374 (10,06)	59,84	8	1.506.367 (9,10)	59,03	1	3.920.852	59,19
60-70	18	1.645.412 (9,94)	69,78	13	1.764.864 (10,66)	69,69			
70-80	32	1.682.989 (10,16)	79,94	23	1.700.054 (10,27)	79,95			
80-90	61	1.652.685 (9,98)	89,93	43	1.643.050 (9,92)	89,88	3	4.718.119	87,69
90-100	592	1.668.075 (10,07)	100	435	1.676.243 (10,12)	100	9	2.039.048	100
Top.	742	16.558.053 (100)		542	16.558.053 (100)		14	16.558.053	100

Tablo 1 incelendiğinde, hastanenin toplam ilaç tüketim tutarının %49,79'unu 27 kalem ticari isimli ilaç oluşturmaktadır. Geriye kalan %50,21'lik oran ise, 715 kalem ticari isimli ilaca karşılık gelmektedir. Benzer şekilde toplam ilaç tüketim tutarının %49,93'ünü 20 kalem etken maddeye sahip ilaç oluşturmaktadır. Stok maliyet tutarının %50,07'lik kısmını ise, 522 kalem etken madde oluşturmaktadır. Diğer yandan hastanenin toplam ilaç stok tüketim tutarının %81,08'ini 3 ATC grubu antienfektifler, kan ve kan yapıcı organ ve antineoplastik ilaçlar oluşturmaktadır. Geriye kalan 11 ATC grubunun stok maliyet değeri 3.132.878-TL ve yüzdesi %18,92 olarak tespit edilmiştir. İlaçların ticari isim ve etken maddeye göre ABC ve VED analizi sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. ABC-VED Analizi

Analiz Grubu	Ticari İsim		Etken Madde	
	Miktar (%)	Stok Maliyet Tutarı-TL (%)	Miktar (%)	Stok Maliyet Tutarı-TL (%)
A	57 (7,68)	11.554.303 (69,78)	41 (7,56)	11.538.706 (69,69)
B	93 (12,53)	3.335.674 (20,15)	66 (12,18)	3.343.104 (20,19)
C	592 (79,78)	1.668.075 (10,07)	435 (80,26)	1.676.243 (10,12)
Toplam	742 (100)	16.558.052 (100)	542 (100)	16.558.052 (100)
V	145 (19,54)	7.691.951 (46,45)	112 (20,66)	7.691.951 (46,45)
E	466 (62,80)	8.447.966 (51,02)	310 (57,20)	8.447.966 (51,02)
D	131 (17,65)	418.135 (2,53)	120 (22,14)	418.135 (2,53)
Toplam	742 (100)	16.558.052 (100)	542 (100)	16.558.052 (100)

Ticari isme göre; A grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %69,78; B grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %20,15; C grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı ise %10,07 olarak tespit edilmiştir. Ticari isimli ilaçların miktar yüzdeleri A grubunda %7,68; B grubunda %12,53 ve C grubunda %79,78 olarak hesaplanmıştır.

Ticari isimli ilaçların önem düzeyine göre sınıflandırıldığı VED analizi sonuçlarında, V grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %46,45; E grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %51,02; D grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı ise %2,53 olarak tespit edilmiştir. VED analizinde ticari isimli ilaçların miktar yüzdeleri V grubunda %19,54; E grubunda %62,80 ve D grubunda %17,65 olarak hesaplanmıştır. Etken maddeye göre; A grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %69,69; B grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %20,19; C grubu ilaçların yıllık stok maliyet değeri ise %10,12 olarak tespit edilmiştir. Etken maddeli ilaçların miktar yüzdeleri A grubunda %7,56; B grubunda %12,18 ve C grubunda %80,26 olarak hesaplanmıştır. Etken maddelerin VED analizinde stok maliyet tutarları ticari isimli ilaçlarla aynı olmaktadır. Bu durumun nedeni, etken maddesi aynı olup farklı ticari isimleri bulunan ilaçların önem düzeyinin aynı şekilde değerlendirilmesidir. ATC gruplarına göre ABC analizi Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. ATC Gruplarına Göre ABC Analizi*

ATC Grup	A	B	C	Genel Toplam	Yüzde (%)
A - Sindirim Sistemi ve Metabolizma	348.155	61.716	230.531	640.403	3,87
B - Kan ve Kan Yapıcı Organlar	3.068.194	599.584	253.072	3.920.851	23,68
C - Kalp Damar Sistemi	95.722	196.182	94.876	386.780	2,34
D - Dermatolojikler	-	26.913	18.659	45.573	0,28
G - Ürogenital Sistem	-	-	7.776	7.776	0,05
H - Endokrin Sistem	-	118.571	56.560	175.131	1,06
J - Antienfektifler (Sistemik)	4.593.420	957.889	328.723	5.880.033	35,51
L - Antineoplastik ve İmmün Ajanlar	2.702.269	613.283	308.736	3.624.289	21,89
M - Kas-İskelet Sistemi	324.504	104.243	24.405	453.154	2,74
N - Sinir Sistemi	231.558	74.572	147.295	453.426	2,74
P - Parazit İlaçları Böcek İlaçları	-	88.102	10.441	98.543	0,60
R - Solunum Sistemi	190.476	158.282	48.333	397.093	2,40
S - Duyu Organları	-	51.247	30.613	81.860	0,49
V - Çeşitli	-	285.085	108.049	393.134	2,37
Genel Toplam Stok Maliyet Tutarı (TL)	11.554.303	3.335.674	1.668.074	16.558.052	100
			592		
Genel Toplam Stok Miktarı (%)	57 (%7,68)	93 (%12,53)	(%79,78)	742	100

*Tablo ticari isim baz alınarak oluşturulmuştur.

ATC grubuna göre, A grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %69,78; B grubu ilaçların yıllık stok maliyet değeri %20,15; C grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı ise %10,07 olarak saptanmıştır. Antienfektif ilaçlar toplam stok maliyetinin %35,51'ini, kan ve kan yapıcı organ ilaçları toplam stok maliyetinin %23,68'ini ve antineoplastik-immün ajan ilaçlar toplam stok maliyetinin %21,89'unu oluşturmaktadır. Antienfektif ilaçların %78,11'i A grubunda, kan ve kan yapıcı organ ilaçların %78,25'i A grubunda ve antineoplastik-immün ajan ilaçların %74,55'i ise A grubunda yer almaktadır. ATC gruplarına göre VED analizi sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. ATC Gruplarına Göre VED Analizi*

ATC Grup	V	E	D	Genel Toplam	%
A - Sindirim Sistemi ve Metabolizma	25.784	591.904	22.715	640.403	3,87
B - Kan ve Kan Yapıcı Organlar	1.794.008	2.118.932	7.912	3.920.852	23,68
C - Kalp Damar Sistemi	100.328	283.238	3.215	386.781	2,34
D – Dermatolojikler	-	43.491	2.083	45.573	0,28
G - Ürogenital Sistem	-	4.244	3.532	7.776	0,05
H - Endokrin Sistem	41.026	133.862	244	175.132	1,06
J - Antienfektifler (Sistemik)	1.898.183	3.976.959	4.891	5.880.033	35,51
L - Antineoplastik ve İmmün Ajanlar	3.624.289	-	-	3.624.289	21,89
M - Kas-İskelet Sistemi	-	446.290	6.864	453.155	2,74
N - Sinir Sistemi	177	449.639	3.610	453.427	2,74
P - Parazit İlaçları Böcek İlaçları	-	98.543	1	98.544	0,60
R - Solunum Sistemi	207.544	187.880	1.670	397.094	2,40
S - Duyu Organları	-	81.815	46	81.860	0,49
V – Çeşitli	612	229.190	163.333	393.134	2,37
Genel Toplam Stok Maliyet Tutarı (%)	7.691.951(46,5)	8.645.985 (51,0)	220.116 (2,5)	16.558.052	100
Genel Toplam Stok Miktarı (%)	145 (19,54)	466 (62,80)	131 (17,65)	742	100

*Tablo ticari isim baz alınarak oluşturulmuştur.

ATC gruplarının önem düzeyine göre kategorize edildiği VED analizi sonuçlarında, V grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %46,5; E grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı %51,0; D grubu ilaçların yıllık stok maliyet tutarı ise %2,5 olarak bulunmuştur. VED analizine göre, antienfektif ilaçların %67,63'ünün (3.976.959-TL) E grubunda, kan ve kan yapıcı organ ilaçlarının %54,04'ünün (2.118.932-TL) E grubunda ve antineoplastik-immün ajan ilaçların ise V grubunda (3.624.289-TL) buldukları saptanmıştır. Ticari isimli ve etken maddeli ilaçların stok maliyeti ve hayati önemi kombine edilerek gerçekleştirilen ABC-VED matrisi analizi ve kategorileri Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Ticari İsim ve Etken Maddeye Göre ABC - VED Matrisi Analizi ve Kategorileri

Kategori	Ticari İsim		Etken Madde		
	Miktar (%)	Tutar (%)	Miktar (%)	Tutar (%)	
I	AV	29	6.440.001	18	6.124.895
	AE	27	4.916.283	22	5.215.791
	AD	1	198.019	1	198.019
	BV	23	767.788	19	1.024.227
	CV	93	484.162	75	542.829
	Toplam	173 (23,31)	12.806.253 (77,34)	135 (24,90)	13.105.761 (79,15)
II	BE	68	2.465.109	45	2.216.100
	CE	371	1.066.574	243	1.016.075
	BD	2	102.778	2	102.778
	Toplam	441 (59,43)	3.634.461 (21,94)	290 (53,50)	3.334.953 (20,14)
III	CD	128 (17,25)	117.339 (0,70)	117 (21,58)	117.339 (0,70)
Genel Toplam	742 (100)	16.558.052 (100)	542 (100)	16.558.052 (100)	

ABC-VED matrisi kategorileri incelendiğinde, Kategori I'de (AV+AE+AD+BV+CV) bulunan ticari isim ilaçların sayısı 173 ve yıllık stok maliyeti 12.806.253-TL; etken madde ilaçların sayısı 135 ve yıllık stok maliyeti 13.105.761-TL'dir. Kategori I'deki ticari isimli ilaçlar toplam stok maliyetinin %77,34'ünü, etken maddeli ilaçlar ise maliyetin %79,15'ini oluşturmaktadır. Bu gruptaki ilaçlar, hem stok maliyet değeri hem de hayati önemi derecesi yüksek olan ilaçlardır. Bu nedenle Kategori I'de bulunan ilaçların etkin bir stok kontrol yönetimi ve yakından izlenmesi gereklidir. Kategori II'deki (BE+BD+CE) ticari isimli ilaçların sayısı 441 ve yıllık stok maliyeti 3.634.461-TL; etken madde ilaçların sayısı 290 ve yıllık stok maliyeti 3.334.953-TL'dir. Kategori II'deki ticari isimli ilaçlar toplam stok maliyetinin %21,94'ünü, etken maddeli ilaçlar ise maliyetin %20,14'ünü oluşturmaktadır. Bu gruptaki ilaçların hem stok maliyet değeri hem de hayati önemi derecesi orta düzeydedir. Dolayısıyla orta düzeyde bir stok kontrolü gerektirmektedir. Kategori III'deki (CD) ticari isimli ilaçların sayısı 128 ve yıllık stok maliyeti 117.339-TL; etken madde ilaçların sayısı 117 ve yıllık stok maliyeti 117.339-TL'dir. Kategori III'deki ticari isimli ve etken maddeli ilaçlar toplam stok maliyetinin %0,7'sini oluşturmaktadır. Bu gruptaki ilaçların hem stok maliyet değeri hem de hayati önemi derecesi düşük düzeydedir. Sonuç olarak düşük düzeyde bir stok kontrolü gerektirmektedir. ATC gruplarına göre ABC-VED matrisi sınıflandırması ve tutarları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. ATC Gruplarına Göre ABC-VED Matrisi Tutarları*

ATC Grup	Kategori I					Kategori II			Kategori III	Genel Toplam
	AV	AE	AD	BV	CV	BD	BE	CE	CD	
A - Sindirim Sistemi ve Metabolizma	-	150.156	198.019	-	25.783	-	61.716	182.032	22.715	640.403
B - Kan ve Kan Yapıcı Organlar	1.666.079	1.402.115	-	54.660	73.268	-	544.924	171.892	7.911	3.920.851
C - Kalp Damar Sistemi	-	95.722	-	59.320	41.007	-	136.861	50.653	3.215	386.780
D - Dermatolojikler	-	-	-	-	-	-	26.913	16.577	2.082	45.573
G - Ürogenital Sistem	-	-	-	-	-	-	-	4.244	3.531	7.776
H - Endokrin Sistem	-	-	-	40.523	502	-	78.047	55.814	244	175.131
J - Antienfektifler (Sistemik)	1.881.175	2.712.245	-	-	17.007	-	957.889	306.824	4.891	5.880.033
L - Antineoplastik	2.702.269	-	-	613.283	308.736	-	-	-	-	3.624.289
M - Kas-İskelet Sistemi	-	324.504	-	-	-	-	104.243	17.541	6.864	453.154
N - Sinir Sistemi	-	231.558	-	-	177	-	74.572	143.507	3.610	453.426
P - Parazit İlaçları	-	-	-	-	-	-	88.102	10.440	0,53	98.543
R - Solunum Sistemi	190.476	-	-	-	17.066	-	158.282	29.596	1.670	397.093
S - Duyu Organları	-	-	-	-	-	-	51.247	30.567	45,50	81.860
V - Çeşitli	-	-	-	-	611	102.777	182.307	46.882	60.555	393.134
Genel Toplam	6.440.0	4.916.28	198.01	767.78	484.16	102.77	2.465.10	1.066.57	117.33	16.558.052
K. Toplam (TL-%)		12.806.251 (77,34)					3.634.461 (21,94)		117.3 (0,7)	16.558.052

*Tablo ticari isim baz alınarak oluşturulmuştur.

İlaçların ATC grupları açısından ABD-VED sınıflandırılması incelendiğinde, stok maliyeti en yüksek olan antienfektif ilaçların %46,12'si AE grubunda bulunmaktadır. AE grubu, stok maliyetinin yüksek olduğu ve hizmet sunumunda temelde gerekli olan ilaçları içermektedir. Stok maliyetinde ikinci sırada olan kan ve kan yapıcı organ ilaçlarının %42,49'u ve stok maliyetinde üçüncü sırada bulunan antineoplastik ilaçların %74,55'i AV grubunda yer almaktadır. AV grubundaki ilaçlar maliyetinin yüksek olmasının yanı sıra hayat kurtaran ve kritik ilaçlardır.



TARTIŞMA

Bu çalışma üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin 2020 yılı ilaç stoklarının ticari isim, etken madde ve ATC gruplarına göre ABC, VED ve ABC-VED matris analizleri ile incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda yıllık ilaç maliyetinin %6,50'sini Merosid iv 1 gr enj. 1 flk (1.076.717-TL) ticari isimli ilaç oluştururken, ilaç maliyetinin %6,52'sini (1.079.235-TL) bu ilacın etken maddesi olan Meropenem 1000 mg/iv flakon oluşturmaktadır. Etken madde yüzdesinin ve tutarının yüksek olması, muadil ticari isimli ilaçların olduğunu göstermektedir.

ATC gruplarına göre hastanenin yıllık ilaç maliyetinin %35,51'ni antienfektif (sistemik) ilaçlar (5.880.033-TL), %23,68'ini (3.920.852-TL) kan ve kan yapıcı organ ilaçları ve %21,89'unu (3.624.289-TL) antineoplastik ilaçlar oluşturmaktadır. Antienfektif ilaçların ilk sırada yer almasının, antibiyotiklerin Covid-19 sürecinde rutin biçimde kullanılması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca ilaç stokları detaylı incelendiğinde, hastanede "*favipiravir*" etken maddesine sahip Covid-19 hastalığının tedavisinde bulunan ticari isimli ilaçların kullanıldığı belirlenmiştir. Araştırmada stok maliyetine göre ilaçların yüzdelik dilimleri değerlendirildiğinde, toplam ilaç stok maliyetinin %49,79'unu (8.243.518-TL) 27 kalem ticari isimli ilaç oluştururken, ilaç maliyetinin %49,93'ünü (8.267.475-TL) 20 kalem etken madde oluşturmaktadır. Benzer biçimde araştırmanın önemli bulgularından biri de toplam ilaç stok maliyetinin %81,08'inin grubu antienfektifler (sistemik), kan ve kan yapıcı organ ve antineoplastik ilaçlar gibi 3 ATC grubu ilaca ait olmasıdır.

Araştırmada hem ticari isim hem de etken maddelerin yıllık tüketim miktarları ve maliyetleri temelinde yapılan ABC analizinde, ticari isimli ilaçların stok maliyet değeri ABC grupları için sırasıyla %69,78, %20,15 ve %10,07 şeklinde hesaplanmıştır. Ticari isimli ilaçların miktar yüzdeleri ise sırasıyla; %7,68, %12,53 ve %79,78 olarak saptanmıştır. ABC analizinde etken maddeli ilaçların stok maliyet değeri ABC grupları için sırasıyla %69,69, %20,19 ve %10,12 şeklinde hesaplanmıştır. Etken madde ilaçların miktar yüzdeleri ise sırasıyla; %7,56, %12,18 ve %80,26 olarak tespit edilmiştir.

Ticari isim ve etken maddeli ilaçların ABC analizi yüzdeleri karşılaştırıldığında birbirine yakın değerler aldıkları söylenebilir. Ortaya çıkan farklılıklar ise, etken maddesi aynı olan ticari isimli ilaçların stokta olması ile açıklanabilir. Ticari isim ve etken maddeli ilaçların VED analizi sonuçlarında, yıllık stok maliyet değerleri sırasıyla %46,45, %51,02 ve %2,53 olarak bulunmuştur. İlaçların miktar yüzdeleri sırasıyla; %19,54, %62,80 ve %17,65 şeklinde hesaplanmıştır.

Araştırmada ABC-VED matrisi kategorileri değerlendirildiğinde, Kategori I'de (AV+AE+AD+BV+CV) bulunan ticari isimli ilaçlar toplam stok maliyetinin %77,34'ünü, etken maddeli ilaçlar ise maliyetin %79,15'ini oluşturmaktadır. Kategori II'deki (BE+BD+CE) ticari isimli ilaçlar toplam stok maliyetinin %21,94'ünü, etken maddeli ilaçlar ise maliyetin %20,14'ünü oluşturmaktadır. Kategori III'deki (CD) ticari isimli ve etken maddeli ilaçlar toplam stok maliyetinin %0,7'sini oluşturmaktadır.

ATC grupları açısından ABD-VED sınıflandırılması incelendiğinde, stok maliyeti en yüksek olan antienfektif (sistemik) ilaçların %46,12'si AE grubunda bulunmaktadır. Stok maliyetinde ikinci sırada olan kan ve kan yapıcı organ ilaçlarının %42,49'u ve stok maliyetinde üçüncü sırada bulunan antineoplastik ilaçların %74,55'i AV grubunda yer almaktadır.

Literatürde ABC-VED, ABC-VED matrisi stok kontrol yöntemi ile ilaçların ticari isim, etken madde ve ATC grupları baz alınarak yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatürde ABC



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

yöntemi ile gerçekleştirilen çalışmaların stok maliyet tutarları %70, %20 ve %10 olarak belirlendiği için bu çalışmadaki yüzdelik oranlar diğer çalışmalarla aynıdır. Bu çalışma ABC analizindeki miktar yüzdeleri incelendiğinde özellikle Dora vd. (2020) ve Yeşilyurt vd. (2015) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Çalışmanın VED analizi sonuçları literatürdeki çalışmaları kıyaslandığında, stok değer yüzdesi açısından Mohammed & Workneh (2020), Taddele vd. (2019) ve Wandalkar vd., (2013) çalışmaları ile yakın sonuçlar ortaya çıkmıştır. VED analizinde miktar yüzdelerinde ise Dora vd. (2020) ve Yeşilyurt vd. (2015) çalışmalarına benzer sonuçlar görülmüştür. Araştırmanın ABC-VED matris analizinde Kategori I, II ve III'e ait stok maliyet yüzdeleri literatürdeki Dora vd. (2020), Işıklı vd. (2019) ve Taddele vd. (2019) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Kategori I, II ve III'ün miktar yüzdeleri incelendiğinde ise, Dora vd. (2020), Yeşilyurt vd. (2015) ve Singh vd. (2015) çalışmaları ile yakın bulgulara sahiptir. Ayrıca Yiğit ve Yiğit (2016) tarafından üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğine etki eden en önemli faktörler arasında, etkin bir stok yönetimi sisteminin olması tespit edilmiştir. Bu nedenle hastanelerin ABC-VED gibi stok kontrol sistemlerini etkin bir şekilde yürütmesi, hastanenin finansal başarısını artıracaktır.

Bu çalışmada ATC sınıflamasında maliyet tutarı en yüksek ilk 3 grup (j - antienfektifler, b- kan ve kan yapıcı organ, l- antineoplastik) toplam ilaç maliyetinin %81,08'i gibi önemli bir yüzdeyi oluşturmaktadır. Kastanioti vd. (2016) tarafından Yunanistan'da toplamda 9900 yatak kapasitesine sahip 19 kamu hastanesinde gerçekleştirilen çalışmada, ABC analizinde stok maliyeti en yüksek ATC gruplarının j - antienfektifler, b - kan ve kan yapıcı organlar ve l - antineoplastik ve immünomodülatör ajanlar olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada toplam ilaç stok maliyetinin %82,2'sini bu üç grubun temsil ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Kastanioti et al., 2016). Kheder ve diğerlerinin (2020) çalışmasında ise, bütçedeki harcamaların en fazla antienfektifler, besin takviyeleri, kardiyovasküler ilaçlar, endokrin ilaçları ve gastrointestinal sistem ilaçlarına yönelik olduğu rapor edilmiştir.

Antibiyotikler ve kanser tedavisinde kullanılan antineoplastik ajanlar, hastanelerin ilaç harcamalarını artıran ATC gruplarıdır. Antibiyotikler hastanelerde en sık kullanılan ilaçlar olduğundan toplam ilaç harcamasının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (Lazarova et al., 2020). Ayrıca ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde antibiyotik kullanımı birinci basamağa göre daha maliyetli olduğundan, antibiyotikler hastaneler için tıbbi maliyetleri kontrol etmenin anahtarı olmaktadır (Song et al., 2020).

Günümüzde kanser hastalıklarının artış göstermesi, bu alanda kullanılan ilaç tüketimine yansımaktadır. Avrupa ülkelerini kapsayan bir çalışmada, kanser ilaçlarına yapılan harcamaların 2005'te 10 milyar Euro olduğu, 2018'de bu rakamın üç kattan fazla artarak 32 milyar Euro'ya ulaştığı bildirilmiştir. Kanser ilaçlarına yapılan harcamalar; artan kanser hasta sayısı, yeni kanser ilaçlarının sayısı, tedaviye uygun yeni hasta grupları, daha uzun tedavi süresi ve yeni ilaçların daha yüksek liste fiyatlarıyla ilişkilidir (Hofmarcher et al., 2020). Özellikle yeni kanser ilaçları, hasta tedavisinde devrim niteliğinde fayda sağlamasına karşın son derece maliyetlidir. Bu nedenle hastaneler kanser ilaçlarının bulundurulması, kaynak tahsisi ve finansal sürdürülebilirlik gibi sorunlarla karşı karşıyadır (Cho, Park and Kim, 2021). Kanser ilaçlarının etkin maliyet kontrolü için politika yapımcılar, hekimler ve ilaç firmaları gibi paydaşları içeren önlemler gerekli olmaktadır (Lomnický et al., 2016). Sonuç olarak sağlık hizmeti sağlayıcılar, her geçen gün hizmetlere yönelik artan talep karşısında zorlanmaktadır. Sağlık kurumları bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılarken, kaynaklarını etkin şekilde kullanmak zorundadır (Yüksel, 2021).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışma sonucunda A grubunda yer alan 57 adet ilacın birim maliyeti 11.554.303-TL olduğundan, hastane giderlerinde büyük bir oran tutmaktadır. Bu grupta yapılacak %1'lik bir tasarruf hastane karlılığı üzerinde oldukça olumlu katkı sağlayacaktır. Bu nedenle sıkı kontrol edilmeli, güvenlik stokları düşük olmalı ve bu grupta yer alan ilaçların yönetimi üst yönetim düzeyinde yürütülmelidir. V grubunda bulunan ilaçlar ise, hasta tedavisinde oldukça önemli ilaçlardır. A grubu ilaçlar, eczane stoklarında istenilen zamanda ve miktarda bulunmadığında çoğu kez dış reçete yapılmaktadır. Dış reçete yapılan ilaç bedelleri hastanenin SGK gelirinde kesinti yapılmasına neden olmaktadır. Bu yüzden özellikle A grubunda ve hayati önem taşıyan ilaçların stokta bulundurulması zorunluluk haline gelmektedir. Bu araştırma hastane ilaç stoklarının stok maliyeti ve hayati önem düzeyi açısından ABC, VED ve ABC-VED matrisi analizleri ile ortaya konulmuştur. Hastane yöneticilerinin buna benzer bilimsel yöntemlerle stok kontrol ve yönetim tekniklerini uygulamaları önerilmektedir. Yöneticilerin ticari isimlerin yanı sıra etken maddeleri de göz önünde bulundurmaları stok kontrolünü destekleyecektir. Buna ek olarak ATC grupları açısından stok maliyetlerinin ve önem düzeylerinin değerlendirilmesi ilaç alımları kapsamında yöneticilere ve eczane sorumlularına yol gösterebilir.

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Anand, T., Ingle, G. K., Kishore, J., & Kumar, R. (2013). ABC-VED analysis of a drug store in the department of community medicine of a medical college in Delhi. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 75(1), 113-117.
- Cho, D. Y., Park, J., & Kim, D. S. (2021). The impact of expanding health insurance coverage for anti-cancer drugs on cancer survival in Korea. *Cancer Medicine*, 10(13):4555-4563.
- Chu, C. W., Liang, G. S., & Liao, C. T. (2008). Controlling inventory by combining ABC analysis and fuzzy classification. *Computers & Industrial Engineering*, 55(4), 841-851.
- Deshpande, V. A. (2008). Optimal inventory control using ABC, VED & SDE analysis for Indian industries. In *National Conference on Emerging Trends in Mechanical Engineering (ETME-2008)* (Vol. 28, p. 29).
- Dora, S., Singh, A. K., Panda, P. S., & Sahoo, J. K. (2020). Inventory management of drugs at a secondary level health-care center in Odisha. *Indian Journal of Community and Family Medicine*, 6(2), 104-107.
- Doshi, R. P., Patel, N., Jani, N., Basu, M., & Mathew, S. (2007, June). ABC and VED analyses of drug management in a government tertiary care hospital in Kerala. In *iHEA 2007 6th World Congress: Explorations in Health Economics Paper*.
- Gupta, R. K. G. R., Gupta, K. K., Jain, B. R., & Garg, R. K. (2007). ABC and VED analysis in medical stores inventory control. *Medical Journal Armed Forces India*, 63(4), 325-327.
- Hofmarcher, T., Lindgren, P., Wilking, N., & Jönsson, B. (2020). The cost of cancer in Europe 2018. *European Journal of Cancer*, 129, 41-49.
- Işıkçelik, F., Özkan, O., & Ağırbaş, İ. (2019). Hastane ilaç stoklarının ABC, VED VE ABC-VED yöntemleri ile analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 305-318.

- Kant, S., Haldar, P., Singh, A., & Kankaria, A. (2015). Inventory management of drugs at a secondary level hospital associated with Ballabgarh HDSS-An experience from North India. *J Young Pharm*, 7(2), 113-8.
- Kastanioti, C., Mavridoglou, G., Karanikas, H., & Polyzos, N. (2016). ABC analysis: a tool of effectively controlling pharmaceutical expenditure in Greek NHS hospitals. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 7(3), 173-179.
- Kheder, S. I., Awad, M. M., & Hamid, K. (2020). Prioritization of medicine importation by the private sector in Sudan: evidence from a data analysis, 2012-2015. *Value in Health Regional Issues*, 22, 27-34.
- Khurana, S., Chhillar, N., & Gautam, V. K. S. (2013). Inventory control techniques in medical stores of a tertiary care neuropsychiatry hospital in Delhi. *Health*, 5(1), 8-13.
- Kumar, S., & Chakravarty, A. (2015). ABC-VED analysis of expendable medical stores at a tertiary care hospital. *Medical journal armed forces india*, 71(1), 24-27.
- Lazarova, B., Eftimova, B., Mihailova, L., Filkova, S., Naumovska, Z., & Sterjev, Z. (2020). Evaluation of antibiotic consumption in Clinical hospital in Stip for the period 2017-2019. *Macedonian Pharmaceutical Bulletin*, 66 (Suppl 1) 77 - 78
- Lomnický, Y., Kurnik, D., Loebstein, R., Katzir, I., Vesterman-Landes, J., & Siegelmann-Danieli, N. (2016). Trends in annual drug expenditure—a 16 year perspective of a public healthcare maintenance organization. *Israel journal of health policy research*, 5(1), 1-6.
- Manhas Anil, K., Aubid, M., Haroon, R., Sheikh Mushtaq, A., & Syed, A. T. (2012). Analysis of inventory of drug and pharmacy department of a tertiary care hospital. *Analysis*, 25(3), 183-185.
- Mohammed, S. A., & Workneh, B. D. (2020). Critical analysis of pharmaceuticals inventory management using the ABC-VEN matrix in Dessie referral Hospital, Ethiopia. *Integrated Pharmacy Research & Practice*, 9: 113–125
- Nigah, R., Devnani, M., & Gupta, A. K. (2010). ABC and VED analysis of the pharmacy store of a tertiary care teaching, research and referral healthcare institute of India. *Journal of young pharmacists*, 2(2), 201-205.
- Pandya¹, B., & Thakkar, H. (2016). A review on inventory management control techniques: ABC-XYZ analysis. *REST Journal on Emerging trends in Modelling and Manufacturing*, 2(3) 2016, 82-86
- Reddy, V. V. (2008). *Managing a Modern Hospital: Hospital Materials Management*. Edited by AV Srinivasan, Sage Publications inc, California, USA.
- Resmi Gazete (2017). “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Ambalaj Bilgileri, Kullanma Talimatı ve Takibi Yönetmeliği”. 2304.2017 tarih ve No: 30048.
- Singh, S., Gupta, A. K., & Latika, M. D. (2015). ABC and VED Analysis of the Pharmacy Store of a Tertiary Care, Academic Institute of the Northern India to Identify the Categories of Drugs Needing Strict Management Control. *Journal of Young Pharmacists*, 7(2), 77-80.
- Skrbo, A., Zulić, I., Hadzić, S., & Gaon, I. D. (1999). Anatomic-therapeutic-chemical classification of drugs. *Medicinski arhiv*, 53(3 Suppl 3), 57-60.
- Song, Y., Han, Z., Song, K., & Zhen, T. (2020). Antibiotic Consumption Trends in China: Evidence From Six-Year Surveillance Sales Records in Shandong Province. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 491-491.
- Taddele, B. W., Wondimagegn, A. A., Asaro, M. A., Sorato, M. M., Gedayi, B. G., & Hailesilase, A. A. (2019). ABC-VEN matrix analysis of the pharmacy store in a secondary level health care facility in Arbaminch Town, Southern Ethiopia. *Journal of Young Pharmacists*, 11(2), 182-185.
- Taylor, D. (2015). *The Pharmaceutical Industry and the Future of Drug Development*. *Pharmaceuticals in*



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

the Environment. eISBN: 978-1-78262-234-5

- Uygun, S., & Yiğit, V. (2016). Hastane işletmelerinde etkin ilaç stok kontrolü: Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde bir uygulama. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 742-751.
- Vaz, F. S., Ferreira, A. M., Kulkarni, M. S., Motghare, D. D., & Pereira-Antao, I. (2008a). A study of drug expenditure at a tertiary care hospital: An ABC-VED analysis. *Journal of Health Management*, 10(1), 119-127.
- Vaz, F. S., Ferreira, A. M., Pereira-Antao, I., Kulkarni, M., & Motghare, D. (2008b). Application of inventory control techniques for drug management at a rural health centre. *Indian Journal Of Preventative And Social Medicine*, 39(3), 120-123.
- Wandalkar, P., Pandit, P. T., & Zite, A. R. (2013). ABC and VED analysis of the drug store of a tertiary care teaching hospital. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*, 3(1), 126-131.
- WHO (2003) "WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services: Introduction to drug utilization resea". *Introduction to drug utilization research*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2012). "Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2013". *Norwegian Institute of Public Health*. Oslo.
- Yeşilyurt, Ö., Sulak, H., Bayhan, M., (2015). Sağlık sektöründe stok kontrol faaliyetlerinin ABC ve VED analizleriyle değerlendirilmesi: Isparta Devlet Hasanesi örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 20(1):365–376.
- Yiğit, V., & Yiğit, A. (2016). Üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 253-273.
- Yiğit, A., & Yiğit V. (2019). Tıbbi malzeme stok kontrolünde ABC ve VED analizi: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 10(24):254–63.
- Yiğit, V. (2014). Hastanelerde stok kontrol analizi: Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde bir uygulama. *Sayıştay Dergisi*, (93), 105-128.
- Yu, M. C. (2011). Multi-criteria ABC analysis using artificial-intelligence-based classification techniques. *Expert Systems with Applications*, 38(4), 3416-3421.
- Yüksel, O. (2021). Comparison of Healthcare System Performances in OECD Countries. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 6(2), 251-261.



İÇ KONTROL SİSTEMİ: STOK YÖNETİMİ VE MUTEMETLİK İŞLEMLERİ AÇISINDAN KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

INTERNAL CONTROL SYSTEM: EXAMPLE OF A PUBLIC HOSPITAL IN TERMS OF STOCK MANAGEMENT AND SALARY TRANSACTIONS

Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, seyhan.cil@hbv.ed.tr, 0000-0003-1012-3605

Ömer CEYLAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, omer.ceylan@hbv.ed.tr, 0000-0003-3703-0839

Dilek UYSAL

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, dilek.uyosal@hbv.edu.tr, 0000-0002-8591-3065

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (28.12.2021- 29.04.2022)

Öz

Tüm işletmelerde olduğu gibi hastane işletmelerinde de işletme amaçlarına ulaşılmasında etkin ve verimli bir iç kontrol sisteminin kurgulanması ve uygulanması son derece önem arz etmektedir. Türkiye’de sağlık hizmet sunumunda düzenleme ve kontrol faaliyetlerini yürüten Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüklerinde ayrıntılı bir şekilde tanımlanmış etkin bir iç kontrol sistemi mevcut olmasına rağmen yapısı itibarıyla hatayı kaldırmayan ve sağlık hizmet sunumunun en önemli noktası olan hastanelerde yazılı bir iç kontrol sistemi bulunmamaktadır. Bununla birlikte her kamu kurumunda olduğu gibi hastanelerde de mevzuattan kaynaklı veya teamüli uygulamalar ile ortaya çıkmış her servisin işleyişiyle ilgili iç kontrol tarzı bir süreç yönetim mekanizmasına rastlamak mümkündür. Bu çalışmada bir kamu hastanesinde stok yönetimi ve mutemetlik işlemlerine ilişkin iç kontrol sistemi uygulamalarının ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda incelenen kamu hastanesinin stok yönetimi ve mutemetlik iş ve işlemlerinde mevzuat ve yazılı prosedürlere uygun hareket edilmeye çalışıldığı, hastane yönetimi tarafından da bu iş ve işlem süreçlerinin takip ve kontrol edilmeye çalışıldığı ancak etkin bir iç kontrol sistemi noktasında bazı eksikliklerin olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İç kontrol sistemi, hastane, stok yönetimi, mutemetlik, COSO iç kontrol modeli.

Abstract

As in all businesses, it is extremely important to construct and implement an effective and efficient internal control system in hospital businesses in order to achieve business objectives. Although there is an effective internal control system that is defined in detail in Provincial Health Directorates, there is no written internal control system in hospitals, which is the most important point of health service delivery and does not remove errors due to its structure. However, as in every public institution, it is possible to come across an internal



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

control-style process management mechanism related to the functioning of every service that has emerged with legislation or customary practices in hospitals as well. in this study, it is aimed to reveal the internal control system practices related to stock management and salary transactions in a public hospital. As a result of the study, it was determined that the stock management and salary transactions of the examined public hospital were tried to be acted in accordance with the legislation and written procedures, and these business processes were tried to be followed by the hospital management, but it have been identified that there are some deficiencies in established an effective internal control system.

Keywords: Internal control system, hospital, COSO internal control model, stock management, salary transactions

GİRİŞ

Günümüz dünyasında teknolojiyle birlikte yapılan işlerin kalitesi, hızı ve şekli değişmektedir. Gerek kamu işletmeleri gerekse özel işletmeler tüm iş süreçleri içerisinde bir kontrol mekanizmasına ihtiyaç duymaktadırlar. İşletme içerisindeki bu iş süreçlerinin takibinin kontrol ortamında yapılması en alt çalışandan en üst çalışana kadar bir uyum ve sorumluluğu gerektirmektedir. Bu nedenle etkili bir iç kontrol kişilerin görev tanım ve sorumlulukları kapsamında yerine getirdikleri tüm faaliyetlerin denetlenmesi ile birlikte etkili ve verimli bir sonuç elde edilmesini sağlar. İç kontrol sürecinde kurumlar belirledikleri hedefe ulaşabilmek için üst yönetimin belirlediği yöntem ve içerikler ile uygulanan prosedürler doğrultusunda hareket ederler.

Günümüzde kamu hastaneleri ileri düzey birçok tıbbi hizmetin kesintisiz olarak verildiği farklı pozisyonlarda birçok personelin istihdam edildiği ve çok büyük bütçelere sahip kurumlardır. Bu kurumlarda verilen hizmetin özelliğinden dolayı temizlikten, güvenliğe, satın almadan, sağlık hizmetine bütün iş ve işlemlerin zamanında, koordineli ve uyum içinde yerine getirilmesi çok önemlidir. Bu süreçlerde ortaya çıkacak bir sorun sağlık hizmet sunumunda büyük bir aksamaya yol açıp hastane ve hastane yönetiminde ciddi sıkıntılar meydana getirebilir. Hastane üst yönetimi için hastanenin etkin ve verimli bir şekilde idare edilebilmesi ancak belirlenecek kurumsal düzenlemeler ve iyi kurgulanmış bir iç kontrol sistemi ile mümkün olmaktadır.

Bu çalışmada genel olarak iç kontrol sistemi ve hastane işletmelerinde iç kontrolün önemi anlatıldıktan sonra bir kamu hastanesinde stok yönetimi ve mutemetlik işlemleri özelinde iç kontrol sistemi uygulamasına yer verilmiştir. Literatürde iç kontrol ve özel hastanelerde iç kontrol uygulamaları ile ilgili birçok çalışma mevcut olmasına rağmen, kamu hastaneleri ile ilgili fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu açıdan çalışmanın bu alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

İÇ KONTROL SİSTEMİ VE AMAÇLARI

İç kontrol içinde kontrol kelimesinin geçmesi nedeniyle kontrol sürecinin altında olduğu düşünülebilir. Ancak kontrol; gerçekleşmiş sonuçların önceden belirlenen sonuçlar ve ölçümlerle karşılaştırılmasıdır. İç kontrol ise, gerçekleşen sonuçların önceden belirlenmiş amaçlara veya standartlara yakın çıkması için gerekli koşulların sağlanması ile ilgilidir. İki kavramın varacağı nokta aynı olsa da aralarında belirgin fark bulunmaktadır. Kontrolde, faaliyetlerdeki hata ve hileler belirlenip, sonrasında düzeltme yoluna gidilirken, iç kontrolde faaliyetlerdeki hata ve hileler daha meydana gelmeden önleyici bir ortam sunularak işletmenin hedeflerine ulaşılması amaçlanmaktadır (Azaltun, 1999: 38-39).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

İç kontrol, yönetim fonksiyonları ile etkileşim halindedir. Yönetim fonksiyonlarından olan kontrol fonksiyonu, iç kontrolle bütünleşmiştir. Kurumun kontrol fonksiyonu ile elde edilen geri bildirimler iç kontrolün işlevselliğini arttırıcı rol oynamaktadır (Güner, 2009: 193). Etkili iç kontrol sistemi hataların ve zararların önlenmesi, amaçlanan hedefe ulaşılmasında başarılı bir yol göstericidir (Vijayakumar ve Nagaraja, 2012: 7). Sağlık kurumlarının finansal performans yönetiminin etkin bir iç kontrol ortamı ile denetlenmesi olumlu sonuçlar vermiştir (İbrahim vd., 2017:684).

İç kontrol, faaliyetlerin etkin ve verimli olması için, faaliyetler gerçekleştirilirken ilgili yasa ve politikalar çerçevesinde hile, hata ve yolsuzlukların engellenmesi amacı ile işletme yönetimi ve personelinin sürece dahil olduğu geniş kapsamlı kriterler bütünüdür (Alptürk, 2008: 14).

İç kontrol zaman içerisinde işletmelerin yapısal değişiklikleri doğrultusunda önemli hale gelmiştir. İç kontrol süreci ilk olarak finansal tablo hata ve hilelerinin tespiti ve önlenmesini amaç edinse de, işletmelerin büyümesi ile birlikte karmaşık bir hal alan organizasyon yapılarının kontrol edilmesi önem taşımaktadır. Sonuç olarak birçok uluslararası kuruluş tarafından iç kontrol sisteminin kurulmasına ve geliştirilmesine ilişkin önemli adımlar atılmış ve düzenlemelere gidilmiştir (Tunçay, 2011: 16).

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun 5. maddesine göre iç kontrol, “idarenin amaçlarına, belirlenmiş politikalara ve mevzuata uygun olarak faaliyetlerin etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde yürütülmesini, varlık ve kaynakların korunmasını, muhasebe kayıtlarının doğru ve tam olarak tutulmasını, mali bilgi ve yönetim bilgisinin zamanında ve güvenilir olarak üretilmesini sağlamak üzere idare tarafından oluşturulan; organizasyon, yöntem ve süreçle iç denetimi kapsayan mali ve diğer kontroller bütünüdür. Kısaca iç kontrol, kurumun belirlemiş olduğu hedeflerine ulaşmasına makul güvence sağlamak üzere yöneticiler ve tüm personel tarafından gerçekleştirilen bir süreçtir” şeklinde tanımlanmıştır (Çolak, 2011).

İç kontrol, zaman içinde gelişen, işletmenin sürekliliğini sağlayan bir süreçtir. İşletmeye sonradan entegre olmayan, işletmenin varoluşuyla birlikte inşa edilen ve organizasyonun ayrılmaz bir ögesidir. İç kontrol, işletme faaliyetlerinin hem belirlenen hedeflere hem de ilgili mevzuat ve yasal düzenlemelere uygun olarak yürütülmesini amaçlamaktadır (Rezaee, 1995). Bu bağlamda iç kontrolün amaçları (Can, 2014: 37, Çömlekçi vd., 1993: 47, Atmaca, 2012: 199):

- İşletme faaliyetlerinde etkinliğin ve verimliliğinin artırılması sağlamak,
- İşletme yönetiminin ve kanunların gerektirdiği her türlü düzenlemelere uygunluğunu sağlamak,
- İşletme varlıklarını korumak güvence altına almak ve her türlü kaybın önlenmesini sağlamak,
- Muhasebe bilgilerinin, finansal analizlerin, tabloların, raporlamaların güvenilirliğini sağlamak,
- İşletmenin belirlenen hedeflere ulaşılmasını sağlamak,

olarak tanımlanmıştır.

COSO İÇ KONTROL MODELİ

Dünyada COSO, eSAC, CobiT ve SysTrust olmak üzere iç kontrole yönelik geliştirilmiş farklı modeller mevcuttur. Diğer modellerle karşılaştırıldığında içerik anlamında en geniş ve işletmenin tamamını kapsayan model COSO modelidir. COSO'nun 1992 yılında yayımladığı iç kontrol

36

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ÇİL KOÇYİĞİT,S./CEYLAN, Ö./ UYSAL, D.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

bütünleşik çerçeve raporu iç kontrol alanında işletmeler için uzun bir süre yol gösterici olmuştur. COSO tarafından yayınlanan bu çerçeve raporda iç kontrol sisteminin ortak bir tanımı yapılmış ve iç kontrol bileşenlerinin geliştirilmesinde referans olmuştur. Treadway Komisyonunu Destekleyen Kuruluşlar Komitesi (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission) COSO'ya göre iç kontrol; işletme faaliyetlerinin etkin ve etkililiğini, gerçekçi bir hesap verilebilirlik ile yasa ve düzenlemelerle uyum içerisinde amaçlarının gerçekleşmesini sağlayabilmek için makul bir güvence içerisinde oluşturulan ve yürütülen bir süreçtir (www.coso.org).

Sürekli bir gelişme içinde olan ekonomi ve teknoloji nedeniyle iç kontrol çerçevesinin güncellenmesi gereği doğmuştur. Bu nedenle COSO 2013 yılı iç kontrol çerçevesi tekrar gözden geçirilerek revize edilmiş ve çağın gereklilikleri doğrultusunda güncellenmiştir (Sakin, 2017: 6-7; Türedi vd, 2015:103).

COSO 2013 “İç Kontrol Bütünleşik Çerçeve Raporu” Bileşenleri: Kontrol ortamı, risk değerlendirme, kontrol faaliyetleri, bilgi ve iletişim, izleme şeklindedir. Bu beş bileşenden kontrol ortamı, kontrol faaliyetleri ile bilgi ve iletişim işletmenin iç kontrolünde makro özelliklere daha fazla odaklanmaktadır. Bu bileşenler işletmenin genel iç kontrol etkinliğini doğrudan etkileyen iç kontrol sisteminin temelini ve özünü oluşturmaktadır. Diğer iki bileşen risk değerlendirme ve izleme ise daha çevresel ve proje tabanlı olmakla beraber iç kontrolün tasarımını ve değerlendirmesini kolaylaştırır (Chan, Chen ve Liu, 2020: 7).

Kontrol Ortamı

Kontrol ortamı iç kontrol bileşenlerinin temel unsurudur. Kontrol ortamı iç kontrol sisteminin uygulanması sürecinde oluşturulan standart ve yapıların temelini oluşturmaktadır. Kontrol ortamının oluşturulması üst yönetici tarafından tasarlanır. Örgütsel yapı, yetki ve sorumlulukların tanımlanması, etik değerlerin oluşturulması ve uygulanması, performans kriterlerinin belirlenmesi, çalışanların geliştirilmesi ve yetkinliğinin artırılması, ödül ve teşvik alt yapılarının oluşturulması güçlü bir kontrol ortamının sağlanmasıyla amacına ulaşır (Moeller, 2009: 33-34). Kontrol ortamı, bir işletmenin kültürüne, etik değerlerine, yönetim felsefesine, çalışma tarzına, organizasyon yapısına ve insan kaynakları politikalarına yönetim ve denetim birimleri aracılığıyla yansıtılabilir (Chan, Chen ve Liu, 2020: 8).

Risk Değerlendirme

Risk değerlendirme tüm faaliyetlerinin göz önünde bulundurularak belirlendiği bir karar sürecidir. İşletmenin en üst yönetim kademesinden en alt çalışan kademesine kadar tüm personelin yapmış olduğu işlerin görev tanımı ve sorumlulukları çerçevesinde dikkate alınıp değerlendirilmesi ve tüm personelin bu süreci anlamasının sağlanması gereken bir yoldur (Özten ve Kargın, 2012: 122). İşletmeler risk değerlendirmesi yaparken öncelikleri belirleyerek risk değerlendirme haritası çıkarmak zorundadırlar. Bu harita; risklerin önem derecelerinden, risklerin tespit edilmesine, risklerin ortaya çıkma ihtimali ve etki derecelerinin belirlenmesine kadar aşamalı bir yol haritasıdır. İşletmelerin karşı karşıya kaldıkları finansal raporlamaya ilişkin riskler ve faaliyet alanı ile ilgili riskler olarak iki risk türü mevcuttur. Finansal raporlamaya ilişkin riskler; işletmede gerçekleşen faaliyetler ile ilgili muhasebe kayıtları ve finansal tabloların doğru aktarımının yapılmaması ve kaydedilmemesi, hile, hata ve kusurlu kayıtların mevcut bulunması ihtimalidir. Faaliyet alanına yönelik riskler ise; işletmeler tarafından belirlenmiş olunan hedef ve amaçlara ulaşılmasını engelleyen her türlü olumsuzluk olarak değerlendirilmektedir (Alkaya, 2019: 58).



Kontrol Faaliyetleri

İşletmenin hedeflerine ulaşmasını sağlamaya yardımcı olmak için tüm faaliyet alanlarında, tüm seviyelerde ve tüm işlevlerde uygulanır. Kontrol faaliyetleri arasında onaylar, yetkilendirmeler, doğrulamalar, mutabakatlar, performans incelemeleri, varlıkların korunması ve görev ayrılıklarının tanımlanması yer alır. Kontrol faaliyetleri genellikle hata, düzensizlik, verimsizlik ve varlıkları kötüye kullanma riskini azaltmak için tasarlanır ve uygulanır. Bu da işletmenin faaliyet alanına yönelik risklerini ve finansal raporlamaya ilişkin risklerini en aza indirir (Chan, Chen ve Liu, 2020:9).

Bilgi ve İletişim

İşletme faaliyetlerinin belirlenen hedeflere ulaşabilmesi için işletme yapısı içinde bilgi ve iletişim kanallarına ihtiyaç duyulmaktadır. İç kontrol sisteminin etkili olabilmesi için; işletme yapısı içindeki tüm yapılanmaların, bilgi ve iletişim kanalları içerisinde yer almasının sağlanması önemlidir. Çünkü, örgüt yapısı içindeki tüm bilgiler çalışanların sorumlulukları açısından değerlendirilebilmeli ve bilgi kayıt depolarında tasnif edilerek ilgili personelle paylaşılmalıdır (Teraman, 2011: 64).

İzleme

İç kontrol sisteminin süreç içerisindeki performansının ve kalitesinin gözlemlenmesi (izlenmesi) gerekir. Bu gözleme yetkin personel tarafından kontrol eylemlerinin zamanında yerine getirilmesi, gerekli önlemlerin alınması, risklerin azaltılması ve iç kontrolün sürekli iyileştirilmesine yöneliktir (Erdoğan, vd., 2012: 62).

SAĞLIK BAKANLIĞINDA İÇ KONTROL

Ülkemizde 24.12.2003 tarih ve 25326 sayılı Resmi Gazetede 5018 sayılı “Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu”nun yayımlanması ile birlikte kamu kesiminde iç kontrol sisteminin kurulması çalışmaları başlamış olup, bu çalışmalar 31.12.2005 tarihinde “İç Kontrol Ve Ön Malî Kontrolle İlişkin Usul Ve Esaslar”, 26.12.2007 tarihinde “Kamu İç Kontrol Standartları Tebliği”, 04.02.2009 tarihinde “Kamu İç Kontrol Standartlarına Uyum Eylem Planı Rehberi”, 02.12.2013 tarihinde “Maliye Bakanlığı Kamu İç Kontrol Standartlarına Uyum Genelgesi” ve 07.02.2014 tarihinde “Kamu İç Kontrol Rehberi”nin yayımlanması ile devam etmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığında ise iç kontrol sistemi çalışmaları 2006 yılından bu yana (Mülga) Maliye Bakanlığı tarafından çıkarılan mevzuatlar çerçevesinde yürütülmektedir. Bakanlık iç kontrol standartları çerçevesinde Sağlık Bakanlığı teşkilatı içinde iç kontrol sisteminin uygulanmasına yönelik süreç ve kuralları anlatan iç kontrol eylem planı hazırlamış ve ilk olarak 2009 yılında “2009-2012 Kamu İç Kontrol Standartlarına Uyum Eylem Planı” adıyla yayınlamıştır. Son olarak “2021-2022 Kamu İç Kontrol Standartlarına Uyum Eylem Planı” çıkarılmıştır (SB, 2020). Bununla birlikte iç kontrol faaliyetlerinin yürütülmesi için Bakanlık merkez teşkilatında genel müdürlükler, taşra teşkilatında ise il sağlık müdürlükleri bünyesinde iç kontrol birimleri kurulmuş, buralardan gelen iç kontrole yönelik verilerin takip ve raporlanması görevi Strateji Geliştirme Başkanlığına verilmiştir. Yapılan bu çalışmalara bakıldığında Bakanlığın iç kontrol sistemini önemseydiği ve kurumsallaştırmaya çalıştığı açık bir şekilde görülmektedir. Ancak bu çalışmaların sağlık hizmetinin planlama, düzenleme ve koordinasyonunda yer alan Bakanlık merkez teşkilatı ve il sağlık müdürlüklerinde mevcut olduğu, sağlık hizmet sunumunun ana aktörleri olan hastanelerde ise bu tarz bir iç kontrol sisteminin kurulmadığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığında bağlı hastanelerin yönetim yapısı 2011 yılında çıkan 663 sayılı KHK ile değişikliğe uğramış ve yöneticiler geleneksel kamu yapısında yer alan kadrolu pozisyondan



çıkarılıp sözleşmeli statüye alınmıştır. Sözleşmeli yöneticiler için 2-4 yıllık sözleşme süreleri getirilmiş ve Bakanlıkça belirlenen kriterlere göre her yıl değerlendirmeye tabi tutulacakları ve elde edilen performans puanlarına göre sözleşme feshi dâhil bir kısım yaptırımlar uygulanacağı öngörülmüştür. Bu bakımdan kamu hastanelerinde verilen hizmetin türünden dolayı bütün iş ve işlemlerin düzgün ve zamanında yürütülmesi hayati öneme sahip olmasının yanında sağlık idarecileri içinde büyük bir önem arz etmektedir.

HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE İÇ KONTROL

İç kontrol hastane işletmelerinde mevcut tüm faaliyetleri kapsamakta ve yöneticiler ile hastane personeli tarafından yürütülen hizmetlerin etkinliğini ve verimliliğini artırmak, finansal raporlama sisteminin düzgün ve güvenilir şekilde kurulmasını sağlamak, hizmetlerin yasa ve diğer mevzuat düzenlemelerine uygun şekilde yürütülmesini sağlamak, bunun yanında işletmenin ana hedeflerine ulaşma sürecinde kişilere de güvence sağlamak için tasarlanan bir süreçtir. Bu yüzden iç kontrol iş akışının bir parçası olarak görülmeli ve sürecin içerisine yerleştirilmelidir (İbiş ve Çatıkkaş: 101-102; Can, 2014: 118).

Hastane işletmeleri 24 saat hizmet veren ileri düzeyde teknoloji ve uzmanlık gerektiren, ikamesi olmayan, farklı statüde birçok personelin çalıştığı, yüksek maliyetli çok çeşitli ve iç içe geçmiş hizmetin aynı anda gerçekleştirildiği ve genellikle iş akışında hataya toleransı çok az olan nevi şahsına münhasır yapılardır. Bundan dolayı iç kontrol sistemine en çok ihtiyaç duyulan işletmelerin başında gelmektedir.

Hastane üst yönetimi için hastanede yürütülen tüm faaliyetler ve personel üzerinde doğrudan kontrol sağlayıp iş akış süreçlerini düzenlemek imkânsız olduğundan hastanenin etkin ve verimli bir şekilde idare edilebilmesi ancak kurumsal politikalara, düzenlemelere ve etkin bir yapısal iç kontrol sistemine bağlı kalınması ile mümkündür. Hastane işletmelerinde, ortaya çıkabilecek suistimal ve yolsuzlukların önüne geçebilmenin en etkili yolu güçlü bir iç kontrol sistemi kurulup kontrol önlemleri alınması ile mümkündür. Bununla birlikte bu tür işletmelerde etkin bir iç kontrol sisteminin varlığı israfın önüne geçeceği gibi daha düşük maliyetle hizmet verebilme imkânı sağlayacağı ve verimliliği arttıracığı için kamusal kaynak kullanımında da olumlu sonuçlar doğuracaktır (Kunders:168-169; Can, 2014: 118).

Son olarak hastane işletmelerinde iç kontrol sisteminde göz önüne alınması gereken politika ve prosedürlerin neler olduğundan bahsedilecektir.

Kurumsal organizasyon yapısı ve yetkilendirme açısından; her birimin görev tanımlamaları ayrı ayrı yapılmalı, birimlerin iş akış şemaları ve temel iç kontrol noktaları belirlenmeli, kişilerin yetki ve sorumlulukları belirginleştirilmelidir.

Kurumsal politika ve dokümanite prosedürler açısından; kurumun iş etkinlik prosedür ve politikaları belirlenmeli, iş etiği ve davranış standartları oluşturulmalı, bu hususlarda yazılı prosedürler hazırlanmalı, iş ile ilgili uygulamaların uygunluğu sistemli olarak değerlendirilmelidir.

Hastanenin muhasebe sistemi ve mali kontrol açısından; mali kayıt prosedürlerine uygunluk sağlanmalı, finansal kontrol etkinliği sağlanmalı, kurumsal gelir-gider kontrolü yapılmalı, maliyet-stok kontrolü yapıp değerlendirilmeli, finansal iş ve işlemlere ait bilgi ve belgelerin düzenli bir şekilde akışı sağlanmalıdır.



Kurumsal yönetimde oluşturulacak raporlama sistemi açısından; hali hazırda bulunan raporlama sistemi değerlendirilmeli, hazırlanacak raporlara ilişkin kriterler oluşturulmalı, raporlamaya yönelik standart ve prosedürler belirlenmelidir.

İnsan kaynakları yönetim sistemi açısından; personele yönelik performans değerlendirme ve kariyer planlaması yapılmalı, kurumsal ve kişisel gelişime yönelik eğitimler verilmelidir (Can, 2014: 118-119).

LİTERATÜR TARAMASI

Literatür taraması sonucu konu ile ilgili olarak ulaşılabilen çalışmaların aşağıdaki gibi olduğu görülmüştür.

Akyel (2010) tarafından yapılan çalışmada; Türk kamu yönetimi sürecinde iç kontrol süreci tanımının doğru yapılması, devamlılığının sağlanması, iç kontrolün etkinliği açısından sürekli gözden geçirilmesinin gerektiğine vurgu yapılmıştır.

Atmaca (2012) tarafından iç kontrol ile ilgili yapılan çalışmada, kurumsal yönetim süreci içerisinde iç kontrolün öneminin büyük olduğu, özellikle kurumsal yönetim süreçlerinde ilerleme sağlanabilmesi, muhasebe hilelerinin ortaya çıkarılması ve önlenmesi için etkin bir iç kontrol sisteminin gerekli olduğu belirtilmiştir.

Ceyhan ve Apan (2014) tarafından yapılan çalışmada, özel bir hastanede çalışan farklı meslek gruplarına uygulanan anket sonucunda, COSO iç kontrol modelinin bileşenleri; kontrol faaliyetleri, kontrol çevresi, risk değerlendirme, izleme, bilgi ve iletişim ile organizasyon yapısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Doğan ve Burgazlıoğlu (2015) tarafından yapılan çalışmada, özel bir hastanede iç kontrol sistemi uygulamaları incelenmiş, stoklar, maddi duran varlıklar ve nakit tahsilatlar gibi hususlarda eksiklikler tespit edilmiştir. Tespit edilen eksikliklerin giderilmesi ile etkin bir iç kontrol yapısının oluşturulabileceği bunun sonucu olarak da zararın azalacağı, hata ve hilelerin tespit edilebileceği mali tabloların güvenilir hale geleceği, bilgi akışının düzgün bir hal alması ile de üst yönetimin karar sürecini kolaylaştıracağı belirtilmiştir.

Kızıltuğ (2015) tarafından yapılan çalışmada, herhangi bir hastanede kurulacak olan etkin bir iç kontrol sisteminin, hastanenin verimlilik ve karlılığını etkileyerek olumsuzlukların, hile ve yolsuzlukların ortaya çıkarılmasına yardımcı olacağı belirtilmiş, çalışma kapsamında özel bir hastanenin iç kontrol sistemi incelenmiş ve incelenen hastanenin etkin bir iç kontrol sistemine sahip olduğu belirtilmiştir.

Xu ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada, daha ekonomik ve daha sosyal hastane için değer yaratmak ve hastanenin sürdürülebilir gelişimini desteklemek için iç kontrolün çok önemli olduğu vurgulanmıştır.

Hacıhasanoğlu ve Kaya (2018) tarafından, Kocaeli Organize Sanayi Bölgesindeki üretim işletmelerinin COSO iç kontrol standartlarına uyum derecesinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, üretim işletmelerinin hukuki boyutları, pazarlama çevrelerine ve işletme büyüklüklerine bağlı olarak uyum derecelerinin değişkenlik gösterdiği ortaya konulmuştur.



Kara (2018) tarafından yapılan, kalite yönetim sistemi belgesine sahip olan ve sahip olmayan işletmelerin iç kontrolde ne kadar etkin olduklarına yönelik çalışmada, kalite yönetim belgesine sahip işletmelerin COSO iç kontrol bileşenlerinin uygulanması açısından daha etkin olduğu ortaya konulmuştur.

Dursun ve Akın (2019) tarafından yapılan özel hastanelerdeki iç kontrol sisteminin öneminin vurgulandığı çalışmada, hastaneler gibi çeşitli meslek profesyonellerinin bulunduğu kurumlarda, bu kişilerin birlikte örgütün amacı için çaba göstermelerinin iyi kurgulanmış bir iç kontrol sistemiyle mümkün olabileceği bu bakımdan bu işletmelerde iç kontrol sisteminin sağlam temellere dayandırılmasının çok önemli olduğu belirtilmiştir.

Endovitskii ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada, yüksek öğrenim ve sağlık hizmetleri kurumlarının bütçelerinin iç kontrolün belirli özellikleri ile denetlenmesi ve kurumların bütçelerinde iç kontrole risk odaklı bir yaklaşımın uygulanmasının yanı sıra kurum içi kontrol planı ve kontrol faaliyet programı oluşturulmasının yararları vurgulanmıştır.

Kurnaz (2020) tarafından yapılan, COSO iç kontrol bileşenleri açısından bir hastanenin ele alındığı çalışmada, incelenen hastanenin iç kontrol bileşenleri açısından uyumlu çalışmadığı belirtilmiş, bir hastanenin sunduğu hizmet kalitesini ortaya koyan en önemli göstergelerden birinin de iç kontrol sistemi olduğu, hastanenin iç kontrol sistemi ne kadar etkin olursa sunulan hizmetin kalitesinin de o derece artacağı bu bakımdan sağlık işletmelerinin kurumsal hedeflerine ulaşabilmesi için öncelikle uluslararası standartlara uygun etkin iç kontrol uygulamalarının hayata geçirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Yıldırım ve Gönen (2020) tarafından Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi'nin iç kontrol sisteminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, yönetim, muhasebe birimi yetkilisi, satın alma birimi yetkilisi ve kalite koordinatörlüğü yetkilisi ile yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda hastanede etkin bir iç kontrol sistemi olduğunun saptandığı belirtilmiştir.

Literatürde iç kontrol konusunda özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin iç kontrol uygulamaları ile ilgili birçok çalışma mevcut olmasına rağmen, kamu hastaneleri ile ilgili fazla çalışma bulunmamaktadır. Kamu hastaneleri gerek yönetsel olarak gerekse planlama ve programlama olarak özel ve üniversite hastanelerinden farklılık göstermektedir. Bu nedenle üzerinde daha fazla durulması ve incelenmesi gerekmektedir. Bu açıdan ülkemizdeki büyük kapasiteli bir kamu hastanesinde yapılan bu çalışmanın alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BİR KAMU HASTANESİNDE İÇ KONTROL SİSTEMİ UYGULAMASI

Yukarıda iç kontrol sistemi ve hastane işletmeleri hakkında teorik bilgiler verilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde tarafımızdan incelemesi yapılan bir kamu hastanesinin stoklar ve mutemetlik işlemleri açısından iç kontrol uygulamalarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Hastane Hakkında Genel Bilgi

İnceleme yapılan hastane İç Anadolu Bölgesinde 3.000 personel ve 800 yatak ile faaliyet göstermektedir. Hastanenin günlük hasta sayısı yaklaşık 8.000 kişidir. Ayrıca hastanede 100 adet yoğun bakım yatağı ve 30 adet ameliyathane masası mevcuttur. Hastanede algoloji, diyaliz ünitesi,

anjyografi ünitesi, kalp damar cerrahisi, nükleer tıp başta olmak üzere hemen hemen bütün tıbbi branşlarda hizmet verilmektedir. Hastanenin kurumsal yönetim yapısı aşağıdaki gibidir.



Şekil 1: Kamu Hastanesi Yönetim Yapısı

Bu çalışma kapsamında incelenen alanlar hastanenin idari ve mali işler müdürünün sorumluk alanına girmekle birlikte idari ve mali işler müdür yardımcıları arasında görev dağılımı yapılmıştır.

Stoklarla İlgili İç Kontrol

İlaç, tıbbi malzeme, biyomedikal malzeme, sarf malzemesi gibi kalemlerden oluşan stoklar alım sürecinden tüketimine kadar suistimale en açık alanlardan biridir. Özellikle kamu hastanelerinde çok fazla çeşit ve miktarda stok olması, alımı, depolanması, dağıtımı ve tüketiminde birtakım riskler ortaya çıkarabilmektedir. Yine özellikle kamu hastanelerinde yasal prosedürlere uymak zorunda olduğundan, stoklarla ilgili ihtiyacın ortaya çıkmasından satın alımına, malzemenin tesliminden ambara girişine ve nihayet tüketimine kadar çok uzun bir süreç alabilmekte ancak hastane işletmelerinde verilen hizmetin özelliğinden dolayı bazen çok hızlı bir şekilde malzemenin tedarik ve kullanımı gerekebilmektedir. Bu yüzden stok yönetimi ile ilgili etkin bir iç kontrol mekanizması kurulması oldukça önemlidir.

Hastane işletmelerinde stok ihtiyacını belirleyen, malzemeyi isteyen, satın alma emrini düzenleyen, malzemeleri depoya alan, malzemelerin kaydını gerçekleştiren farklı kişiler olmalıdır. Bunun yanında malzemelerin depolanmasını yapan ile kontrol, sayım ve denetim sorumluluğu da ayrı kişilerde olmalıdır. Bunun yanında belli zaman dilimlerinde işletmede malzeme sayım ve raporlaması yapılmalı ve bu işlem sistemli hale getirilmelidir. Yine belli dönemlerde stoklar ile ilgili analizler yapıp atıl stok değerlendirmesi yapılmalıdır (Güney vd., 2014: 5).

Çalışma için inceleme yapılan kamu hastanesinin stoklar ile ilgili iç kontrol süreci şu şekildedir:

Alım ihtiyacının belirlenme süreci; hastanenin malzeme ve hizmet alımları 2010 yılında Strateji Daire Başkanlığınca oluşturulması istenen “İhtiyaç Tespit Komisyonu” tarafından planlanmaktadır. İhtiyaç tespit komisyonu başhekim yardımcısı başkanlığında, idari ve mali işler müdürü, satın



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

almadan sorumlu müdür yardımcısı, ayniyat ve depolardan sorumlu müdür yardımcısı, destek ve kalite hizmetleri müdürü, sağlık ve bakım hizmetleri müdürü ve taşıma kayıt yetkililerinden oluşmaktadır. İncelenen hastanede ihtiyaç ve tespit komisyonundan önce, hastanenin stok kontrolü, ihtiyaç duyulan ürün ve malzemelere ilişkin şartname kontrolü ve birimlerden gelen taleplerin ön değerlendirilmesini yapan 3 kişiden oluşan bir birim kurulmuştur. Bu birim ihtiyaç ve taleplerin ön değerlendirmesini yapıp, uygun görülen ihtiyaç ve talepleri ihtiyaç tespit komisyonuna sunmaktan sorumludur. Bu birimden gelen talepler ihtiyaç tespit komisyonunun haftalık toplantılarında değerlendirilmekte ve uygun görülen ihtiyaç ve talepler için alım kararı alınmaktadır.

İhtiyaç Tespit Komisyonu toplantısında alımı uygun görülen ve ilk defa yapılacak hizmet alımları, talep eden birim tarafından talep gerekçelerine ilişkin sunulan rapor ile birlikte alım izni için Bakanlığa gönderilmektedir. Yeniden alımı uygun görülen sözleşme sureti bitmeye yakın hizmet alımları ise izin alınması amacıyla İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir.

Tıbbi sarf ve ayniyat tüketim depolarından gelen sabit tüketim kalemlerine ilişkin ihtiyaç talepleri, ihtiyaç tespit komisyonunca ilgili depoların geçmiş tüketimlerine uygunluk açısından değerlendirilmektedir. Taleplerde olağanüstü bir artış varsa ilgili depolardan gerekçesi istenmekte, gerekçe komisyon tarafından uygun görülürse alım izni için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir. Acil alımı gereken ihtiyaç ve talepler ise hızlı bir şekilde doğrudan temin yoluyla alım yapılması amacıyla satın alma birimine gönderilmektedir. Hastane kliniklerinin tıbbi ihtiyaçlarına ilişkin talepleri klinik sorumlu hekimi ve hemşiresi tarafından yapılmakta ve sarf depolarındaki yetkililerin denetiminden sonra ihtiyaç tespit komisyonuna sunulmaktadır. Hasta başı kullanılan ürünler ise stok yapılamadığı için hastaya özgü kullanıldığından, hasta başı doğrudan temin (22-f) yöntemiyle tedarik edilmektedir.

Satın alma şeklinin belirlenmesi; hastanede ihtiyacın alım şekli malzeme veya hizmetin aciliyet durumuna ve süresine (3 aylık, yıllık veya 3 yıllık), hastane bütçesine, stok durumuna göre değişiklik göstermekle birlikte çoğunlukla açık ihale, doğrudan temin ya da pazarlık usulü ile Devlet Malzeme Ofisinden alım yoluyla yapılmaktadır. Acil ve uzun vadeli planlaması yapılmayan ürünler genelde doğrudan temin yöntemi ile alınırken, tüketim planlaması yapılabilen ürünler ise pazarlık ve açık ihale ile alınmaktadır.

Malzemenin teslim alınması; ihale ve doğrudan temin yoluyla alımı yapılan malzemeler ilgili depo tarafından siparişi çekildikten sonra muayene komisyonunca şartnameye uygunluk yönünden değerlendirilerek işlemleri tamamlanmakta, depo sorumlusu tarafından malzemelerin sayımı yapıldıktan sonra teslim alınmaktadır. Teslim alınan malzemede zaman içinde bir uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda öncelikle ilgili firmaya bildirilmekte, firmanın kusuru kabul etmemesi durumunda, gerekli yasal sürecin başlatılması için durum tutanakla İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilmektedir.

Malzemelerin siparişle istenmesi; ihalesi yapılan malzemeler sözleşmede belirtilen periyotlara ve miktarlara göre ilgili depo tarafından sipariş ile çekilmekte, doğrudan temin yoluyla alınan malzemelerin ise tamamı teslim alınmaktadır.

Yeterli depolama ve stok kontrolü; stok kontrolü sarf depo ve ayniyat depolarında Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) yazılımı üzerinden yapılmaktadır. Stok seviyesi azalınca HBYS sistemi "kritik/minimum" seviye uyarısı vermektedir. Stok seviyesi düşünce ilgili depo sorumlusu talebi İhtiyaç Tespit Komisyonuna ulaştırmaktadır. Hastanede stok türüne ve kullanım alanına göre farklı depolama alanları oluşturulmuştur. Bunlar ayniyat demirbaş, biyomedikal, kırtasiye, temizlik, tıbbi



sarf, medikal laboratuvar ve teknik depolarıdır. Yine servislerde, haftalık ihtiyaçları karşılamak için cep depo diye tabir edilen küçük depolar oluşturulmuştur. Bu depoların sorumluluğu servis sorumlu hemşiresindedir.

Maksimum/minimum stok kontrolü; hastane HBYS sisteminde minimum düzeye düşen malzemeler öncelikle diğer hastane stoklarından karşılanmaya çalışılır. Bu malzemeler için aynı zamanda İhtiyaç Tespit Komisyonuna da talepte bulunulur.

Tüketimi olmayan veya stokta fazla kalan malzemelerin ise sistemde fazla stok gösterilmesi sağlanarak, ihtiyacı olan diğer hastaneler tarafından alınması sağlanır.

Fiziki stok sayımı; Depolarda HBYS sisteminden faydalanılarak sayım yapılmakta ve gözle kontrol sistemi uygulanmaktadır. Deponun tam sayımı ise yıl sonuna doğru belirli bir süre malzeme çıkışı yapılmayarak mevcudun sayılması şeklinde yapılmaktadır.

Mutemetlik İşlemleri ile İlgili İç Kontrol

Bugün hastane işletmeleri birer tedavi merkezi olmasının yanında gerek satın alma gerekse hizmet üretimi ve satışı boyutlarında büyük bir parasal ekonomiyi ifade etmektedir. İstihdam edilen personel sayısından kaynaklı maaş ve döner sermaye ödemelerinin kümülatif tutarı çok yüksektir. Günümüzde kamu hastanelerinde nakit tahsilatları çok sınırlı (sağlık kuruluna rapor için başvuran hastalardan alınan ücretler, sağlık güvencesi olmayan kişilerden alınan tedavi ücretleri vb.) olduğundan buralarda istihdam edilen muhasebe yetkilisi mutemetlerinin görev ve sorumlulukları çok azalmış bunun sonucu olarak da yaptıkları iş ve işlemlerin kontrolü ve denetimi kolaylaşmıştır. Diğer taraftan bu hastanelerde istihdam edilen personel sayısı günden güne artmış, farklı statülerde istihdam şekilleri ortaya çıkmıştır. Bu durumdan kaynaklı farklı ücret ödemelerinin yanında personele yapılan ödeme çeşitliliği de günden güne artmıştır. Bunun doğal sonucu olarak maaş mutemetlerinin yaptığı iş ve işlemlerin önemi artmıştır. Günümüzde hastanelerin en büyük gider kalemi personel ödemeleri olduğundan, maaş mutemetliğinin iş ve işlemlerinin düzgün, mevzuata uygun yapılması ve denetlenmesi oldukça önemlidir (SB Faaliyet Raporu, 2020). Bu açıklamalar doğrultusunda çalışmanın bu bölümünde incelenen kamu hastanesinin maaş mutemetliği ile ilgili iç kontrol süreci ele alınacaktır.

Hastane işletmelerinin gider kalemlerinde büyük yer tutan personel ücret ödemeleri çeşitli hile ve yolsuzlukların meydana geldiği bir alandır. Bu bakımdan işe başlama, işten ayrılma, her türlü tayin ve terfi işlemlerinde, gerekli faaliyetleri yürütmek üzere özel bir personel biriminin oluşturulması ve etkin bir iç kontrol sisteminin kurulması oldukça önemlidir (Kızıltuğ, 2015: 53).

Bu çalışma kapsamında incelenen hastanede maaş işlemlerinin yürütülmesi için maaş tahakkuk servisi oluşturulmuştur. Bu servis 1 tanesi imzaya yetkili olmak üzere 5 personel ile çalışmaktadır. Bu birimde çalışan personelin hiçbirisi mutemet kadrosunda yer almamakta olup, idarenin görevlendirmesi ile birimde çalışmaktadır. Burada çalışan personel sadece maaş ve denge tazminatı almaktadır. Bu serviste 16 farklı ödemeye ilişkin ödeme evrakları düzenlenmektedir. Bu birimde yapılan işlemler şunlardır: 657 sayılı kanuna tabi personelin maaş işlemleri, 4924 sayılı kanun kapsamında sözleşmeli personelin maaş işlemleri, kadrolu işçi maaş işlemleri, 4/B genel bütçe kapsamında maaş işlemleri, Döner Sermaye Maaş Sistemi (DSS) işlemleri, 4/B DSS maaş işlemleri, 696 sayılı KHK kapsamında sürekli işçi maaş işlemleri (temizlik, bilgi işlem, yönlendirme, güvenlik, teknik destek), iş yeri hekimleri ücret işlemleri, hekim nöbet işlemleri, hekim icap nöbet işlemleri, hemşire, sağlık memuru ve diğer personel nöbet işlemleri, 4/B sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

personeli nöbet işlemleri, sabit ödeme işlemleri, denge tazminatı işlemleri, yönetici grubu sabit ödeme işlemleri, yönetici grubu sabit denge ödeme işlemleri.

Çalışma için inceleme yapılan kamu hastanesinin maaş mutemetliği servisinin işleyişi aşağıdaki gibidir:

Takvime göre zamana bağlı aylık olarak yapılacak işler; Ek Ödeme Bordro Sistemi (EKOBBS)'den alınan verilere göre her ayın 1'inde matrah aktarımları maaşlar hesaplanmadan önce yapılmaktadır. Her ayın 2'sinde maaşlar hesaplatılmadan önce personel servisinden gelen ücretsiz izinli ve 7 günü aşan rapor kullanan personel listeleri sisteme işlenmektedir. Her ayın 3'ünde nöbetler tüm servislerden gönderildikten sonra kontrolleri yapmaktadır. Her ayın 4'ünde ödeme emri Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)'den alınıp iş yeri hekimlik ücretleri manuel yapılmaktadır. Her ayın 5'inde 4924 sayılı yasa kapsamında acil servis sözleşmeli doktor maaşları Personel Bilgi Yönetim Sistemi (PAGO)'dan yapılmakta ve ödeme emri Mali Yönetim Sistemi (MYS)'den çıkarılmaktadır. Her ayın 6'sında personellerin icra, nafaka, taahhütlü borç kesinti işlemleri sisteme girilmekte, yine ayın 6'sı ile 9'u arasında maaşlar hesaplatıldıktan sonra günlük yapılan işlerin doğruluğu kontrol edilip hatalar varsa düzeltilerek yeniden hesaplama işlemi yapılarak imzaya sunulmaktadır. Her ayın 10'u ile 11'inde imzadan çıkan maaşlar teslim tutanağı ekinde ilgili bütçesine göre saymanlık ya da mal müdürlüklerine gönderilmektedir. Maaşlar, Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (KBS)'de onaylandıktan sonra, denge ve sabit hesaplama işlemlerine başlanmakta, (bu süreç 1 veya 2 gün sürmekte) en geç ayın 12'inde saymanlığa teslim edilmektedir. Maaşlar gönderildikten sonra naklen veya açıktan atamayla gelen, maaş almamış personele ek maaş yapılmaktadır. Her ayın 11'i ve 13'ü arasında nöbet ve mesailer saymanlığa gönderilmektedir. Her ayın 15'inde maaşlar hesaplandıktan sonra Bireysel Emeklilik Sistemi (BES) kesintileri hazırlanıp Türkiye Hayat Emeklilik Sistemine yüklemesi yapılmakta ve dosya referans numaraları mal müdürlüğüne bildirilmektedir. Yeni başlayan veya nakil gelen personellerin kayıt işlemleri Türkiye Hayat Emeklilik Sistemine yapılmaktadır. Her ayın 15 ile 25'i arasında 5510 sayılı kanun (15.10.2008) sonrası sağlık hizmetleri sınıfında olup fiilen çalışan personellerin (DSS, genel bütçe, 4/B) fiili hizmet zammı hesaplama ve bildirim işlemleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kesenek bilgi sistemine yüklenerek, bildirimleri ve ödeme işlemleri ilgili bütçelerine göre ilgili sistemlerden (KBS, TDMS) en geç ayın 25'ine kadar gönderilmektedir. Her ayın 15 ile 30'u arasında eksik, hatalı, yanlış bildirilen veya hiç bildirilmeyen nöbet ve mesailerle ilgili dilekçeler toplanarak eksik ödeme yapılanlara ek nöbet yapılmaktadır. Her ayın 15'inde maaşlardan sonra ayın en geç 25'ine kadar primler SGK sistemine yüklenmektedir. Her ay zorunlu hekim sigortalarının listesi personel servisine ödeme listeleri ise döner sermaye saymanlığına gönderilmektedir. Her ay doğum yardımı başvuruları alınmakta ve ayda bir defa Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğüne üst yazı ile gönderilmektedir.

Günlük yapılan iş ve işlemler; okul bitirmeler, terfiler, aile durumu bildirimleri, çocuk yardımı başvuruları, yabancı dil tazminatı başvuruları, aylık ve yıllık hayat sigortası prim ödeme bildirimleri, ölüm yardımı bildirimlerine ilişkin ödeme emri belgeleri hazırlanmakta, ödeme yapılacak kalemlerle ilgili bilgiler hazırlanıp bankaya gönderilmektedir. Ayrıca günlük olarak geriye dönük terfi, fiili hizmet zammı, kıdem tazminatı, stajyer öğrenci maaş işlemleri ve bu işlemlere ait yazışmalar yapılmaktadır.

Yeni işe başlayan personel işlemleri; yeni işe başlayan personelin bilgileri KBS sisteminden nakil alınarak, kişiye bankada hesap açtırılır. İlgili kişiye aile durum bildirimini düzenlettilererek sisteme girişi yapılır. Ücretsiz izin dönüşü veya açıktan atanan personele ayrıca kıst maaş verilir. Bireysel



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

emeklilik sistemi (BES) kayıtları, nakil gelen personele yolluk ücreti ödeme işlemleri ve banka promosyon takibi işlemleri yapılır.

Ayrılan personel işlemleri; personelin nakil gitmesi durumunda, Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS)'den nakil ilmühaberi düzenlenir ve KBS sistemi üzerinden nakil işlemleri yapılır. Ücretsiz izne ayrılması veya istifa etmesi durumunda, ayrılış tarihine göre borçlanma hesaplanıp ödeme yapıldıktan sonra dekont ve üst yazı ile mal müdürlüğü veya saymanlığa bildirilir ve KBS sisteminde ayrılış işlemi yapılır. Personelin emekliliğe ayrılması durumunda ise KBS sisteminden ayrılışı ile yolluk ücreti ödeme işlemleri yapılır ve borçlanma işlemleri (denge tazminatı) hesaplanır.

Yılda bir kez yapılan işler; ek karşılıklar ocak ayının sonuna kadar saymanlığa ve SGK'ya bildirilir. 5510 Sayılı Kanun (15.10.2008) öncesi çalışmaya başlayan sağlık hizmetleri sınıfına tabi personellerin yıllık fiili hizmet zamları en geç sonraki yılın mart ayına kadar hesaplama ve bildirim işlemleri SGK kesenek bilgi sistemine yüklenerek bildirimleri ve ödeme işlemleri yapılır. Aynı şekilde yıl bitmeden giyim yardımı yapılır.

Her ay maaş tahakkuk servisinde düzenlenen ödeme belgeleri, imza yetkisi olan personel tarafından imzalandıktan sonra, kontrol ve imza için ilgili idari ve mali işler müdür yardımcısına gitmekte, sonrasında gerçekleştirme görevlisi olan idari ve mali işler müdürüne sunulmakta, onun imzasından sonra son aşama da hastane harcama yetkilisi olan başhekim tarafından imzalanmaktadır. Bu süreçte oluşturulan ödeme listelerinden maaşa ilişkin olanlar Hazine ve Maliye Bakanlığına bağlı mal müdürlüğüne/muhasebe müdürlüğüne, oradan da ödeme için bankaya gönderilmektedir. Döner sermayeye ilişkin ödemeler ise İl Sağlık Müdürlüğü Saymanlık Birimine gönderilmekte ve mutemet tarafından e-posta yoluyla doğrudan bankaya iletilmektedir.

Tüm ödeme süreçlerinde hatalı bilgi girişinden kaynaklı eksik ödemeler sistemden düzeltilmekte, sistem tarafından hesaplanan fark için ödeme emri düzenlenip, ödeme yapılmaktadır. Fazla veya yersiz ödeme için personele borç onayı çıkarılmakta, yasal faizi ile birlikte tahsil edilmesi gereken tutar hesaplanmakta, personel tarafından saymanlık hesabına ödeme yapıp dekont gönderildikten sonra borçlanma kapatılmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İç kontrol sistemi bütün kurumlarda olduğu gibi hastane işletmelerinde de yürütülen iş ve işlemlerin; mevzuata ve kurumsal politikalara uygun, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesinin sağlanması, kurumsal ve bireysel düzeyde ortaya çıkabilecek risklerin minimuma indirilmesi hususlarında kuruma güvence sağlamaktadır. Özellikle kamu hastane işletmelerinde kurulacak etkin bir iç kontrol sisteminin, sunulan hizmetin kalite ve sürekliliğine olumlu etki etmesi beklenir. İç kontrol sistemi, hastane yönetimi için kaynakların kontrol ve denetimini kolaylaştırıp, olası siiiistimleri önlemede yardımcı olmaktadır. Etkin bir iç kontrol sisteminin bu kurumsal faydasının yanında, kıt kaynakların daha etkin kullanımına katkı sağlaması bakımından da hizmet alanlara pozitif yansımaları olmaktadır. Bu çalışmada iç kontrol sistemi incelenen kamu hastanesinin stok yönetimi konusunda dokümanite edilmiş bir iç kontrol prosedürü veya iş akış sistemi bulunmamakta olup, stok yönetim süreci başta Kamu İhale Kanunu, Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu, Taşınmaz Mal Yönetmeliği gibi genel mevzuat ve T.C. Sağlık Bakanlığının çıkardığı özel mevzuat çerçevesinde yürütülmektedir. Diğer taraftan mutemetlik iş ve işlemleri ise maaş tahakkuk servisi tarafından yapılması gereken işlemlerin ne zaman ve ne şekilde yapılacağını gösteren bir iş akış çizelgesi kapsamında yapılmaktadır. Bu çalışmada incelenen hastanede stok yönetimi ve

46

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ÇİL KOÇYİĞİT,S./CEYLAN, Ö./ UYSAL, D.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

mutemetlik ile ilgili uygulamalar iç kontrol sisteminin unsurlarına göre değerlendirildiğinde aşağıda belirtilen sonuç ve önerilere ulaşılmıştır.

İncelenen hastanede stok yönetiminde kimin ne zaman, neyi yapacağını, iş akışını, sürecin risk ve yasal sorumluluklarını gösteren dokümanla edilmiş tek bir prosedür bulunmamaktadır. Bu hususun da uygulamada ciddi sıkıntılar doğurabileceği açıktır. Örneğin, Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu kapsamında mal ve hizmet teslim alımlarında görevli olan muayene kabul komisyonunda, kimlerin bulunacağı belli olmasına ve sorumluluk bütün komisyon üyelerinde olmasına rağmen uygulamada, kabul işlemleri 1 veya 2 personel tarafından yapılmakta, diğer komisyon üyeleri tarafından ise malzemeler görülmeden, diğer üyelere güvenilerek ilgili tutanak imzalanmaktadır. Halbuki bu durumun, kurumsal ve bireysel olarak ileride yaratabileceği riskler konusunda personelin bilgilendirilmesi riskleri ortadan kaldıracaktır.

Hastanede ana depo sorumluluğunun depo sorumlularında olduğu ancak ana depolardan ayrı olarak servislerde kurulan ve cep depo diye tabir edilen depoların sorumluluğunun servis sorumlu hemşirelerinde olduğu, bu cep depolara gönderilen malzemelerin tüketim ve miad kontrollerinin yine servis sorumlu hemşirelerine bırakıldığı görülmüştür. Servis sorumlu hemşirelerinin asıl işlerinin sağlık hizmeti olduğu, stok ve malzeme yönetimi konusunda tam bilgi sahibi olmadıkları hususu göz önüne alındığında bu cep depolarda yer alan malzemelerin kayıt, tüketim ve miad kontrollerinde sıkıntılar yaşanabileceği ayrıca uygunsuz kullanıma da sebebiyet verebileceği görülmüştür. Bu bakımdan servislerde cep depo uygulamasına son verilmesi ya da bu depoların rutin olarak ana depo sorumlusu tarafından kontrol edilip, kayıt tutulması ile burada ortaya çıkması muhtemel sorunlarda giderilebilir.

Hastanede özellikle acil alınması gereken medikal malzemeler ve kişiye özgü olmasından dolayı toplu alım yapılamayan ortez, protez vb. malzeme için ihtiyaçların malzemeyi kullanacak hekimin talebi sonrası İhtiyaç Tespit Komisyonuna geldiği, komisyonun malzemenin o hastaya uygunluğunu veya tedavi alternatiflerinin değerlendirilme şansı olmadığı için ürün alımını onaylamak zorunda kaldığı ve ürünün doğrudan temin yoluyla alındığı görülmüştür. Bahsi geçen durumun suiistimale açık olduğu göz önüne alındığında bu tür alım taleplerinin o malzemeyi isteyen hekim dışında o işin uzmanı en az 1-2 hekim tarafından imzalanarak, servis sorumlu hekiminin onayı sonrası ihtiyaç tespit komisyonuna gitmesi halinde bir iç kontrol mekanizması oluşacağından, bu hususta ortaya çıkması muhtemel suiistimallerin engellenebileceği söylenebilir.

Hastanede stok alımlarında fiyat belirlemek için ülke çapında Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların alım fiyatlarını gösteren Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi (MKYS)'nin kullanıldığı, bu sisteme girişlerin bazen adet, bazen kutu, bazen de lot olarak yapıldığı bunun da fiyat araştırmasını olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu hususta girişlerin standardize edilmesinin sorunu çözebileceği söylenebilir.

Hastanede yapılan çalışmada maaş tahakkuk servis sorumlusunun veri hazırlama ve kontrol işletmeni (VHKİ) kadrosunda olduğu, burada çalışan diğer personelinde sağlık memuru vb. kadrolarda yer aldığı dolayısıyla da burada çalışanların akademik düzeyde muhasebe ve finansman eğitimi almadıkları, servisin temel iş ve işlemlerini hastanede o birim içindeki eski çalışanlardan öğrendikleri, Bakanlıkça verilen eğitimler ile de kendilerini geliştirmeye çalıştıkları görülmüştür. Bu işleyiş çeşitli suiistimallere sebebiyet verebileceği gibi usta tarafından yapılacak bir hatanın çirak tarafından fark edilmeyip, yenilenmesine sebep olabilir. Bu bakımdan bu tarz işletmelerde muhasebe ve finans konusunda yeterli eğitimi almış uzman kişilerin bu birimlerde istihdam edilmesinin yerinde olabileceği söylenebilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Hastanede maaş tahakkuk biriminde çalışan personelin sorumluluğunun fazla olmasına rağmen aldıkları ücretlerin özellikle tıbbi birimlerde çalışan personelin çok altında olduğu, bu yüzden personelin bu birimde çalışmaya çok fazla talip olmadığı görülmüştür. Burada çalışan personele risk ve sorumluluk unsurları gözetilerek ek bir ödeme yapılması halinde bu birimin cazibesinin artacağı ve personel motivasyonuna olumlu katkısı olacağı düşünülmektedir.

Hastanenin genel maaş hesaplaması için otomasyon sistemi olduğu, maaş ödemelerinin burada otomatik olarak hesaplandığı, hastanede yapılan diğer ödemeler için ise Ek Ödeme Bordro Sistemi (EKOBS)'nin geliştirildiği, döner sermaye gibi ödemelerin buradan otomatik hesaplandığı ancak nöbet ödemeleri gibi ödemelerin hala manuel olarak hesaplandığı görülmüştür. Burada ortaya çıkması muhtemel hata ve hilelerin önüne geçilebilmesi için bütün ödemelerin sisteme entegre edilerek otomatik hesaplanması gerektiği söylenebilir.

Son olarak çalışma yapılan kamu hastanesinde stok yönetimi ve mutemetlik iş ve işlemlerinde mevzuat ve yazılı prosedürlere göre hareket edilmeye çalışıldığı, hastane yönetimi tarafından da bu iş ve işlem süreçlerinin takip ve kontrol edilmeye çalışıldığı ancak bu hususlarda eksikliklerin olduğu söylenebilir. Hastanede kurulacak etkin bir iç kontrol sisteminin hastane yönetimi açısından iş akışı, görev tanımı, kontrol konularında yardımcı olacağı unutulmamalıdır. Ayrıca iç kontrol ortamının oluşturulmasının kurumsal hedef ve politikalara ulaşılmasına da katkı sağlayacağı açıktır.

Etik İzin

Çalışmada bir kamu hastanesinin stok yönetimi ve mutemetlik işlemleri. kurumun bu iş ve işlemler için internet ortamında paylaşmış olduğu doküman, prosedür ve iş akış çizelgeleri incelenmek suretiyle tespit edilmiş, sonrasında yapılan iş ve işlemler takip edilerek süreçte görülen eksiklikler iç kontrol sistemi unsurları yönüyle değerlendirilmiştir. Çalışmada sadece iş ve işlem tespiti ve süreç gözlemi yapılmış olup, sürece dahil olunmamış yine katılımcılardan veri toplanmamıştır. Bu nedenle etik izin alınmamıştır.

Araştırmacıların Katkı Oranı

Araştırmacıların çalışmaya katkı oranları eşittir .

Çıkar Çatışması Beyanı

Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Akyel, R. (2010). Türkiye’de İç Kontrol Kavramı, Unsurları ve Etkinli ğinin Değerlendirilmesi. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 17(1), 83–97. <https://dergipark.org.tr/en/pub/yonveek/165713>
- Atmaca, M. (2012). Muhasebe Skandallarının Önlenmesinde İç Kontrol Sisteminin Etkinleştirilmesi. Afyon Kocatepe University Journal of Economics and Administrative Sciences, 14(1), 191–205. <https://dergipark.org.tr/en/pub/akuiibfd/20325>
- Azaltun, M. (1999). “Otel İşletmelerinde İç Kontrol”,T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları , Yayın No:1075.
- Alkaya, Y. (2019). “İç Kontrol Sistemi İle Bağımsız Denetim Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Daha iyi bir Bağımsız Denetim Uygulaması İçin İç Kontrol Sisteminin Nasıl Olması Gerektiği Üzerine Bir Araştırma”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Can, E. N., Hastane İşletmeciliğinde İç Kontrol Sisteminin Etkinliği, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, 2014.
- Ceyhan, İ. F., & Apan, M. (2014). Coso İç Kontrol Modelinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi: Bir Hastane Uygulaması-An Investigation of The Coso Internal Control Model With Structural Equation Modeling: A Hospital Case. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6(10), 179–198. <https://doi.org/10.20875/sb.16236>
- Çolak, H. B. (2011). İç Kontrol İç Denetim İlişkisi.
- Çömlekçi, Ferruh, Kepekçi, C., Erdoğan, M., (1993) "Muhasebe Denetimi", Eskişehir.
- COSO, Internal Control Integrated Framework: 13'den Aktaran:, s. 101-102.
- Doğan, S., & Burgazlıoğlu, E. (2015). İç Kontrol Sistemi ve Özel Bir Hastanede Uygulama. 4(1), 18–33.
- Dursun, G. D., & Akın, S. (2019). Türkiye’de özel hastanelerde iç kontrol sisteminin önemi. İzmir Democracy University Health Sciences Journal, İzmir Demokrasi Üniversitesi, 2(1), 48–60.
- Endovitskii, D. A., Golovin, S. V., & Spiridonova, N. E. (2020). Developing internal control at social budgetary institutions: Some particularities. International Accounting, 23(5), 543–566. <https://doi.org/10.24891/IA.23.5.543>
- Erdoğan, M., Erdoğan, N., Cömert, N., Uzun, A.K. ,Yılandı, M. (2012). Denetim, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- G.D. Kunders, Hospitals: Facilities Planning and Management, 10th Reprint, Tata McGraw Hill Pub. Company Limited, 2008, s.168-169.
- Güney, G., Bektaş, G., İşçi, E., & Yayımlı, G. E. , (2014). Kobi Niteliğindeki Sağlık Kuruluşlarında İç Kontrol Sistemi ve Önemi. İstanbul Aydın Üniversitesi Anadolu Bil Meslek Yüksek okulu Dergisi , 68-86.
- Güner, M. F. (2009). Kamu İdarelerinin Etkin Yönetiminde İç Kontrol Uygulamalarının Rolü.
- Hacıhasanoğlu, T., & Kaya, E. (2018). Üretim İşletmelerindeki İç Kontrol Sisteminin COSO standartlarına Uyum Derecesinin Belirlenmesi: Kocaeli İli Örneği. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7(4), 1694–7215.
- Ibrahim, S., Diibuzie, G., & Abubakari, M. (2017). The Impact of Internal Control Systems on Financial Performance: The Case of Health Institutions in Upper West Region of Ghana. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 7(4). <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v7-i4/2840>
- Kam C. Chan , Yining Chen & Baohua Liu (2020). The Linear and Non- Linear Effects of Internal Control and Its Five Components on Corporate Innovation: Evidence from Chinese Firms Using the COSO Framework, European Accounting Review, DOI: 10.1080
- Kara, M. (2018). Kalite Yönetim Sistemleri İle İç Kontrol Sistemi Uygulamaları Arasındaki Etkileşimin Değerlendirilmesi ve Bir Araştırma, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya./09638180.2020.1776626.
- Kızıltuğ, P. (2015). Hastane İşletmelerinde İç Kontrol Sistemi ve Özel Bir Hastanede İç Kontrol Sistemi Uygulanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Kurnaz, E. (2020). Sağlık Sektöründe İç Kontrol Sisteminin COSO İç Kontrol Modeli Bileşenleri Açısından İncelenmesi: Bir Hastane Uygulaması. 30(157), 163–185.
- Moeller, R. R. (2009): Brink's Modern Internal Auditing, New Jersey: John Wiley & Sons Inc, 7th Edition.
- Özten, S. ve Karğın, S. (2012). Bankacılıkta İç Kontrol Faaliyetleri Kapsamında Krediler Kontrolü ve Muhasebeleştirme Süreci. Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi. 14(2): 119-136.
- Rezaee, Z. (1995). “What the COSO Report Means for Internal Auditors”. Managerial Auditing. Journal, 10 (6), 5-9.
- Sakin, T. (2017) İç Kontrol Sistemi ve İç Denetim, Çağlayan Kitabevi, 1.Basım Tunçay, D. (2011): “İç Kontrol ile İç Denetimin Bağımsız Denetim Açısından Önemi ve Bir Anket Çalışması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Türedi, H., Koban A. O. ve Karakaya, G. (2015): “COSO İç Kontrol (ABD) Modeli ile İngiliz (Turnbull) ve Kanada (COCO) Modellerinin Karşılaştırılması”, Sayıştay Dergisi, Sayı 99, Ekim-Aralık, ss. 95-119.
- Vijayakumar, N., & Nagaraja, N. (2012). Internal Control Systems : Effectiveness of Internal Audit in Risk Management. 5(1), 1-8. <https://www.mendeley.com/catalogue/18dcd628-7e6d-35c8-9b00-f0402d0d115e/?utm>
- Yıldırım, F, Gönen, S . (2020). İç Kontrol Sisteminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesine Yönelik Bir Araştırma . İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi , 9 (3) , 2062-2080 . Retrieved from <http://www.itobiad.com/tr/pub/issue/56503/732220>
- Xu, P., Hou, W., & Chen, Z. (2017). Study on the Strengthening of Hospital Internal Control and Externalization Regulating of Hospital Financial Management. Proceedings of the 2017 4th International Conference on Education, Management and Computing Technology (ICEMCT 2017), 101(Icemct), 863–866. <https://doi.org/10.2991/icemct-17.2017.185>
- <http://www.hacibayramcolak.net/makaleler/119-makale44> Erişim Tarihi: 05.12.2020 2019 yılı İç Kontrol Değerlendirme Raporu (2020) https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39311,ic-kontrol-sistemi-degerlendirme-raporu2019pdf.pdf?0&_tag1=4B9FBF4E17651907DE6F22ECF2BBEBB185BCE655



SAĞLIK ALANINDA EĞİTİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN COVID-19 KORKU DÜZEYLERİNİN VE AŞIYA YÖNELİK TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF THE COVID-19 FEAR LEVELS AND THEIR ATTITUDES TO THE VACCINE OF HEALTH STUDENTS

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Tolga ÇAĞATAY

Başkent Üniversitesi, tcagatay@baskent.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5228-3223

Dr. Öğr. Üyesi Esin BAŞARAN

Başkent Üniversitesi, ebasaran@baskent.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6193-3395

Öğr. Gör. Serap SALİMOĞLU

Başkent Üniversitesi, sbaytar@baskent.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0589-1538

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (17.01.2022-27.04.2022)

Öz

Tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen bu araştırma bir üniversitenin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda eğitim gören öğrencilerin Covid-19 korku düzeylerinin ve aşıya yönelik tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. 707 öğrencinin katılımıyla (%82,3) gerçekleştirilen araştırmada, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS25 programı ile analiz edilmiştir. Katılımcıların Covid-19 Korkusu ölçek puanı $19,91 \pm 7,03$, Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçek puanı $2,94 \pm 6,23$ olarak belirlenmiştir. Covid-19 Korkusu ölçek puanı cinsiyete göre incelendiğinde kadın puanının ($\bar{x}=20,82$) erkek puanından ($\bar{x}=17,41$) daha yüksek olduğu görülmüştür. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kronik hastalığın varlığına göre incelendiğinde kronik hastalığı olanların puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Covid-19 korkusu ile Covid-19 aşısına yönelik tutum arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,097$; $p=0,010$). Bu çalışma geleceğin sağlık çalışanları olacak bireylerin sağlığı koruyucu davranışlarda bulunmalarını sağlayacak programların tasarlanmasına, pandeminin toplum içinde yayılmasının kontrolünde aşının kullanılmasının yarattığı endişelerin giderilmesi için yeni stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Korku, Aşı Tutumu

Abstract

This descriptive type of research was carried out to determine the covid-19 fear levels and attitudes towards vaccination of students at a university's vocational school of health services. In the study, which was conducted with the participation of 707 students (82.3%), the Covid-19 Fear Scale and the Attitudes Towards Covid-19 Vaccine Scale were used. The data were analyzed with the SPSS25 program. The Covid-19 Fear scale score of the participants was determined as 19.91 ± 7.03 , and the Attitudes Towards the Covid-19 Vaccine Scale score was determined as 2.94 ± 6.23 . When the Covid-19 Fear scale score was analyzed on the basis of gender, it was seen that the score of female participants ($\bar{x}=20.82$) was higher than the score of male participants ($\bar{x}=17.41$). When the scores obtained from both scales were examined according to the presence of chronic disease, it was determined that the scores of those with chronic disease were higher. There was a weak negative correlation between the fear of Covid-19 and the attitude towards the Covid-19 vaccine ($r=-$

0,097; $p=0,010$) This study will contribute to the design of programs to help future health workers engage in health-protective behaviors, and to develop new strategies to address the concerns raised by the use of vaccines to control the spread of the pandemic in society.

Keywords: Covid-19, Fear, Vaccine Attitude

GİRİŞ

Gelecekte insanoğlunun geçmişe dönerek bugün ile ilgili yaşanılanları “felaket” olarak nitelendirebilmesi için gerekli tüm şartlar oluşmuş durumdadır. Covid-19 virüsü ortaya çıktığı andan bu yana dünya genelinde birçok alanda onarımı mümkün olmayan direkt ve/veya dolaylı zararlara yol açmıştır. Covid-19 pandemisinin kişiler üzerinde fiziksel etkilerin yanında birçok psikolojik etki yarattığı da bilinmektedir. Sonuçları tek bir nesil ile sınırlı kalmayacak bu felaketin 7’den 70’e herkeste korku yaratması kaçınılmazdır.

Pandemi ile ilgili korku tek bir nedene bağlanamazken özellikle yaşanılan süreç ile ilgili belirsizlik (Bakioğlu, Korkmaz ve Ercan, 2020, s. 8) ve kendi ile yakınlarının sağlık durumlarının tehlikeye girme ihtimali (Mertens, Duijndam, Smeets and Lodder, 2021, s. 5; Mertens, Gerritsen, Duijndam, Salemink and Engelhard 2020, s. 5; Schimmenti, Billieux and Starcevic, 2020, s. 42) korkuya ilişkin nedenler arasında ön plana çıkmaktadır.

Korku, bir canlının savunmacı korku mekanizmasını harekete geçiren dış tehdit edici odaklarla ortaya çıkan itici bir duygusal durumdur. Aslında korku canlıyı etkili kaçıya hazırladığı ve kaçınma eylemlerini motive ettiği için hayatta kalmak için son derece önemlidir (Hamm and Weike, 2005, s. 5). Covid-19 korkusunun halk sağlığını olumlu yönde etkileyen, bulaşı azaltan faydalı bir yönü olduğu (Warren, vd., 2021, s. 205), özellikle hem bireysel hem de toplumsal güvenlik davranışlarını arttırarak yaygınlaşmasını engellediği söylenebilir (Mertens, Gerritsen, Duijndam, Salemink and Engelhard, 2020, s. 1).

Korku, hayatta kalmak için temel olan ve potansiyel olarak tehdit edici olaylara tepki için çeşitli biyolojik hazırlık süreçlerini içeren uyarlanabilir bir savunma mekanizması olarak tanımlanmasına rağmen kronik veya orantısız olduğunda zararlı hale gelebilmektedir ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişiminde anahtar bir rol üstlenmektedir (Ornell, Schuch, Sordi and Kessler, 2020, s. 232). Kontrol edilemeyen korku bireysel pandemi yönetimine ilişkin verilecek kararların rasyonelitesini olumsuz etkilemektedir (Ahorsu, Lin, Imani, Saffari, Griffiths and Pakpour, 2020, s. 2).

İnsanlar anı yaşarken gelecekte yaşanması olası tehditler ile karşı karşıya kalmak istemezler ve bunlardan kaçınma eğilimi gösterirler. Ayrıca gelecekte yaşanabilecek tehdit unsurlarını tam olarak anlamak ve kontrol etmek de isterler (Satici, Sarıçalı, Satici and Griffiths, 2020, s. 2). Koronavirüs korkusu, muhtemelen dünyanın büyük bir kısmının daha önce deneyimlemediği kadar yeni olması ve gelişiminin insanlığa gelecekte ne kadar kötü olabileceğine dair herhangi bir fikir vermemesinden kaynaklanmaktadır (Asmundson and Taylor, 2020, s. 1). Korkunun yaşanılan süreçlere etkisinin çok boyutlu olması korkuyla odaklanılan öngörücülerin keşfi ve ortaya çıkardığı tutum ve davranışların tespiti açısından önemlidir.

Covid-19’un kesin çaresinin henüz bulunamamış olması, özellikle dünya genelindeki artan enfeksiyon ve nispeten yüksek ölüm oranları ile sınırlı etkili tedavinin pandemiye ilişkin korku ve endişeyi tetiklediği görülmektedir (Iversen, vd., 2021, s. 1). Dünya yaşanılan felaketle baş edebilme aracı olarak maske, mesafe ve temizliğin yanı sıra artık aşı kullanımına da başlamıştır. Yaşanılan tüm aksaklıkların geleceğe yönelik belirsizliği arttırmasına rağmen Covid-19 enfeksiyonunu



önleyecek ve pandemiyi sona erdirecek umut vadeden en güçlü silah olarak “aşı” görülmektedir (Malik, McFadden, Elharake and Omer, 2020, s. 1).

Ülkeler gerçekleştirdikleri aşılama programları ile toplumun büyük bir kısmının enfekte olmadan sürü bağışıklığı kazanmalarını hedeflemektedir. Toplumlarda sürü bağışıklığı kazanabilmek için bireysel motivasyona ve kararlılığa ihtiyaç duyulmaktadır. Aşı olmayı kabul edenlerin sayısal üstünlük sağlamaları salgınla mücadelede büyük önem arz etmektedir.

Aşı kararı birçok faktörden etkilenebilmekte ve zamanla değişime açık hale gelebilmektedir (Lazarus, vd., 2021, s. 226). Halkın bir aşıyı kabul etme isteği bu nedenle durağan değildir. Bir Covid-19 aşısı hakkındaki mevcut bilgilere ve duygulara, ayrıca salgının durumuna ve hastalığa yakalanma riskinin algılanmasına son derece duyarlıdır (Loomba, Figueiredo, Piatek, Graaf and Larson, 2021, s. 337). Amerika Birleşik Devletlerinde gerçekleştirilen bir araştırmada (2020, s. 6502) katılımcıların aşılama kararlarını; aşının etkinliği, doktor önerisi, sağlık geçmişi, enfekte olan kişi sayısı, yaşları, yaklaşan seyahatler ve aşının yan etkileri gibi faktörlere göre belirlediği sonucuna ulaşılmıştır.

Yüksek korkunun, Covid-19 aşısına yönelik olumlu bakış açısını desteklediğine inanılmaktadır. Covid-19 salgınının gençlerin ruh sağlığı üzerindeki etki derecesinin çok yönlü araştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırma bu ihtiyacı karşılamak adına gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında Covid-19 aşısının kabulünde pandemi korkusunun rolü ön planda tutularak Covid-19 korkusunun aşı tutumu ile olan ilişkisi araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini bir vakıf üniversitenin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda 2020-2021 akademik yılında öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır (N=859). Araştırma kapsamında evrenin tamamına ulaşılmak istenmiş bu nedenle örneklem seçimine gidilmemiştir. Uygun doldurulduğu tespit edilen 707 katılımcı anketi araştırmaya dahil edilmiştir (%82,3).

Veri Toplama Aracı

Araştırmaya katılan öğrencilere soru formu, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Covid-19 Korkusu Ölçeği tek boyut ve 7 maddeden oluşmakta olup, ölçekte bulunan ifadeler “Kesinlikle katılmıyorum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kararsızım (3)”, “Katılıyorum (4)”, “Kesinlikle katılıyorum (5)” şeklinde değerlendirilmektedir. Ahorsu ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Bakıoğlu ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,82 olarak bulunmuştur. Çalışmamız kapsamında Covid-19 Korkusu Ölçeği'nin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayı değeri 0,90 bulunmuştur.

Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği, 9 maddeli olup, iki alt boyuta (olumlu ve olumsuz tutum) sahiptir. Ölçekte bulunan ifadeler “Kesinlikle katılmıyorum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kararsızım (3)”, “Katılıyorum (4)”, “Kesinlikle katılıyorum (5)” şeklinde değerlendirilmektedir. Olumsuz tutum alt boyutlarındaki maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Ölçek alt boyutundaki

madde puanlarının toplanmasıyla elde edilen toplam puanın o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesiyle 1-5 arasında bir değer elde edilir. Olumlu tutum alt boyutundan alınan yüksek puanlar, aşuya yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Olumsuz tutum alt boyutundaki maddeler ters çevrildikten sonra hesaplanır ve bu alt boyut puanlarındaki yükseklik, aşuya karşı olumsuz tutumun daha az olduğunu göstermektedir. Ölçek Geniş ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Buna göre ölçeğin genel Cronbach Alpha değeri 0,80, olumlu tutum boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,96, olumsuz tutum boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,78 olarak bulunmuştur. Mevcut çalışma kapsamında Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği'nin genel güvenilirlik Cronbach Alpha değeri 0,82, olumlu tutum boyutunun Cronbach Alpha değerinin 0,92, olumsuz tutum boyutunun Cronbach Alpha değerinin 0,76 olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma, Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulunda değerlendirilmiş ve onayı (Tarih: 30.04.2020, Sayı: 17162298.600-386) alınmıştır. “Covid-19 Korkusu Ölçeği” için ölçek geliştirenler uygun atıf biçimiyle ölçeğin izinsiz kullanılabilirliğini belirtmişlerdir. “Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği” için eser sahibinden izin alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma bazı sınırlılıklara sahiptir. Araştırmanın kesitsel tipte olması ve verilerin sadece bir üniversiteden elde edilmesi nedeniyle çalışma sonuçları ülke geneline genellenemez. Anket uygulaması örneklem grubunun aşılama sürecine henüz başlamadan uygulanmıştır. Bu durum katılımcıların aşı tutumu geliştirmek için yeteri kadar zaman geçirmediği ihtimalini ortaya çıkarmaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de paylaşılmıştır. Buna göre katılımcı ağırlığının kadınlardan, bekârlardan, ailesi ile birlikte oturanlardan ve çekirdek tipte aileye sahip olanlardan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Değişkenler (N=707)		n	%
Cinsiyet	Kadın	518	73,3
	Erkek	189	26,7
Yaş	20,26 ± 2,33		
Medeni Durum	Bekâr	685	96,9
	Evli	22	3,1
Nerede yaşıyorsunuz	Aile ile birlikte evde	667	94,3
	Devlet Yurdu	7	1,0
	Özel Yurt	6	,8
	Tek Başına Evde	18	2,5
	Arkadaşlar ile evde	9	1,3
Aile tipi	Çekirdek aile	629	89,0
	Geniş aile	78	11,0
Kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	79	11,2
	Hayır	628	88,8

Ailenizde kronik hastalığı olan biri var mı?	Evet	384	54,3
	Hayır	323	45,7
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?	Evet	86	12,2
	Hayır	621	87,8
Ailenizde, akrabalarınızda veya yakın çevrenizde Covid-19 enfeksiyonu geçiren biri var mı?	Var	534	75,5
	Yok	173	24,5
Ailenizde, akrabalarınızda veya yakın çevrenizde Covid-19 enfeksiyonundan hayatını kaybeden oldu mu?	Var	234	33,1
	Yok	473	66,9

Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumunun cinsiyet, aile tipi, büyükanne ve/veya büyükbaba ile birlikte yaşam, kronik hastalık durumu değişkenleri ile karşılaştırıldığı çapraz tablo analizi sonuçları Tablo 2 'de verilmiştir. Buna göre erkek katılımcıların %15,3'ü, geniş aile üyesi olanların %14,1'i, aile büyükleri ile birlikte yaşamayanların %14,9'u, kronik hastalığı olanların %15,2'si, ailesinde, akrabalarında veya yakın çevresinde Covid-19 enfeksiyonu geçiren biri olanların %15,5'u Covid-19 enfeksiyonu geçirdiğini belirtmiştir.

Tablo 2. Covid-19 Enfeksiyon Durumu ile Diğer Değişkenlerin Çapraz Tablo Bulguları

			Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?		Toplam
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	Erkek	n	29	160	189
		%	15,3%	84,7%	100%
	Kadın	n	57	461	518
		%	11%	89%	100%
Aile tipi	Çekirdek aile	n	75	554	629
		%	11,9%	88,1%	100%
	Geniş aile	n	11	67	78
		%	14,1%	85,9%	100%
Büyükanne ve/veya büyükbabanız sizinle birlikte yaşıyor mu?	Evet	n	13	74	87
		%	14,9%	85,1%	100%
	Hayır	n	73	547	620
		%	11,8%	88,2%	100%
Kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	n	12	67	79
		%	15,2%	84,8%	100%
	Hayır	n	74	554	628
		%	11,8%	88,2%	100%
Ailenizde, akrabalarınızda veya yakın çevrenizde Covid-19 enfeksiyonu geçiren biri var mı?	Var	n	83	451	534
		%	15,5%	84,5%	100%
	Yok	n	3	170	173
		%	0,2%	99,8%	100%
Toplam	n	86	621	707	
	%	12,2%	87,8%	100%	

Tablo 3'te katılımcıların "Covid-19 Korkusu Ölçeği"nden toplamda 19,91 puan, "Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği"nden toplamda 2,94 puan, "Covid-19 Aşısına Yönelik Olumlu Tutum" alt boyutunda 2,85 puan ve "Covid-19 Aşısına Yönelik Olumsuz Tutum" alt boyutunda 3,01 puan aldıkları görülmektedir. Covid-19 Korkusu Ölçeği'nden alınabilecek puan aralığı 7 ila 35

arasındadır. Buna göre katılımcıların orta seviyede Covid-19 korkusu olduğu söylenebilir. Ayrıca Covid-19 aşısına yönelik olumsuz tutum puanının yüksekliği aşıya karşı olumsuz tutumun daha az olduğunu göstermektedir.

Duman ve Demir'in (2020) üniversite öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada Covid-19 korku puanı mevcut çalışmayla benzer şekilde orta seviyede bulunmuştur. Genç profesyonel sporcularla gerçekleştirilen başka bir çalışmada da Covid-19 korkusu benzer şekilde orta seviyede tespit edilmiştir (Çiftçi ve Demir, 2020, s. 30).

Covid-19'dan hastalanmaya karşı savunmasız olarak kabul edilen grupların aşıya yönelik daha fazla olumsuz tutuma sahip oldukları ve aşılama karşıtı oldukları ileri sürülmektedir (Paul, Steptoe and Fancourt, 2021, s. 1). Genç popülasyondan oluşan örneklem grubunun hastalanmaya karşı savunmasız grup dışında değerlendirilmesi ayrıca sağlık alanında eğitim almaları nedeniyle sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu varsayımına dayanarak aşıya yönelik olumsuz tutumunun düşük olması beklenen bir durumdur. Sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin farklı disiplinlerde öğrenim gören öğrencilere kıyasla Covid-19 aşısına daha yüksek olumlu tutum sergiledikleri bilinmektedir (Uslu, Yılmaz ve Altun, 2021, s. 395).

Tablo 3. Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği ile Alt Boyutlarının Betimsel Analiz Sonuçları

	n	\bar{x}	SS
Covid-19 Korkusu Ölçeği	707	19,91	7,03
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutum Ölçeği	707	2,94	6,23
Alt Boyut (Olumlu tutum)	707	2,85	4,02
Alt Boyut (Olumsuz tutum)	707	3,01	3,72

Tablo 4'te Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği ile alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre incelenmesi sonucunda elde edilen bulgular paylaşılmıştır. Buna göre Covid-19 Korkusu ölçek sonucu incelendiğinde kadınların korku puanları ve erkeklerin korku puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=-5,843$, $p=0,000$, $p<0,05$). Kadın katılımcıların Covid-19 korku puanının ($\bar{x}=20,82$) erkek katılımcıların korku puanından ($\bar{x}=17,41$) daha yüksek seviyede olduğu görülmüştür. Benzer bir sonuç Kabasakal ve arkadaşlarının (2021, s. 1242) araştırmasında da tespit edilmiştir. Bu durum kadın cinsiyetine özgü ayrımsal özelliklerle açıklanabilir (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013, s. 446). Kadınlar ırk, zaman, yaş ve yerleşim çeşitliliğinden bağımsız olarak erkeklere göre daha yüksek kaygı oranlarına sahiptir (Vlassoff, 2007, s. 50). Çalışma bulguları dâhilinde kadın ve erkek katılımcılar arasında Covid-19 Aşısına Yönelik Tutum Ölçeği genelinde ve alt boyutlarında anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir. Bu sonucun aksine kadınların önleyici davranışlarda bulunma olasılıklarının daha yüksek olmasına rağmen aşı yaptıranların sağlığının korunacağına olan inancının daha düşük olduğu ve aşiyi yaptıрма konusunda erkeklerden daha az istekli oldukları sonucuna ulaşılan araştırmalar da mevcuttur (Cordina, Lauri and Lauri, 2021, 6). Yedi Avrupa ülkesinde 7662 katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada aşılama konusunda emin olmayan katılımcıların yarısından fazlası (%55) yan etkileri konusunda endişeli olduklarını bildirirken bu grubun büyük çoğunluğunu kadınların (%36) oluşturduğu görülmüştür (Neumann-Böhme, vd., 2020, s. 980).

Tablo 4. Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği ile Alt Boyutlarının Cinsiyet Değişkenine Göre İncelenmesi

Cinsiyet		n	\bar{x}	ss	t	p
Covid-19 Korkusu Ölçeği	Erkek	189	17,41	7,16	-5,843	0,000*
	Kadın	518	20,82	6,76		
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutum Ölçeği	Erkek	189	2,99	6,36	1,170	0,243
	Kadın	518	2,92	6,17		
Alt Boyut (Olumlu tutum)	Erkek	189	2,92	4,28	0,958	0,338
	Kadın	518	2,84	3,92		
Alt Boyut (Olumsuz tutum)	Erkek	189	3,05	4,08	0,947	0,344
	Kadın	518	2,99	3,59		

* p<0,05

Tablo 5'te katılımcıların ölçeklere katılım düzeylerinin kronik hastalık varlığına göre farklılık gösterip göstermediğini belirleme için yapılan t-testi analiz sonuçları verilmiştir. Öğrencilerin Covid-19 korku düzeylerinin kronik hastalık varlık durumuna göre farklılığının istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (t=3,634, p=0,000, p<0,05). Kronik hastalığı olanların (\bar{x} =22,59) Covid-19 korku düzeylerinin kronik hastalığı olmayanlara göre (\bar{x} =19,57) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Körükücü ve arkadaşlarının (2020, s. e210) yaptıkları araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bireyin sağlık durumunu ciddi şekilde riske edecek durumların korku düzeyini artırması beklenen bir durumdur.

Katılımcıların Covid-19 Aşısına Yönelik Tutum düzeylerinin kronik hastalık varlığına göre farklılığının istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (t=-2,523, p=0,012, p<0,05). Covid-19 Aşısına Yönelik olumlu tutum alt boyutunda kronik hastalığı olanların ve olmayanların arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (t=-3,149, p=0,002, p<0,05). Kronik hastalığı olmayanların aşırıya yönelik olumlu tutum puanlarının (\bar{x} =2,90) kronik hastalığı olanların puanlarına (\bar{x} =2,53) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan kişilerin aşırıya daha az ilgi göstermesinin nedeni olarak yan etkiler endişesi olduğu düşünülmektedir. Haque ve arkadaşlarının (2021, s. 6) araştırması bu sonucu desteklemektedir.

Tablo 5. Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 Aşısına Yönelik Tutumlar Ölçeği ile Alt Boyutlarının Kronik Hastalığın Varlığı Değişkenine Göre İncelenmesi

Kronik hastalık var mı?		n	\bar{x}	ss	t	p
Covid-19 Korkusu Ölçeği	Evet	79	22,59	6,91	3,634	0,000*
	Hayır	628	19,57	6,98		
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutum Ölçeği	Evet	79	2,76	6,87	-2,523	0,012*
	Hayır	628	2,94	6,11		
Alt Boyut (Olumlu tutum)	Evet	79	2,53	4,31	-3,149	0,002*
	Hayır	628	2,90	3,95		
Alt Boyut (Olumsuz tutum)	Evet	79	2,94	4,01	-0,822	0,411
	Hayır	628	3,01	3,69		

* p<0,05

Tablo 6'da Covid-19 korkusu ile Covid-19 aşısına yönelik tutum ve alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre Covid-19 korkusu ile Covid-19 aşısına yönelik tutum arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki söz konusudur (r=-0,097, p= 0,010, p<0,05). Aynı şekilde

Covid-19 korkusu ile Covid-19 aşısına yönelik olumsuz tutum arasında da negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur ($r=-0,199$, $p=0,000$, $p<0,05$). Buna rağmen Covid-19 korkusu ile Covid-19 aşısına yönelik olumlu tutum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=0,015$, $p=0,699$, $p>0,05$).

Tablo 6. Covid-19 Korkusu ile Covid-19 Aşısına Yönelik Tutum ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki Analizi Sonucu

	Covid-19 Korkusu Ölçeği	
	r	p
Covid-19 Aşısına Yönelik Tutum Ölçeği	-0,097*	0,010
Covid-19 Aşısına Yönelik Ölçeği (Olumlu Tutum)	0,015	0,699
Covid-19 Aşısına Yönelik Ölçeği (Olumsuz Tutum)	-0,199*	0,000

* $p<0,05$

SONUÇ VE ÖNERİLER

Covid-19 salgını, insanların fiziksel sağlığı ve yaşamları için ciddi tehditler oluşturduğu kanıtlanmış bir gerçekliktir. Covid-19'un yeni bir hastalık olması ve bu hastalığın küresel olarak son derece yıkıcı etkilerinin gözlemlenmesi, özellikle ortaya çıkışı ve yayılması, halk arasında karışıklığa, endişeye ve korkuya neden olmaktadır. Salgının hayatlarının başında olan gençler üzerinde de derin etkileri mevcuttur. Mansourieh (2020, s. 2) araştırmasında özellikle genç yetişkinlerin Covid-19 hakkında daha fazla endişe duyduklarını tespit etmiştir.

Günümüz mevcut şartları altında aşılama, pandeminin sonlanmasındaki en önemli rolü üstlenmiş durumdadır. Dünya genelinde büyük bölgesel sınırlar belirlendiğinde aşıya yönelik olumlu tutum oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinin aşılama süreci öncesinde Covid-19'a karşı aşılama konusundaki tutumlarını tespiti yönelik araştırmada katılımcıların (N=7662) %73,9'u aşı olmaya istekli olduklarını belirtmişlerdir (Neumann-Böhme, vd., 2020, s. 978). Bir diğer çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkinler arasında Covid-19 aşısı yaptırmaya istekli olanların (N=2006) oranı %69 olarak tespit edilmiştir (Reiter, Pennell and Katz, 2020, s. 6502). Aşı kabulünü etkileyen faktörleri belirlemek için 19 ülkeden 13426 kişiyle gerçekleştirilen bir araştırma sonucunda katılımcıların %71,5'i aşının güvenli ve etkili olduğunun kanıtlanması şartıyla aşı olmayı kabul edeceklerini beyan etmişlerdir (Lazarus, vd., 2021, s. 226). Bu durum her ne kadar olumlu olarak algılsa da ters bakış açısıyla konu ele alındığında, belirlenen bölgelerde azımsanmayacak sayıda aşı karşıtlığı olduğu söylenebilir. Aşılama yoluyla sürü bağışıklığının teşvik edilmesi, Covid-19 hastalığının yayılmasını önlemede oldukça başarılı ve umut verici bir strateji olarak kabul edilmektedir (Frederiksen, Zhang, Foged and Thakur, 2020, s. 2). Sürü bağışıklığı sağlamanın önemli bir yolu aşı ile ilgili tereddütleri ortadan kaldırmaktır.

Pandeminin yarattığı belirsizlik toplumların genelinde korku yaratsa da tam aksini yaşayan bir kitlenin varlığından rahatlıkla söz edilebilir. Resmi otoritelerce rasyonalite dışında olan bu kitlenin kendisinden tam da beklenildiği üzere aşıya karşı olumsuz tutum geliştirdiği görülmektedir. Bu haliyle Covid-19 enfeksiyonundan daha az korku duyanların Covid-19 aşısına karşı tereddüt geliştirmesi daha olasıdır (McElfish, vd., 2021, s. 6). Dror ve arkadaşları (2020, s. 777) enfekte hastalar ile ilgilenen ve kendi bulaş riskini yüksek gören sağlık personelinin aşılama eğiliminin daha yüksek olduğu, buna rağmen virüsle enfekte hastaları önemsemeyen sağlık çalışanlarının daha yüksek aşı tereddüdü geliştirdiğini bulmuşlardır. Bireylerin hastalık riskini düşük algıladıklarında aşı yaptırmaya yönelik daha az kararlılık gösterdikleri bilinmektedir (Schmid, Rauber, Betsch, Lidolt and Denker, 2017, s. 10).



Bu noktada yapılması gereken aşya olan güvenin sağlanabilmesi adına stratejiler geliştirmektir. Bu görev sadece devlet yöneten hükümetlere bırakılmayıp konuyla ilgili doğrudan ve dolaylı müdahale etme gücüne sahip her gücün desteğini almalıdır. Korkunun yarattığı baskının üstesinden gelebilmeye katkı sağlamak adına Dünya Sağlık Örgütü (2020) zorluklarla başa çıkabilme adına birçok dilde hazırladığı stres yönetim kılavuzu yayınlamıştır. Bu yazılı doküman ile insanların pandeminin sebep olduğu stresörler ile başa çıkmasına yardımcı olacak pratik beceriler kazanması amaçlanmıştır.

Salgın sürecinin çok daha uzayabileceğinden endişe eden bireyler yoğun, kontrol edilmesi güç doğruluğu kanıtlanmamış bilgilere maruz kalarak kaygı ve korku hissiyatı içerisinde bulunabilirler. Salgının öngörülemez geleceğiyle ilgili yanlış bilgi ağının toplumun genel kaygı düzeyini arttırdığı bilinmektedir (Bao, Sun, Meng, Shi and Lu, 2020, s. e37). Bireylerin bir şekilde mevcut bilgi durumlarını güncel tutabilmek adına doğruluğu kanıtlanmamış, yanlış olabileceği ihtimali yüksek haberleri tüketme eğilimi, yüksek kaygıya ve korkuya neden olabilmektedir (Jung and Jun, 2020, s. 271). Covid-19 ile ilgili özellikle kaynağı doğrulanmamış asılsız haberler bu dönem içerisinde özellikle sosyal medya araçlarını kullanma kabiliyeti yüksek olan Z kuşağı tarafından yoğun bir şekilde tüketilebilmektedir. Kişilerin yanlış bilgiyle karşılaştıklarında bunu ayırt edecek asgari bilgi seviyesiyle donatılması gerekmektedir. Aşının güvenliği konusunda toplumu ikna etmek adına kurulacak iletişim ağıyla sağlık okuryazarlık düzeyleri artırılmalıdır. Toplumda yüksek bağışıklık düzeyine ulaşma ancak doğru bilgiyi ayırt edebilecek asgari sağlık okuryazarlık seviyesine ulaşmak ile mümkün olabilir.

Çalışma hayatının bir parçası olmanın aşu kabulüne olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (Schwarzinger, Watson, Arwidson, Alla and Luchini, 2021, s. 212). Sağlıklı işleyen bir sağlık sistemi oluşturabilme ve sürdürülebilirliği sağlama sürecinin temel ayaklarından biri iyi öğrenim görmüş ve donanım kazanmış sağlık çalışanlarının işgücü piyasasına arzıyla gerçekleşir. Özellikle sağlık çalışan adaylarının sahaya çıkmadan önce mental ve fiziksel hazırlıklarının tamamlanmış olması gerekir. Özellikle sağlık alanında öğrenim gören gençlerin kendi korkusunu yenmiş olmaları başkalarının korkusunu yenme konusunda önemli katkı sağlayacağına inanılmaktadır. Bunun gerçekleştirilebilmesi anlamında okullarda Covid-19 konusunda yeterli bilgilendirme yapılmalı, pandemi ile mücadele sürecinde aşının önemine yönelik farkındalığı arttırmak amacıyla eğitim programları planlanmalı, sosyal iletişim ağı aracılığıyla gençlerin doğru bilgilere ulaşmaları için gerekli altyapı hazırlanmalıdır.

Araştırmacıların Katkı Oranı ve Çıkar Çatışması Beyanı

Araştırmacıların katkı oranları eşittir ve herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9.
- Asmundson, G. J., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders*, 70, 1-2.
- Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2020). Fear of COVID-19 & Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-14.
- Bal, U., Çakmak, S., ve Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet*, 395(10224), e37-e38.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287(112934), 1-5.
- Cordina, M., Lauri, M. A., & Lauri, J. (2021). Attitudes towards COVID-19 vaccination, vaccine hesitancy and intention to take the vaccine. *Pharmacy Practice (Granada)*, 19(1), 1-9.
- Çiftçi, F., ve Demir, A. (2020). Covid-19 Pandemisinde Türk Profesyonel Futbolcuların Covid-19 Korkusu ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Sport and Recreation Researches*, 2(S11), 26-38.
- Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrahi, M., Zigran, A., . . . Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID 19. *European Journal of Epidemiology*, 35, 775-779.
- Duman, N. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Covid-19 Korkusu ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük. *The Journal of Social Science*, 4(8), 426-437.
- Frederiksen, L. S., Zhang, Y., Foged, C., & Thakur, A. (2020). The Long Road Toward COVID-19 Herd Immunity: Vaccine Platform Technologies and Mass Immunization Strategies. *Frontiers in Immunology*, 11(1817), 1-26.
- Geniş, B., Gürhan, N., Koç, M., Geniş, Ç., Şirin, B., Çırakoğlu, O. C., & Coşar, B. (2020). Development of perception and Attitude Scales Related with Covid-19 Pandemia. *Pearson Journal of Social Sciences-Humanities*, 5(7), 306-328.
- Graupensperger, S., Abdallah, D. A., & Lee, C. M. (2021). Social norms and vaccine uptake: College students' COVID vaccination intentions, attitudes, and estimated peer norms and comparisons with influenza vaccine. *Vaccine*, 39(15), 2060-2067.
- Hamm, A. O., & Weike, A. I. (2005). The neuropsychology of fear learning and fear regulation. *International Journal of Psychophysiology*, 57, 5-14.
- Haque, M. A., Rahman, M. L., Hossiana, M., Matina, K. F., Nabi, M. H., Saha, S., . . . Hawlader, M. D. (2021). Acceptance of COVID-19 vaccine and its determinants: evidence from a large sample study in Bangladesh. *Heliyon*, 7(e07376), 1-7.
- Iversen, M. M., Norekval, T. M., Oterhals, K., Fadnes, L. T., Maeland, S., Pakpur, A. H., & Breivik, K. (2021). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Fear of COVID-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-19.
- Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental Health and Psychological Intervention Amid COVID-19 Outbreak: Perspectives from South Korea. *Yonsei Medical Journal*, 61(4), 271-272.
- Kabasakal, E., Özpulat, F., Akca, A., & Özcebe, L. H. (2021). COVID 19 fear and compliance in preventive measures precautions in workers during the COVID 19 pandemic. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94, 1239-1247.
- Körükçü, Ö., Özkaya, M., Boran, Ö. F., & Boran, M. (2020). The effect of the COVID-19 pandemic on community mental health: A psychometric and prevalence study in Turkey. *Health and Social Care Community*, 29, e204-e213.
- Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., . . . El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 27, 225-228.
- Looma, S., Figueiredo, A. d., Piatek, S. J., Graaf, K. d., & Larson, H. J. (2021). Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. *Nature Human Behaviour*, 5, 337-348.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Malik, A. A., McFadden, S. M., Elharake, J., & Omer, S. B. (2020). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EClinicalMedicine*, 26, 1-8.
- Mansourieh, A. M. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 1-12.
- McElfish, P. A., Willis, D. E., Shah, S. K., Bryant-Moore, K., Rojo, M. O., & Selig, J. P. (2021). Sociodemographic Determinants of COVID-19 Vaccine Hesitancy, Fear of Infection, and Protection Self-Efficacy. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, 1-7.
- Mertens, G., Duijndam, S., Smeets, T., & Lodder, P. (2021). The latent and item structure of COVID-19 fear: A comparison of four COVID-19 fear questionnaires using SEM and network analyses. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 1-9.
- Mertens, G., Gerritsen, B., Duijndam, S., Saleminck, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (Covid-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *JO Anxiety Disorders*, 74, 1-8.
- Neumann Böhme, S., Varghese, N. E., Sabat, I., Barros, P. P., Brouwe, W., Exe, J. v., . . . Stargardt, T. (2020). Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID 19. *The European Journal of Health Economics*, 21, 977-982.
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. (2020). "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42, 232-235.
- Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health*, 1-10.
- Reiter, P. L., Pennell, M. L., & Katz, M. L. (2020). Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated? *Vaccine*, 38(42), 6500-6507.
- Satıcı, B., Sarıçalı, M., Satıcı, S. A., & Griffiths, M. D. (2020). Intolerance of Uncertainty and Mental Wellbeing: Serial Mediation by Rumination and Fear of COVID-19. *Nature Public Health Emergency Collection*, 1-12.
- Schimmenti, A., Billieux, J., & Starcevic, V. (2020). The four horsemen of fear: An integrated model of understanding fear experiences during the COVID-19 pandemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 41-45.
- Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G., & Denker, M. (2017). Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior – A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005 – 2016. *Plos One*, 12(1), 1-46.
- Schwarzinger, M., Watson, V., Arwidson, P., Alla, F., & Luchini, S. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *The Lancet Public Health*, 6(4), 210-221.
- Uslu, Y. D., Yılmaz, E., ve Altun, U. (2021). Sağlık Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi Öğrencilerinin Covid-19'un Kontrolüne ve Aşısına Yönelik Algı ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 383-397.
- Vlassoff, C. (2007). Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *J Health Popul Nutr*, 25(1), 47-61.
- Warren, A. M., Zolfaghari, K., Fresnedo, M., Bennett, M., Pogue, J., Waddimba, A., . . . Powers, M. B. (2021). Anxiety sensitivity, COVID-19 fear, and mental health: results from a United States population sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 50(3), 204-2016.
- WHO. (2020, Nisan 29). *Doing What Matters in Times of Stress: An Illustrated Guide*. Retrieved August 23, 2021, from https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=Cj0KCQjwjo2JBhCARIsAFG667W1kxUzqhfMKZirbwF1hcDFRDPc9O0bS-FffgZdi6oXdjcrKRU_XkaAlXGEALw_wcB



SAĞLIKTA ŞİDDETİN NEDENLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA A RESEARCH ON THE REASONS OF VIOLENCE IN THE HEALTH SECTOR

Öğr. Gör. Ömer ÖZİŞLİ

Sakarya Üniversitesi, omerozisli@sakarya.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0001-2776

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (11.02.2022-27.04.2022)

Öz

Sağlıkta şiddet, sağlık çalışanlarının üzerinde fiziksel ve ruhsal etkileri olan olumsuz bir durumdur. Bu çalışma ile sağlıkta şiddetin nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma 10.01.2022 ile 01.02.2022 tarihleri arasında Marmara Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 18 yaşını doldurmuş bireylerden anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre sağlıkta şiddetin en önemli nedenleri, hasta ve yakınlarının sabırsız olması, hasta ve yakınlarının tam olarak bilgilendirilmemesi ve hasta ile yakınlarının eğitim seviyesinin düşük olması olarak tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları çerçevesinde sağlıkta şiddetin önlenmesi için gerekli önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Şiddet, Sağlık Çalışanı, Sağlık Hizmeti

Abstract

Violence in health is a negative situation that has physical and mental effects on healthcare providers. This study aims to determine the reasons of violence in health. The study was conducted between 10.01.2022 and 01.02.2022 in Marmara Region. Study data were collected from individuals over the age of 18 by questionnaire method. According to the results of the research, the most important causes of violence in health were identified as impatient patients and their relatives, patients and their relatives not being fully informed, and the low education level of the patients and their relatives. Based on the study results, necessary suggestions were made for the prevention of violence in health.

Keywords: Violence in Health, Healthcare Provider, Healthcare

GİRİŞ

Şiddet olgusu, toplumdaki bireylerin hayatlarının belli safhasında karşılaşılabilecekleri olumsuz bir durumdur. Bireysel ve toplumsal bir olgu olarak ele alındığında oldukça karmaşık bir yapı sergilemektedir. Toplumsal ve bireysel düzeyde sık sık karşılaşılan şiddet olgusu, baskı, öldürme, cezalandırma, başkaldırma şeklinde dereceleri farklı olmakla birlikte günlük yaşamda kendisine yer bulmaktadır (Kocacık, 2001: 1). Şiddet, karşı görüşte olanlara karşı kaba kuvvet kullanma, duygu ve düşünceyi ifade etmekte aşırılık olarak tanımlanmıştır (Dursun, 2011: 4). Sağlık kuruluşlarında



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

şiddet ise, hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları arasında gerçekleşen fiziksel veya duygusal birçok olumsuzluğa neden olan davranış biçimidir (Sadullah, 2009: 454).

Şiddet toplumların sağlığını ve huzurunu bozan aynı zamanda da tehdit eden küresel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Eker vd., 2011: 17). Toplumlar için sorun teşkil eden şiddet her alanda görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinde de görülmektedir. Şiddet sadece sağlık hizmetleri sınıfında görev yapanlara zarar vermez aynı zamanda hizmet bekleyen hastalara da zarar vermektedir. Sağlık hizmeti sunanların kendilerini güvende hissetmeleri önemlidir. Yapılan farklı çalışmaların sonucunda her yıl 25 milyon kişi çalışma hayatında şiddete maruz kalmakta olup, sağlık hizmetlerinde çalışanların ise şiddete maruz kalma oranı on altı kat daha fazladır (Kingma, 2001:129-130; Gillespie vd., 2010: 177).

WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılındaki ortak raporlarında sözel olarak şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının oranı fazla olmakla beraber psikolojik, fiziksel, cinsel ve etnik şiddete maruz kalma olayları raporlanmıştır (Chen vd., 2008: 288-289). Türkiye'de ise sağlık çalışanlarına yönelik şiddette artış olduğu görülmekte olup bu olumsuz davranışların %79 gibi oldukça yüksek bir oranla acil servislere gerçekleştiği ve sözel şiddetin bu oran içerisinde yerinin %91 olduğu görülmektedir (Adaş vd, 2008: 6-7). Acil servis hizmeti sunan birimlerde yaralanma ve oldukça yüksek riskli hastaların olması, ölümlerle yaşam arasındaki çizginin net bir şekilde hissedilmesi buralarını hasta ve yakınları için stresli mekanlara dönüştürebilmektedir (Daş, 2014). Türkiye özelinde sağlık çalışanları arasında pratisyen hekimler oldukça yüksek bir oranda şiddetin sözel formunda ağırlıklı olma üzere şiddetle karşılaşmaktadırlar (Ayдын vd, 2009: 1982).

Sağlık kurumlarında şiddete neden olan faktörleri çevresel ve iletişim faktörleri olarak 2 gruba ayırabiliriz. Çevresel faktörlere örnek olarak bekleme zamanı, yoğun bir hasta kalabalığı, ergonomik yetersizlikler, güvenlik konuları ve triyaj ile ilgili konular söylenebilir. İletişim faktörleri bağlamında ise kişilerarası iletişim, çalışanın tutumu ile hasta ve yakınlarının korkuları ve hassasiyetlerini sayabiliriz. (Angland vd., 2014: 134-135). Ayrıca sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin nedenleri hekim, hasta, medya, hukuk, ekonomik ve sosyal nedenler olarak da sıralamak mümkündür (Mittal ve Garg, 2017: 2748).

Sağlık kurumlarında çalışanlar ile hasta ve yakınları arasında birçok nedenden dolayı şiddet yaşanabilmektedir. Sağlık sisteminden, hastadan ya da sağlık çalışanı yaşanan şiddetin kaynağını oluşturabilmektedir. Sağlık çalışanı sayısının az olması, hizmet almak için hastaneye başvuran hasta sayısının fazla olması yine şiddetin nedenleri arasındadır. Sağlıkta şiddet ile ilgili yapılan bir araştırmada sağlık da dönüşüm programı ve akabinde oluşan değişim ve dönüşüm ile yenilikler sonucu şiddeti daha çok etkilediği ve sağlık çalışanlarının iş yükünü artırdığı da belirtilmiştir (Attar, 2017: 168). Güvenlik önlemlerinin tam anlamıyla yeterli olmaması ve izlenen sağlık politikaları da sağlıkta şiddetin nedenleri arasında gösterilmektedir (Akbaş vd, 2016: 99). Bu sayılanlar ekseninde sağlık hizmeti sunumunda ve verilen hizmete ilişkin algısında sağlığı koruyacak şekilde doğru yönetilmesi ile iletişim becerilerinin doğru kullanılması da önemlidir (Bulduklu, 2015: 130).

Sağlık hizmetlerinde şiddet vakalarının bildirimini tam olarak yapılmamaktadır (Yeşildal, 2005: 280). Sağlık çalışanlarına yönelik hastanelerdeki renkli kod uygulamalarından olan Beyaz Kod sisteminin kullanımı çalışan bilmesine rağmen çoğu bu bildirim yapmaktan çekindiği nedenini ise yasal süreçlerle uğraşmak zorunda kalmaları şeklinde ifade etmişlerdir (Akbaş, 2016: 99). Sözel şiddete maruz kalan hastane çalışanlarının bunu ciddi bir sorun olarak değerlendirmediklerini bürokratik işlemlerden dolayı bildirim yapmadığını fakat fiziksel şiddete maruz kalanların ise



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

çalışanlar açısından daha fazla zarar hissedildiğinden ötürü beyaz kod bildirimleri yaptıkları tespit edilmiştir (Farrell vd, 2006: 778).

Bu çalışma ile sağlıkta şiddetin nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma 10.01.2022 ile 01.02.2022 tarihleri arasında Marmara Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurul Başkanlığının 05.01.2022 tarihli ve 41 sayılı toplantısı, E-61923333-050.99-94045 sayısı ve 06 karar numarası ile gerekli etik kurul izni alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında ülkemizdeki salgın koşulları da dikkate alınarak online anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Marmara Bölgesi'nde farklı illerde ikamet eden ve 18 yaşını doldurmuş kişiler oluşturmuştur. Çalışmamızdaki örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında 384 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri online anket yolu ile anketi doldurmayı kabul eden bireylerden toplanmıştır. Sonuç olarak araştırma kapsamında 432 anket formu toplanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri 2 bölüm halinde hazırlanan online anket formu ile toplanmıştır. Online anket formunun ilk kısmında araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerini tespit etmeye yönelik sorular bulunmaktadır. Anket bölümünün ikinci kısmında ise Deniz ve Yüksel (2020) tarafından geliştirilen "Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçekteki maddeler, 5'li Likert tipi ölçek seçenekleriyle (1= kesinlikle katılmıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum) şeklinde ölçülmüştür. Ölçeğin güvenilirlik düzeyini belirlemek için hesaplanan Cronbach's Alpha katsayısı, 0,78 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Verilerin Analizi

Veri analizleri için SPSS 24.0 istatistik programı kullanılmıştır. Toplanan verilerin analizlerinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde dağılımları, ortalama, standart sapma gibi) hesaplamalar yapılarak sonuçlar değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma sonuçlarına ait elde edilen verileri içeren tablolar ve sonuçlar aşağıda açıklanmıştır.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımı (n=434)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	204	47,0
	Kadın	230	53,0
Yaş	25 ve altı	225	51,8
	26-35	92	21,2
	36-45	95	21,9
	46 ve üzeri	22	5,1
Eğitim Durumu	Lise veya altı	121	27,9
	Ön lisans	227	52,3
	Lisans	70	16,1
	Lisansüstü	16	3,7
Medeni Durum	Bekar	258	59,4
	Evli	176	40,6
Çalışma Durumu	Evet	212	48,8
	Hayır	222	51,2

Tablo 1'e göre katılımcıların %53'ü (n=230) kadın, %51,8'i (n=225) 25 ve altı yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %52,3'ü (n=227) ön lisans eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların %59,4'ü (n=258) bekar, katılımcıların %51,2'si (n=222) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 2: Şiddet Nedenlerine Yönelik Tanımlayıcı İstatistikler

Şiddet Nedenleri	Ort.	Std. Sapma
Hasta ve yakınlarının sabırsız olması	3,89	1,17
Hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesi	3,52	1,11
Hasta ve yakınlarının eğitimsiz olması	3,50	1,29
Yeterli sayıda sağlık çalışanının bulunmaması	3,43	1,24
Hastaların uzun süre bekletilmesi	3,39	1,20
Sağlık çalışanlarının hastalara karşı kibar olmaması	3,13	1,26
Sağlık kuruluşlarının cihaz ve ekipmanlarının yetersiz olması	3,09	1,23
Hastaların ihmal edilmesi	3,08	1,17
Basında sağlık çalışanları aleyhine haberler ve yayınlar yapılması	2,94	1,16
Sağlık çalışanlarının görevlerini iyi yapmaması	2,63	1,13

Tablo 2'ye göre sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en önemli nedenleri, hasta ve yakınlarının sabırsız olması (3,89±1,17), hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesi (3,52±1,11) ve hasta ve yakınlarının eğitimsiz olmasıdır (3,50±1,29). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en düşük öneme sahip nedenleri ise, hastaların ihmal edilmesi (3,08±1,17), basında sağlık çalışanları aleyhine haberler ve yayınlar yapılması (2,94±1,16) ve sağlık çalışanlarının görevlerini iyi yapmamalarıdır (2,63±1,13).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma ile sağlıkta şiddetin nedenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma bulguları incelendiğinde, sağlıkta şiddetin nedenleri arasında ilk sırada hasta ve yakınlarının sabırsız olması tespit edilmiştir. Sağlıkta şiddetin nedenleri arasında ikinci sırada ise, hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesi, üçüncü sırada ise hasta ve yakınlarının eğitim seviyesinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan araştırmada sağlıkta şiddete sebep olan nedenlerden en az etkiye sahip olan nedenler ise, hastaların uzun süre bekletilmesi, sağlık çalışanlarının aleyhinde yapılan haberler, yayınlar ve hastaların ihmal edilmesi tespit edilerek sonuçlar tablolar ile açıklanmıştır.

Araştırma sonuçlarını daha önce yapılan farklı araştırmalarla ilişkilendirdiğimizde ise, Deniz ve Yüksel'in (2020) çalışmasında sağlık hizmetlerinde şiddetin diğer seçeneklere göre en önemli nedenleri arasında, hasta ve yakınlarının sabırsız olmasının 3,85±0,92, hasta ve yakınlarının yeterince bilgilendirilmemesinin 3,68±0,97 ve hastaların uzun süre bekletilmesinin 3,45±1,11 olduğu sonucuna ulaşılmış olup, bizim araştırmamızın en önemli ilk iki maddesi ile benzerlik göstermektedir. Farklı bir çalışmada ise Türkiye'de bir üniversite hastanesinde hasta ve yakınlarının sağlıkta şiddetin nedenleri üzerine yapılan araştırma sonucunda; katılımcıların %73,2'si hasta ve yakınlarının eğitim yetersizliği sonucuna ulaşılmış olup bir başka neden ise, %52,3'ü muayene ve tedavi olabilmek için uzun bekleme süreleri, %76'sının sağlık bakım hizmetlerinin çalışanlar tarafından tam olarak yapılmaması sayılabilir. Ayrıca sağlık çalışanlarının hasta yakınlarına bilgi verme yollarında, %54,2'lik bir yüzde ile çok çabuk öfkelenedikleri tespit edilmiştir (Yaşar vd., 2017). Çalışmamızdaki hasta ve yakınlarının eğitim yetersizliği sonucunda şiddete neden olma davranış biçimi ile bu çalışmadaki eğitim yetersizliği sonucu örtüşmekte diğer faktörlerin önem derecesi farklılık göstermektedir.

Başka bir çalışmada ise İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki renkli kod uygulamalarından beyaz kod verilen bildirimler incelendiğinde hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddetin daha önce bu olumsuz davranışı sergileyenler tarafından gerçekleştiği ve aynı çalışmada sağlıkta şiddetin ilk üç nedeni olarak, hasta yakınlarının ve hastaların %19'unun ajitasyonundan, ikinci sırada ise %14'ü herhangi bir randevu almadan ya da randevu saati gelmeden erken muayene olma istekleri, üçüncü sırada %10' u ise sağlık hizmet sunum biçiminin kendilerini tatmin etmemesi şeklinde tespit edilmiştir (Avcı vd 2015). Araştırmamızdaki ilk üç nedenle kıyasladığımızda özellikle ilk sıradaki hasta ve yakınlarının sabırsız olması ve sonucunda sinirlilik halleri yukarıdaki ilk madde ile yani hastaların ve yakınlarının ajitasyonu ile yakın bir ilişkisi olduğu sonucu ile açıklanabilir.

Uludağ (2016), ise yaptığı araştırmada 630 hasta şikayetini taramış ve olumsuz ifadeler açısından değerlendirdiğinde, en sık geçen beş ifade; bekledim, bekletildim ifadesi 102, azarladı 76, ilgisiz 75, mağdur etti 75 ve hakaret etti 58 tekrarlı bir şekilde cevap alınmıştır. Erkoç ve Öksüz (2020) ise sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en önemli nedenini, hasta ve yakınlarının kendilerini mağdur olarak görmeleri şeklinde sonuç bulunmuş olup en az etki eden neden ise sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

çalışanlarının tecrübesizliği olarak tespit etmişlerdir. Tayland'da yapılan bir araştırmada ise, sağlıkta şiddetin nedenleri arasında hasta ve sağlık çalışanlarının iletişim kurma becerileri arasındaki farklılıklara değinilmiştir. Özellikle olumsuz iletişimin fiziksel şiddete neden olduğu saptanmıştır (Kamchuchat vd, 2008: 201).

Çalışmamızda hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Özellikle çözüm noktasında şiddetin önüne geçilebilmesi için güvenlik tedbirlerinin caydırıcı etkisinden de faydalanılarak dizayn edilmesi, cezaların aradan çok uzun bir süre geçmeden hemen tatbik edilmesi, sağlık çalışanlarının özellikle gereksiz iş yükü oluşturabilecek etkenlerden arındırılması, hastanelere gereksiz başvuruların azaltılarak aile hekimliğinin daha da aktif olarak kullanılması, hasta ve yakınlarının bekleme salonlarının ve fiziksel mekanlarının dizaynına dikkat edilmesi ve yoğun olunan sürelerde organizasyonun hızlı ve esnek bir biçimde proaktif bir yaklaşımla kontrol altında tutulması da önemlidir.

Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik, hastaya en kısa sürede hizmet verilebilmesi için gerekli insan kaynakları planlamalarının yapılması, hasta ve yakınlarına zamanında bilgi verilmesi, denetimlerin hem hasta hem de sağlık çalışanı odaklı yapılarak eksikliklerin ivedi giderilmesi, güncel eğitim programlarının belli periyodlarla yapılması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması şiddet olaylarının azaltılması yönünde katkı sağlayacak olup sağlık çalışanının motivasyonu, hizmet kalitesinin artırılması ve hasta ile yakınlarının memnuniyetleri açısından da önemlidir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarının itibarının yükseltilmesi ve kamu otoritesinin herhangi bir şiddet olayında yaşanan mağduriyetlerin telafi etmesi ve bir daha olmaması için gerekli önlemleri sıkılaştırması hem sağlık çalışanlarına destek olacak hem de ülkenin sağlıklı bir yaşam sürmesi hastaların sağlık güvenceleri ile daha iyi bir hizmet almaları noktasında katkısı büyük olacaktır.

Beyan ve Açıklamalar

Bu çalışma hazırlanırken yazar tek olarak katkı sağlamıştır.
Tek yazarlı bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

KAYNAKÇA

- Attar, G., (2017). "Türkiye'de Hekimlere Yönelik Şiddet: Bir Temellendirilmiş Kuram Analizi
- Adaş, E., Elbek, O., Bakır, K. (2008). Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimler Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını
- Akbaş, M., Ayça, B. O. Z., Dursun, A., Çetin, S., Kılıçaslan, A. (2016). 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 9(3), 93-100.
- Angland, S., Dowling, M., Casey, D. (2014). Nurses perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. International emergency nursing, 22 (3), 134-139
- Avcı, N., Arslan, M. K., Timlioğlu, S. İ., Tay, S., Meriç, K., Ertenü, M. & Yekeler, İ. (2015). 2012-2015 Yılları arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki BEYAZ kod bildirimleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2 (4), 211-214.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Aydın, B., Kartal, M., Midik, O., Büyükakkuş, A. (2009). Violence Against General Practitioners in Turkey, *J. Interpers Violence*, 24, 1980-1995
- Bulduklu, Y., (2015). Hastalarla İletişim. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Chen, W.C., Hwu, H.G., Kung, S.M., Chiu, H.J., Wang, J.D. (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan, *Journal of Occupational Health*, 50 (3), 288-293
- Eker, H., Topçu, H., Şahinöz, İ., Özder, S., Aydın, H. (2011). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Şiddet Sıklığı, *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 3,3, 16-22
- Erkoç, B., Öksüz, M., (2020), Sağlık Çalışanlarına Karşı Uygulanan Şiddet Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt.13 Sayı 69, 1180-1190
- Farrell, G. A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of advanced nursing*, 55(6), 778-787.
- Gillsepie, G., Gates, L., Miller, M., Howard, P.K. (2010). Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies. *Rehabil.Nurs*, 35, 177-184
- Daş, G.Y. (2014). Acil Servis Personeli Öfke Kontrol Düzeyleri ve İletişim Becerilerinin Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Etkisi, On dokuz Mayıs Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Samsun
- Deniz, S., Yüksel, O. (2020). A Study on the Determination of the Reasons for Violence against Healthcare Workers. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 483-487. Doi Number: <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2020.4031>
- Dursun, Y. (2011). Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir, *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 2011 Güz, Sayı: 12, s. 1-18.
- Kamchuchat, C., Chongsuvivatwong, V., Oncheunjit, S., Yip, T. W., & Sangthong, R. (2008). Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of occupational health*, 50(2), 201-207.
- Kıngma, M. (2001). Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion, *International Nursing Review* 2001; 48: 129-130
- Kocacık, F. (2001). Şiddet Algısı Üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(1), (Doç.Dr. Feramuz Aydoğan Anısına), 1-7
- Mittal, S., Garg, S. (2017). Violence against doctors an overview, *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 6 (33), 2748-2752
- Sadullah, Ö. (2009). İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi (İş Güvenliği ve İş Gören Sağlığı). İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Uludağ, A., ve Zengin, N., (2016). "Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği". *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(3): 71-86.
- Yaşar, Z. F., Durukan, E., & Büken, E. (2017). A university hospital patients and their relatives' opinions on violence in health. *Romanian Society of Legal Medicine*, 25, 65-69.
- Yeşildal, N. (2005). Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5), 280-302.



Usaysad Derg., 2022; 8(1):69-94 (Araştırma makalesi)

HASTANE BİRLEŞMELERİNİN FİNANSAL ANALİZİ: KAMU HASTANELERİNDE BİR UYGULAMA

FINANCIAL ANALYSIS OF HOSPITAL COMBINATIONS: AN APPLICATION IN PUBLIC HOSPITALS

Yavuz KAYA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, yavuz_kaya_38@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-0802-474X

Doç. Dr. Enis Baha BİÇER

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, ebbicer@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1624-4988

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (30.03.2022-29.04.2022)

Öz

Sağlığa ayrılan payların rasyonel ve adil dağıtılabilmesi için kıt kaynakların en iyi şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Bu amaçla kaynakların nasıl kullanıldığını belirlemek ve daha iyi kullanılabilmesi için de finansal analize ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmada Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin birleşme öncesi (2013-2015) yılları ile birleşme sonrası (2016-2018) yılları arasındaki finansal performansları karşılaştırmalı tablolar analizi ve oran analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda tespit edilen verilere göre Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin birleşmesinde arzulanan finansal hedeflere ulaşılmadığı görülmüştür. Hastanelerin birleşmesiyle, birlikte likidite durumunun kötüye gittiği, net çalışma sermayesinin negatife geçtiği, ticari borçların arttığı, borç ödeme gün süresinin uzadığı, birleşme ile birlikte net satışlar artmasına rağmen maliyet ve giderlerde meydana gelen artış satışlardan çok fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ise hastanenin sürekli zarar etmesine, öz kaynak yapısının bozulmasına ve öz kaynaklarının erimesine neden olmuştur. Birleşmede istenen amaçtan uzaklaşarak kurum verimsiz bir duruma geçmiştir.

Anahtar Kelimeler: Finansal performans, karşılaştırmalı tablolar analizi, oran analizi, hastane birleşmeleri

Abstract

Scarce resources should be managed in the best way in order to distribute the shares allocated to health in a rational and fair manner. For this purpose, financial analysis is needed to determine how resources are used and to use them better. Thesis work the 6-year financial statements of the relevant hospitals, 3 years before the merger (2013-2015) and 3 years after the merger (2016-2018). According to the data determined as a result of the study, it was seen that the desired financial targets were not achieved in the merger of Sivas State Hospital and Sivas Numune Hospital. It has been determined that with the merger of the hospital, the liquidity situation deteriorated, the net working capital became negative, the amount of commercial debts increased and these debts were in the form of short-term debts, the debt payment day period was extended, and the increase in expenses was much more than the sales, although net sales increased with the merger. has

69



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

been done. This situation, on the other hand, caused the hospital to suffer permanent losses, deteriorate the equity structure and melted its own resources. Moving away from the desired purpose in the merger, the institution went into an inefficient state.

Keywords: Financial performance, comparative tabular analysis, ratio analysis, hospitals mergers

GİRİŞ

Kişi ve toplumun hayatında önemli yer alan sağlık ve sağlık hizmetleri için bütçelere ayrılan paylar gün geçtikçe artmaktadır. Ülkeler gayri safi yurtiçi hâsıllarının ve bireylerde gelirlerinin büyük bir kesimini sağlık giderlerine ayırmaktadırlar (Tokat, 2014: 11).

Araştırmanın yapıldığı 2013 ile 2018 yılları arasında ülkemizde sağlığa yapılan harcamalar incelendiğinde; 2013 yılında 84.390.000 Türk Lirası iken 2018 yılında 165.234.000 Türk Lirası harcama yapılmıştır. 2013 yılında bütçeden % 4,7 pay ayrılırken 2018 yılında % 4,4 lük pay ayrılmıştır. Aynı dönemde 2013 yılında kişi başı sağlık harcaması 1.108 Türk Lirası iken 2018 yılında 2030 Türk Lirasına çıkmıştır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018: 260). Bu artış sadece ülkemize mahsus olmayıp tüm dünyada da artış göstermektedir. Bu artışın sonucunda sağlık hizmetlerinin maliyetleri gündemdeki yerini koruyan önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerini veren sağlık kurumları özellikle hastaneler, sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Özellikle tıp biliminin teknoloji ile birlikteliği ile hızla gelişmesi sağlık kurumlarını üst düzey teknolojik kurumlar haline getirmiştir. Bu durum sosyal güvenlik ve devletin bütçesinden daha fazla para aktarılmasına neden olmuştur. Bu kadar yüksek teknolojinin olduğu, ileri düzeyde uzmanlıkların ve harcamaların yapıldığı sağlık kurumlarının yönetilmesi güçleşmiş ve finansal yönetimin de önemi daha da artmıştır.

İşletme fonksiyonlarından olan finansal yönetim, sağlık hizmeti veren kurumlarda idareci pozisyonunda bulunan kişilere kurum hakkında mali yapıları hakkında bilgiler veren ve yöneticilerin doğru karar vermesine yardımcı olan bir araçtır. Finansal analiz ise, mali tablolarda yer alan kalemler arasındaki ilişkileri ve bunların zaman içerisindeki değişimlerini inceler ve değerlendirir. Finansal analizin amacı kurumun likidite, karlılık ve borç ödeme gücünü değerlendirmek ve kurumla ilgili geleceğe yönelik planlama ve tahminlerde bulunmaktır.

Yapılan finansal analizler sayesinde kurumun işletmenin mevcut durumu tespit edilirken bulunan sonuçlara göre kurumun geleceği için kararlar alınır (Özer, 2012: 184). Türkiye’de, hastanelerde finansal yönetim faaliyetlerine yeterince önem verilmediği bilimsel çalışmalarla ortaya konulmuştur. Kamu hastanelerinde finansal performansın ölçümü; yönetim kademesine hastanenin geçmiş dönem performansını değerlendirme ve gelecek dönemler için yatırım ve finansal kararlar verme ve gelecek planlamasında yardımcı olmaktadır. Farklı yöntemler ile finansal analiz yapılmakla birlikte çalışmamızda karşılaştırmalı tablolar analizi ve oran analizi yöntemleri uygulanarak değerlendirme yapılmıştır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde birleşmeler yapılmaktadır. Bakanlığımız bu birleşmelerle bakanlıkça uygulanan bölge merkezli sağlık planlamaları çerçevesinde belirlenen, bakanlığa ait birden fazla sağlık tesisinin bulunduğu il ve ilçelerde sağlık tesislerinin yönetimin tek elde toplanması, mevcut sağlık kaynaklarının daha etkili ve verimli kullanılabilmesi için tek elden planlanmaktadır. Bu araştırma ile Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin birleşmesi ile bakanlık mali açıdan istenilen hedeflere ulaşıp/ ulaşamadığı sorusuna cevap aranmaktadır.

FİNANSAL ANALİZ

Hastane işletmelerinin finansal durumlarını analiz etmek için kullanılan finansal tablolar analiz teknikleri doğru ve güvenilir bilgiyi elde etmek için kullanılan yöntemdir. Hastane işletmelerinin son 3-5 yıldaki finansal tablolarına ilişkin verileri oran analizi yöntemi ile değerlendirilmekte ve yapılan finansal analiz sonucunda elde edilen bilgiler bir araya getirilmektedir (Cleverly ve Cameron, 2007: 260).

Sağlık alanından yaşanan baş döndürücü gelişmeler sonucunda hastaların sağlık kurumlarından beklentilerinin artmasına neden olmuş, bu beklentin sonucundan sağlık harcamalarının da artmasına neden olmuştur. Hastaneler oluşan bu maliyetlere katlanabilmesi için mali yapılarını ve finansal bilgilerinin kontrol etmeleri gerekmektedir (Janati vd., 2014: 92).

Finansal tablolar analizinin faydaları (Poyraz, 2008: 69; Sayılın, 2013: 167):

- Kaynaklarının sağlanması ve varlıklara dağılımının incelenmesi,
- İşletmenin geleceği konusunda tahminler yapılması,
- İşletme sahipleri, yöneticileri ile 3. şahıslara bilgi sağlanması,
- İşletmenin geçmişi ve mevcut ilişkin bilgiler vermesi,
- Finansal planların oluşturulması,
- Finansal politikaların gözden geçirilmesi (Poyraz, 2008: 69; Sayılın, 2013: 167).

Finansal Tablolar Analiz Yöntemleri

Finansal tablo analizlerine farklı sınıflamalar yapılmakla birlikte dört başlıkta toplanmaktadır (Karapınar ve Ayıkoğlu, Zaif, 2013: 71).

- Oran Analizi
- Eğilim Yüzdeleri Yöntemi ile Analiz (Trend Analizi)
- Yüzde Yöntemi ile Analiz (Dikey Analiz)
- Karşılaştırmalı Tablolar Analizi (Yatay Analiz)

Analiz yöntemleri birbirlerinden farklı olup birbirlerinin alternatifi değil, birbirlerinin tamamlayıcılarıdır. En çok kullanılan analiz yöntemi ise oran analizidir (Karapınar ve Ayıkoğlu, Zaif, 2013: 71).

Karşılaştırmalı Tablolar Analizi (Yatay Analiz)

Karşılaştırmalı tablolar analizleri iki farklı yöntemde yapılmaktadır. Bu yöntemlerden ilki birinci yılın bütün kalemleri yüz olarak alınır ve sonraki yılların artışı bu baz yıla göre hesaplanır. Diğer yöntemde ise yıllık meydana gelen artış ve azalışlar yüzde olarak hesaplanır, böylelikle yıllık hareketler daha yakından takip edilebileceği söylenebilir (Okka, 2015: 151).

Yüzde Yöntemiyle Analiz (Dikey Analiz)

Bilanço toplamı 100 kabul edilerek, her bir kalemin bilanço toplamına oranı ve toplam içindeki yüzdesi hesaplanmaktadır (Akgüç, 2013: 449).

Bu yöntemin diğer analiz yöntemlerinden farkı bilançodaki hesap kalemlerinin toplam içindeki nisbi değerleri görülmezken, bu yöntem sayesinde bu değeri görmek mümkündür (Akgüç,



2013:449). Ayrıca bu yöntem ile sektöre ilişkin ortalama değerleri belirlemek mümkündür (Karapınar ve Ayıkoğlu Zaif, 2013: 71).

Eğilim Yüzdeleri Yöntemiyle Analiz (Trend Analizi)

Bu yöntem ile işletmeler durumlarının değişip değişmediği ya da sabit kalıp kalmadığının belirlenmesi için kullanılan bir yöntemdir (Gapenski, 2005: 541). Bu yöntemin yapılabilmesi için işletmenin finansal tablolarında bir yılı esas alınarak o yıla ait finansal tablonun tüm kalemlerinin kabul edilmesi, bundan sonraki dönemlerin aynı türde ki hesaplarının temel alındığı yıldaki hesaplara göre değişim yüzdelerinin belirlenip yorumlanmasını sağlayan bir analiz yöntemidir (Ağırbaş, 2014: 106).

Oran Analizi

İşletmelerin gelir tablolarına ya da bilançosunda ki verilerin iyi olması işletmeler hakkında değerlendirme yapmamız için yeterli olmayacaktır (Gapenski, 2005: 531).

Bilanço ve gelir tablosundaki verileri bir birbirleriyle bağlantılı şekilde değerlendirilmesi daha sağlıklı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır. Sağlık sonuçlar almamızı sağlayan oran analizi işletmelerin finansal performansının değerlendirilmesinde kullanılan ve en sağlıklı sonuçların alınmasını sağlayan analiz yöntemidir (Sarıalsan ve Erol, 2008: 188).

YÖNTEM

Araştırmanın Amaç ve Kapsamı

Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmada Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 yılları arası bilanço ve gelir tablolarının hastanelerin birleşmesi sonrasındaki 2016-2018 yılları arası bilanço ve gelir tabloları ile karşılaştırması sonucunda hastane birleşmesinin finansal yapıda ve performansta bir değişiklik meydana gelip gelmediği belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmada evren Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013,2014 ve 2015 yılı bilanço ve gelir tablosu ile Sivas Numune Hastanesinin 2016,2017 ve 2018 yılları arasında bilanço ve gelir tablosu verileridir. Yeni Numune Hastanesi Kasım 2015 tarihinde açıldığından dolayı 2015 Kasım ve Aralık ayı verileri birleşme öncesine dâhil edilmiştir. Araştırmanın evreniyle örneklemi aynı verilerden oluşmaktadır.

Veri Toplama Araçları ve Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, veri toplama araçları olarak Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesine ilişkin bilanço ve gelir tablolarından yararlanılmıştır. Araştırmada; hastanelerin sermaye yapılarını ve finansal performans seviyelerini tespit etmek için oran analizi ve karşılaştırmalı tablo analizi ile devlet hastanelerinin birleşme öncesi ve sonrası hastanelerinin finansal performanslarını ne oranda etkilediğini görmek için ise eğilim yüzdeleri analizi ve oran analizinde kullanılan rasyolar kullanılmıştır. Veriler Microsoft Office Excel 2010 programında analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılan veriler Sivas Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınarak Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Muhasebe Biriminden temin edilmiştir. Çalışma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 22.04.2020 tarih ve 2020/6 karar sayısı ile onay alınmıştır.

BULGULAR

Bu bölümde Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası ve 2016-2018 yıllarında birleşme sonrası finansal tabloları karşılaştırmalı tablo analizi, yüzde yöntemi ile analiz, eğilim yüzdeleri yöntemi ile analiz ve oran analizi yöntemi ile incelenmiş ve grafiklerle gösterilmiştir.

1. Karşılaştırmalı Tablo Analizi (Yatay Analiz)

Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013-2018 yılları arasındaki yatay analizi hesaplamasında her yıldaki artış veya azalışlar yüzde olarak hesaplanmış ve böylelikle yıllık hareketler yorumlanmıştır. Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 yılı bilançoları konsolide edilerek artış ve azalışlar yorumlanmıştır.

Tablo 1: Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi (Konsolide) 2013-2015 ile Sivas Numune Hastanesi 2016-2018 Yatay Analiz Tablosu

	2013-2014	2013-2015	2013-2016	2013-2017	2013-2018
Aktif	7,54	-2,89	-23,91	-7,37	-25,09
Dönen Varlıklar	20,22	-9,17	-28,64	2,24	-13,65
Duran Varlıklar	-28,74	15,08	-10,38	-34,85	-57,81
Pasif	7,54	-2,89	-23,91	-7,37	-25,09
Kısa Vadeli Yabancı Kaynak	-40,41	15,92	81,10	201,54	221,81
Uzun Vadeli Yabancı Kaynak	0	0	0	0	0
Özsermaye	112,07	-41,40	-322,15	-860,03	-965,15

1.1. Aktifler

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin aktiflerinde 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 7,54 oranında artış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 2,89 oranında azalış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 23,91 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 7,37 oranında azalış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 25,09 azalış olduğu söylenebilir. Hastanelerin birleşmesi sonrası aktiflerinde azalış olduğu söylenebilir.

1.1.1. Dönen Varlıklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin dönen varlıklarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 20,22 oranında artış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 9,17 oranında azalış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 28,64 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 2,24 oranında artış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 13,65 azalış olduğu söylenebilir. Birleşme öncesi 2014 yılında likiditenin arttığı ancak 2015 yılında likiditenin kısmi olarak azaldığı söylenebilir. Ancak birleşme sonrası 2016 ve 2018 yılında likiditenin düştüğü ve 2017 yılında kısmi bir artış olduğu görülmektedir. İşletmenin bu likide azalışı kurumun nakit sorunu çekip ödemelerde sorun yaşamasına sebep olabilir.



Hazır Değerler

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin hazır değerlerine 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 46,23 oranında artış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 0,61 oranında artış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 116,53 oranında artış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 164,63 oranında artış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 76,31 azalış olduğu görülmektedir. Hastanelerde birleşme öncesi hazır değerlerde artış olmuştur. Birleşme sonrası da hazır değerlerde artış olmakla birlikte 2018 yılında hazır değerlerde azalış olduğu söylenebilir. Hastanenin hizmet verdiği vatandaşların % 95'i Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olduğundan bu kurumda tedavi giderlerini Sağlık Bakanlığına global bütçe uygulamasından dolayı peşin olarak ödemesi ve Sağlık Bakanlığının tedavi kurumlarına nakit aktarımında tahakkuk tutarından ziyade yaptıkları harcamaya göre para göndermesinden dolayı hazır değerlerde artış olduğu söylenebilir. Bu durum hastanenin daha fazla borçlanmasına sebep olabilir.

Ticari Alacaklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin ticari alacakları 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 175,73 oranında artış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 93,54 oranında artış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre %85,11 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 21,17 oranında azalış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 18,87 azalış olduğu görülmektedir. Birleşme öncesi ticari alacaklar arttığı ancak birleşme sonrası ticari alacakların düştüğü bunun sebebi ise kurumun harcamaların sürekli olarak artması sonucu Sağlık Bakanlığınca tahakkuk miktarından daha fazla nakit göndermesinden dolayı vadeli alacaklar azalmıştır.

Stoklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin stoklarına 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 52,82 oranında azalış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre %55,33 oranında azalış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 45,06 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 32,52 oranında azalış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 1,70 azalış olduğu görülmektedir. Birleşme öncesi ve sonrası stok miktarının düşmesi olumlu olarak yorumlanabilir. Ancak bu düşüş yıllar itibari ile azalmış ve bir önceki yıla göre artmaya başlamıştır. Hastane hizmetlerinde üretilen hizmetin stoklanmadığından dolayı bu stoklar üretimde kullanılan ilaç ve sarf malzemelerden oluşmaktadır. Bu malzemelerde miat sorunu olması ve nakite çevrilmesi fazla mümkün olmadığından stok miktarının artması olumsuz olarak değerlendirilebilir.

1.1.2. Duran Varlıklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin duran varlıklarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 28,74 oranında azalış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 15,08 oranında artış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre %10,38 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 34,85 oranında azalış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 57,81 azalış olduğu görülmektedir. Duran varlıklardaki azalış işletmenin yatırım yapmadığı üretim ve satışların azaldığı gibi düşünülse de birleşme ile yeni bir hastane binasına geçilmesinden dolayı genel bütçe imkanları ile duran varlık yatırımları yapılmış ve bunun sayesinde Sağlık Uygulama Tebliği fiyatlarında bu dönemde artış olmamasına rağmen brüt satışlarda artış olduğu söylenebilir.

Maddi Duran Varlıklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin maddi duran varlıklarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 20,92 oranında azalış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 28,72 oranında artış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 0,70 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 27,14 oranında azalış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 52,81 azalış olduğu görülmektedir. Bu durum işletmenin döner sermaye kaynaklı maddi duran varlık yatırımı sürekli azalttığı şeklinde yorumlanabilir. Ancak genel bütçeden de bu maddi duran varlık yatırımı yapılmaz ise işletmede üretim ve satışlarda azalmaya neden olabilir.

1.1.3. Pasifler (Kaynaklar)

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin pasiflerinde 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 7,54 oranında artış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 2,89 oranında azalış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 23,91 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre %-7,37 oranında azalış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 25,09 azalış olduğu görülmektedir. Hastanelerin birleşmesi sonrası pasiflerinde azalış olduğu söylenebilir. Ancak pasifler incelendiğinde kısa vadeli borçların arttığı ve öz kaynakların azaldığı ve işletmenin sürekli zarar ettiği şeklinde yorumlanabilir.

Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin kısa vadeli borçlarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 40,41 oranında azalış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 15,92 oranında artış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 81,10 oranında artış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 201,54 oranında artış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre %221,81 artış olduğu görülmektedir. Bu durum hastanenin kısa vadeli şekilde borçlandığını göstermektedir. Kısa vadeli borçların dönen varlıklarla finansmanı genel kabul görmüş kural iken dönen varlıklarca karşılanamadığı ve kurumun borç miktarının çok fazla arttığı söylenebilir. Bu durum kurumun borç ödeme süresinin uzaması ve malzeme tedarikinde büyük sıkıntı çekmesine neden olabilir. Kurumun malzeme alamaması veya piyasa fiyatlarının üzerinde malzeme almasına sebep olabilir.

Öz Kaynaklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin öz kaynaklarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 112,07 oranında artış, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 41,40 oranında azalış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 322,15 oranında azalış, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 860,03 oranında azalış ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 965,11 azalış olduğu görülmektedir. Hastanenin 2014 yılında öz kaynaklarında artış olmuş ancak birleşme ile öz kaynakların negatife geçtiği söylenebilir. İşletme 2014 yılında kar etmesine rağmen birleşme ile zarar eden bir kurum haline geldiği söylenebilir.

2. Yüzde Yöntemi ile Analiz(Dikey Analiz)

Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013-2018 yılları arasındaki dikey analizi bilançoda yer alan kalemlerin yüzdesel payı hesaplanmış ve bu kalemlerin 2013-2018 yılları arasında nasıl bir değişim gösterdiği yorumlanmıştır.

Tablo2: Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi 2013-2015 ile Sivas Numune Hastanesi 2016-2018 Dikey Analiz Tablosu

	GRUP TOLAMLARINA GÖRE ORANI (%)							
	SDH-2013	SDH-2014	SNM-2013	SNM-2014	SNM-2015	SNM-2016	SNM-2017	SNM-2018
Aktif	100	100	100	100	100	100	100	100
Dönen Varlıklar	70,12	85,54	76,27	79,78	69,31	69,50	81,79	85,42
Duran Varlıklar	29,48	14,46	23,73	20,22	30,69	30,50	18,21	14,58
Pasif	100	100	100	100	100	100	100	100
Kısa Vadeli Yabancı Kaynak	49,88	22,00	77,68	55,21	80,89	161,29	220,59	291,1
Uzun Vadeli Yabancı Kaynak	0	0	0	0	0	0	87,48	103,4
Özkaynak	50,52	78,00	21,44	44,79	19,11	-92,46	-259,8	-365,7

2.1. Dönen Varlıklar

Sivas Devlet Hastanesinde 2013 yılında dönen varlıkların toplam aktifler içindeki payı % 70,12 iken, 2014 yılında % 85,54 yükseliş göstermiş, 2015 yılında % 69,31 yükseliş göstermiştir.

Sivas Numune Hastanesinde 2013 yılında dönen varlıkların toplam aktifler içindeki payı % 76,27 iken, 2014 yılında % 79,78 yükseliş göstermiş, 2015 yılında % 69,31 ve hastanelerin birleşmesinden sonra 2016 yılında % 69,50 azalış göstermiş, 2017 yılında % 81,79, 2018 yılında 85,42 yükseliş göstermiştir.

Bu işletmenin likide durumun yüksek olduğunu söylenebilir. Bunun sebebi kurumun alacaklarını peşin tahsil etmesi olabilir. İşletmenin stoklarında yıllar itibari ile sürekli artması dönen varlık oranının artmasına neden olduğu söylenebilir. İşletmelerin hazır değerlerinin artması da likidite durumunu artırmıştır ancak 2018 yılında hazır değerleri % 3 'e düşmüştür.

2.2. Duran Varlıklar

Sivas Devlet Hastanesinde 2013 yılında duran varlıkların toplam aktifler içindeki payı % 29,88 iken, 2014 yılında % 14,46 azalış göstermiş, 2015 yılında % 30,69 azalış göstermiştir.

Sivas Numune Hastanesinde 2013 yılında duran varlıkların toplam aktifler içindeki payı % 23,73 iken, 2014 yılında % 20,22 azalış göstermiş, 2015 yılında % 30,69, 2016 yılında % 30,50 ve hastanelerin birleşmesinden sonra 2017 yılında % 18,21 ve 2018 yılında 14,58 azalış göstermiştir.

Bu hastanelerin birleşme öncesi duran varlık yatırımların düştüğü ancak birleşme sonrası artış gösterme ile birlikte özellikle 2017 yılı ve 2018 yıllarında toplam varlıklar içinde payın düştüğü bu sebeple birleşme sonrası hastanenin yatırım yapmadığı veya genel bütçe imkânları ile yatırım yaptığı söylenebilir. Ancak unutmamalıdır ki yatırım yapmadıkça büyüme ve kar elde etmek veya zarar etmemek mümkün değildir.

2.3. Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar

Sivas Devlet Hastanesinde 2013 yılında kısa vadeli yabancı kaynakların toplam kaynaklar içindeki payı % 49,48 iken, 2014 yılında % 22 azalış göstermiş, 2015 yılında % 80,89 artış göstermiştir.

Sivas Numune Hastanesinde 2013 yılında kısa vadeli yabancı kaynakların toplam kaynaklar içindeki payı % 77,68 iken, 2014 yılında % 55,21 azalış göstermiş, 2015 yılında % 80,89 ve

hastanelerin birleşmelerinden sonra 2016 yılında % 161,29, 2017 yılında % 220,59 ve 2018 yılında 291,11 artış göstermiştir.

Hastaneler birleşme öncesi kısa vadeli borçlarını düşürürken, borçlar kaynaklar içinde % 30 -50 pay oluştururken birleşme ile birlikte kısa vadeli borçlar %200 -300 oranında bir artış göstererek oldukça artmış olduğu söylenebilir. Bu mali yapı içinde mali borçların ve son yıllarda ödenecek diğer yükümlülüklerin artışı söylenebilir. Bu finansal yapı istenenin çok uzağında ve sürdürülebilir bir mali yapı olmadığı söylenebilir. İşletmelerde ideal bir finansal yapıda dönen varlıkların kısa vadeli yabancı kaynaklar paralel olması lazımken hastane birleşme sonrası kısa vadeli yabancı kaynakların çok fazla kullanıldığı ve dönen varlıkların bu yabancı kaynakları karşılayamayacak duruma geçtiği söylenebilir. İşletme sermayesi birleşme ile birlikte negatife geçtiği söylenebilir.

2.4. Öz Kaynaklar

Sivas Devlet Hastanesinde 2013 yılında öz kaynakların kaynak toplamı içindeki payı % 50,22 iken, 2014 yılında % 78 artış göstermiş, 2015 yılında % 19,11 artış göstermiştir.

Sivas Numune Hastanesinde 2013 yılında öz kaynakların kaynak toplamı içindeki payı % 21,44 iken, 2014 yılında % 44,79 artış göstermiş, 2015 yılında % 19,11 artış , 2016 yılında % 92,46, 2017 yılında % 259,83 ve 2018 yılında %365,72 azalış göstermiştir.

Hastanelerin birleşme öncesi öz kaynak oranı 2013 yılına göre 2014 yılında artmış ve kısa vadeli borçları azalış göstermiş olduğu söylenebilir. Ancak birleşme sonrası öz kaynak oranı negatife geçtiği söylenebilir ve özellikle birleşme ile birlikte hastanelerin sürekli zarar ettiği söylenebilir.

3. Eğilim Yüzdeleri (Trend) Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013-2018 yılları arasındaki eğilim yüzdeleri analizi ile bilançoda yer alan kalemlerin temel alınan yıldaki hesaplara göre değişim yüzdeleri hesaplanmıştır. Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 yılı bilançoları konsolide edilerek artış ve azalış gösterdiği yorumlanmıştır.

Tablo 3: Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi (Konsolide) 2013-2015 ile Sivas Numune Hastanesi 2016-2018 Trend Analiz Tablosu

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aktif	100	107,54	97,11	76,09	92,63	74,91
Dönen Varlıklar	100	120,22	90,83	71,36	102,24	86,35
Duran Varlıklar	100	71,26	115,08	89,62	65,15	42,19
Pasif	100	107,54	97,11	76,09	92,63	74,91
Kısa Vadeli Yabancı Kaynak	100	59,59	115,92	181,10	301,54	321,81
Uzun Vadeli Yabancı Kaynak	100	0	0	0	0	0
Özsermaye	100	212,07	58,60	-222,15	-760,03	-865,11

3.1. Aktifler

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin aktiflerinde 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 107,54 oranında olduğu ve artış olduğu, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 97,11 oranında olduğu azalış, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 76,09 oranında olduğu, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 92,63 oranında olduğu ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 74,91 oranında olduğu ve hepsinde azalış olduğu söylenebilir. Hastanelerin birleşmesi sonrası aktiflerinde 2013 yılına göre % 10-25 arası azalış olduğu söylenebilir.

Dönen Varlıklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin dönen varlıklarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 120,22 oranında olduğu ve artış olduğu, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 90,83 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 71,36 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 102,24 oranında olduğu ve artış yaşandığı ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 86,35 oranında olduğu ve azalış olduğu söylenebilir. Hastanelerde dönen varlıklarında 2013 yılına göre 2014 yılında % 20'lik artış söylenebilirken 2015 yılında %10 lük azalış olmuştur. 2016 ve 2018 yıllarında 2013 yılına göre % 15-30 arası dönen varlıklarda azalış olduğu söylenebilir. Bu durum dönen varlıklardaki azalış işletme için olumsuz bir gelişme diye yorumlanabilir. Çünkü işletmenin likidite durumunda azalış olduğu ve kısa vadeli yabancı kaynakları karşılaya bilmesinde sorun olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Duran Varlıklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin duran varlıklarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 71,26 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 115,08 oranında olduğu ve artış olduğu, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 89,62 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 65,15 oranında olduğu ve azalış olduğu ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 42,19 oranında olduğu ve azalış olduğu söylenebilir. Hastanelerin 2014 yılında duran varlık yatırımın azaldığı ancak 2015 yılında 2013 yılına göre %15'lik artış olduğu söylenebilir. Birleşme öncesi bu durum olumlu şeklinde yorumlanabilir ancak birleşme ile birlikte duran varlıklarda % 58 yakın azalma göstermektedir. Bu durum olumsuz olarak düşünebilir ve uzun vadede işletmenin başarısız olmasına neden olabilir.

3.2. Pasifler

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin pasifler 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 107,54 oranında olduğu artış olduğu, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 97,11 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 76,09 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 92,63 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 74,91 oranında olduğu ve azalış olduğu söylenebilir. Hastanelerde birleşme öncesi kaynaklarda 2014 yılı itibari ile 2013 yılına göre artış olmuş ancak 2015 yılında ise 2013 yılına göre %3 lük azalış olmuştur. Birleşme ile kaynaklarda % 10-25 arasında azalış olmuştur. Ancak kaynaklar detaylı incelendiğinde kısa vadeli borçlanmanın çok fazla artışı ve öz kaynaklarda büyük düşüşler olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin kısa vadeli yabancı kaynakları 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 59,59 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 115,92 oranında olduğu ve artış olduğu, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 181,10 oranında olduğu ve artış olduğu, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 301,54 oranında olduğu ve artış olduğu ve 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 321,81 oranında olduğu ve artış olduğu söylenebilir. Hastanelerin birleşme öncesi kısa vadeli borçları dönen varlıklar tarafından karşılanabilirken birleşme ile kısa vadeli borçlar çok fazla artmış ve hastanelerde borç ödeme sıkıntı yaratmış olabilir. Bu durum hastanelerin finansal kaynakları çevirmesinde sıkıntı yaşayabileceği ve tedbir alması gerektiği şeklinde yorumlanabilir.

Öz Kaynaklar

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin öz kaynaklarında 2014 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 212,07 oranında olduğu ve artış olduğu, 2015 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % 58,60 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2016 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % -212,15 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2017 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % -760,03 oranında olduğu ve azalış olduğu, 2018 yılına bakıldığında 2013 yılına göre % -865,11 oranında olduğu ve azalış olduğu söylenebilir. Hastanelerde birleşme öncesi öz kaynaklardan finansman sağlanabilirken birleşme ile öz kaynaklardan finansman sağlanamaz duruma geldiği ve kısa vadeli borçlara yüklenilerek hastanenin dar boğaza girdiği söylenebilir.

4.Oran Analizleri

Oran (rasyo) analizi ile birbiriyle ilişkili kalemlerin oranlanarak ilişkilerin ortaya konmaya çalışıldığı bir analiz yöntemidir. Mali tablolarda yer alan tutarların nispi ilişkileri incelenerek işletmelerin mali durumu konusunda bilgiler edinilir. Oran analizi likidite oranları, finansal yapının analizine ilişkin oranlar, faaliyet (devir hızı) oranları ve kârlılık oranları olmak üzere 4 grupta incelenmektedir.

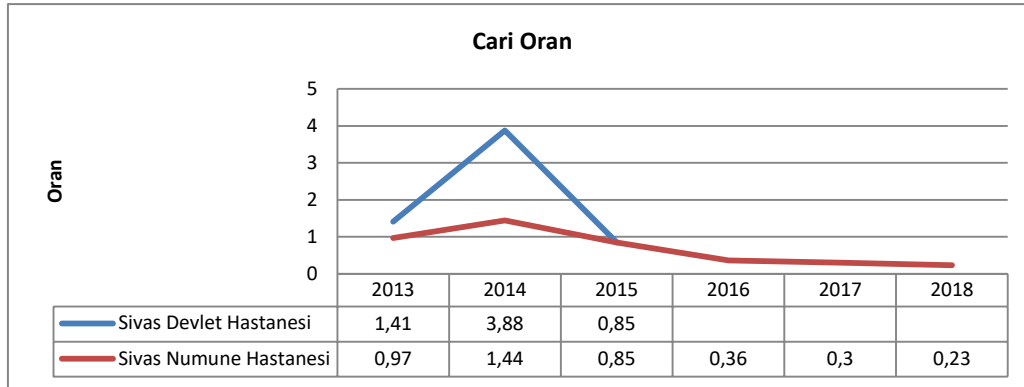
4.1. Likidite Analizi

Likide oranları, firmaların kısa vadeli yükümlülüklerin yerine getirebilme gücünü ortaya koyan, işletmenin borçlarını ödeyebilmesi için gerekli geri ödeme yapacak nakdi elde etme gücünü göstermekte olan oranlardır. Bu amaçla kullanılan oranlar Cari Oran, Likit Oran(Asit-Test Oranı) ,Nakit Orandır. Yapılan çalışma kapsamında Sivas Devlet Hastanesinin ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 yılları arası ile 2016-2018 yıllarında birleşmeleri sonucu ortaya çıkan 3 er yıllık oranları hesaplanmış olup, bu oranlara ait grafik ve yorumlar yer almaktadır.

Cari Oran (Dönen Varlıklar/ Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar)

Likiditeyi en geniş perspektifte ortaya koyan cari oran, dönen varlıkların kısa vadeli yükümlülüklerle oranlamasıyla bulunur ve kısa vadeli borçlarını ödeme gücünü gösterir.

Grafik 1. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Cari Oran Bulguları



Grafik 1 de Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası cari oranları ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası cari oranların sonuçları verilmiştir.

Sivas Devlet Hastanesinin birleşme öncesi cari oranının 1,5'tan büyük olduğu, Sivas Numune Hastanesinin 1'in üstünde olduğu ve dönen varlıkların kısa vadeli borçları karşılaması ile sorun olmadığını yani kısa vadeli borçları ödeme sorunu çekmediği anlaşılmaktadır.

Bu iki hastanenin birleşme sonrası cari oranının 0,30 'lar ve altına düştüğü görülmektedir. Bu ise hastanelerin birleşme sonrası dönen varlıklarının kısa vadeli borçlarını karşılayamadığı borç ödemesinde sorun yaşanacağını göstermektedir.

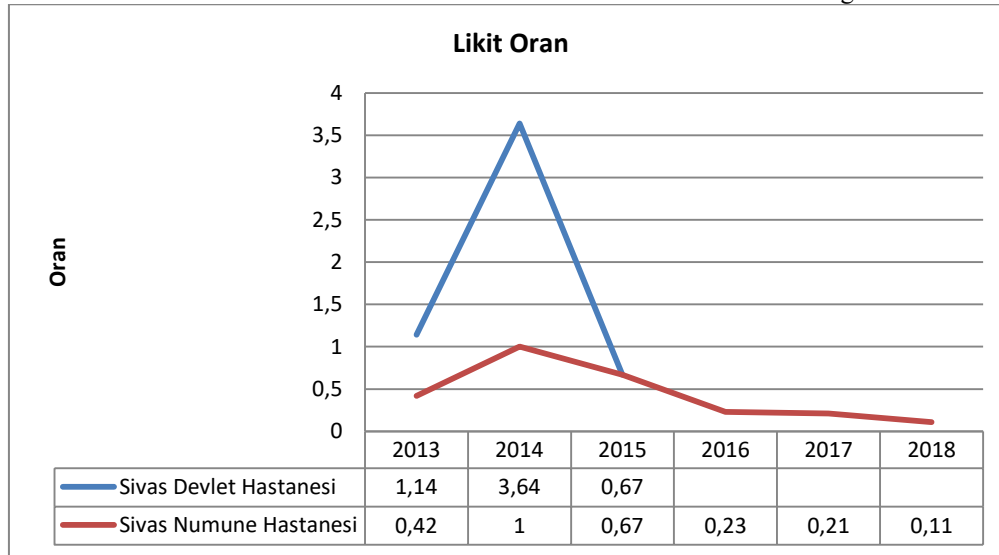
Birleşme öncesinde hastanelerin net işletme sermayeleri pozitif iken, birleşme sonrası negatife dönüştüğü görülmektedir.

Likit Oran (Asit Test Oranı) (Dönen Varlıklar- Stoklar/ Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar)

Bu oran firmalardaki stokların paraya çevrilememesi durumunda dahi kısa vadeli yabancı kaynakların karşılanıp karşılanamayacağını ortaya koymaktadır.

Asit test oranı gelişmiş ülkelerde 1 gelişmekte olan ülkelerde 0,65-0,80 arasında olması olumlu değerlendirilmektedir.

Grafik 2. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Likit Oran Bulguları



Grafik 2 de Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası likit oranları ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası likit oranların sonuçları verilmiştir.

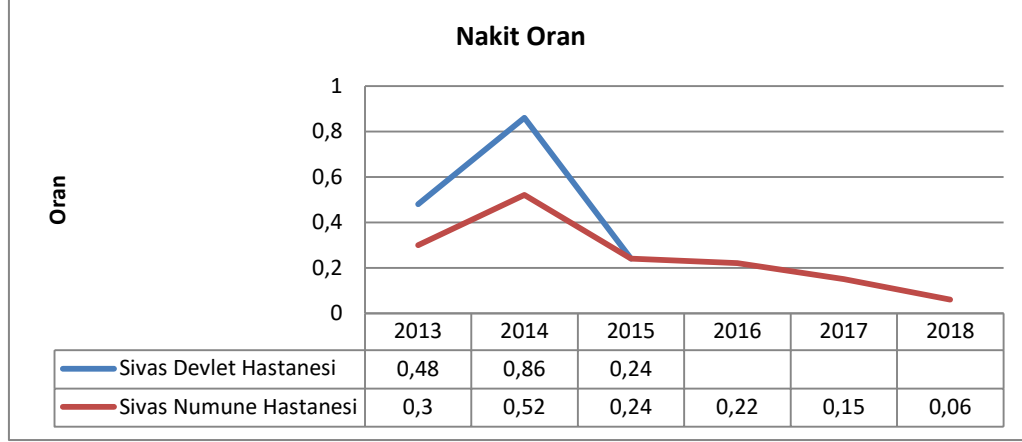
Sivas Devlet Hastanesinde ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 yılları arasında stoklarını nakitte çevirmese de dönen varlıklarının kısa vadeli yabancı kaynakları karşılayabilecek mali durumunu göstermektedir. Ancak hastanelerin birleşmesi sonrası fazla stokla çalışması ile birlikte stokların elden çıkarılmaması durumunda dönen varlıkların kısa vadeli yabancı karşılayamadıkları ortaya çıkmaktadır. 2016-2018 yılları arası likit oranı olumsuz olarak görülmektedir.

Nakit Oran

Satışların yavaşlaması ve alacakların tahsilinin zorlaşması durumlarında hazır değerlerle kısa vadeli yükümlülükleri karşılama gücünü göstermektedir.

Oranın 0,20'nin altına düşmemesi genel bir kural olarak arzulanmaktadır. Oranın 0,20'nin altına düşmesi durumunda, işletmenin para durumunda sıkışık bir durum ortaya çıkar ve işletmenin yeni kaynaklar bulma zorunluluğu doğar.

Grafik 3. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Nakit Oran Bulguları



Grafik 3 de Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası Nakit oranları ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası Nakit oranların sonuçları verilmiştir.

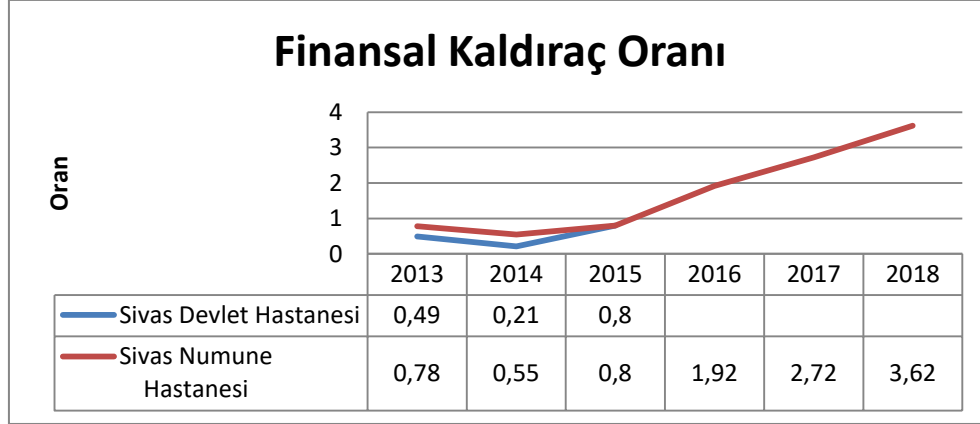
Hastanelerin birleşme öncesinde stoklarını nakitte çeviremeye de ve alacaklarının tahsilinde zorlansa da genel kabul görmüş 0,20 üstünde nakit oranına sahip olduğu görülmektedir. Nakit sıkıntısı çekmediğini ortaya koymaktadır.

Hastanelerin birleşme sonrasında nakit oranlarının yıllar itibari ile sürekli düştüğü görülmektedir. Bu durum hastanenin nakit sıkıntısı çektiğini göstermektedir. Bu durumun süreklilik arz etmesi firmaların hastanenin ihtiyaçlarını karşılamada teklif vermemeleri veya piyasa fiyatlarının üstünde teklif vermelerini doğuracaktır. Bu spiral kırılmadığı durumlarda hastanelerin zarar eden verimsiz kurumlar haline gelmesi kaçınılmazdır.

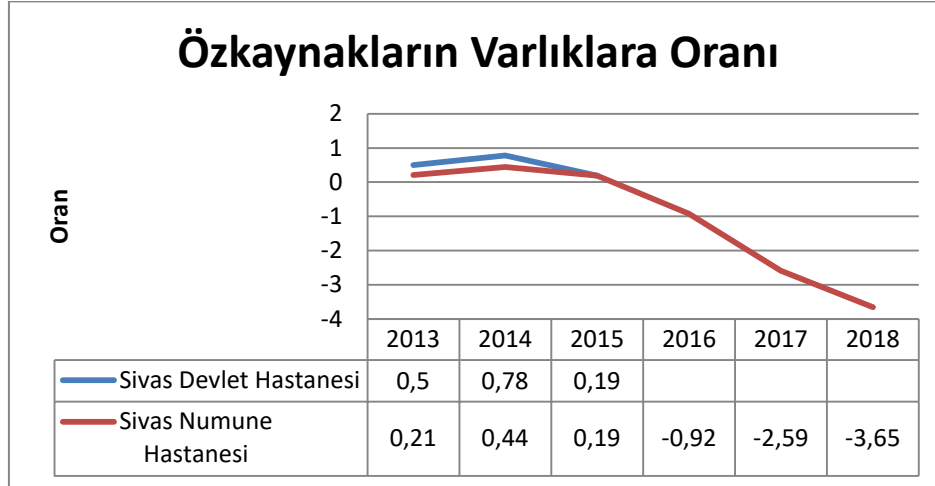
4.2. Hastanelerin Finansal Yapı Analizi

İşletmenin borçları ve öz kaynaklarının nasıl finanse edildiğini, uzun vadeli borçlarını ödeyip ödeyemeyeceği, borçla finansmanın ne kadar faydalı olduğunu ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin birleşme öncesi finansal yapı ile ilgili oranların değerlendirildiğinde finansal yapının iyi olduğu, kısa vadeli borçların oranının toplam kaynaklar içinde genel kabul görmüş oranlar içinde bulunduğu söylenebilir. Öz kaynaklarında hastanelerde bulunduğu ve uzun vadeli borçların rahatlıkla ödenebileceği durumda olduğu söylenebilir. Birleşme ile birlikte kısa vadeli borç oranı çok yükselmiş ve öz kaynaklar negatife geçmiştir. Birleşme ile birlikte finansal yapı bozulmuş, hastanenin kısa vadeli yabancı kaynaklarla finanse edildiği, borç yüküne girdiği ve öz kaynağın eriyip bittiği söylenebilir.

Grafik 4. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Finansal Kaldıraç Oranı Bulguları



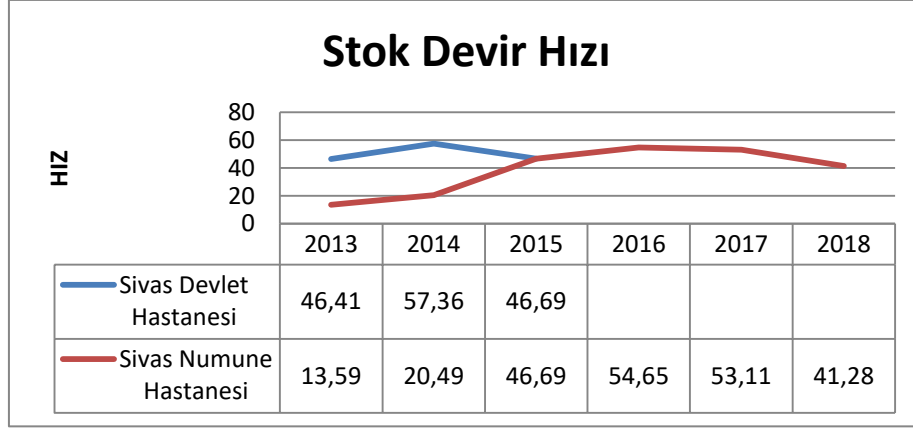
Grafik 5. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Öz Kaynakların Varlık Toplamına Oranı Bulguları



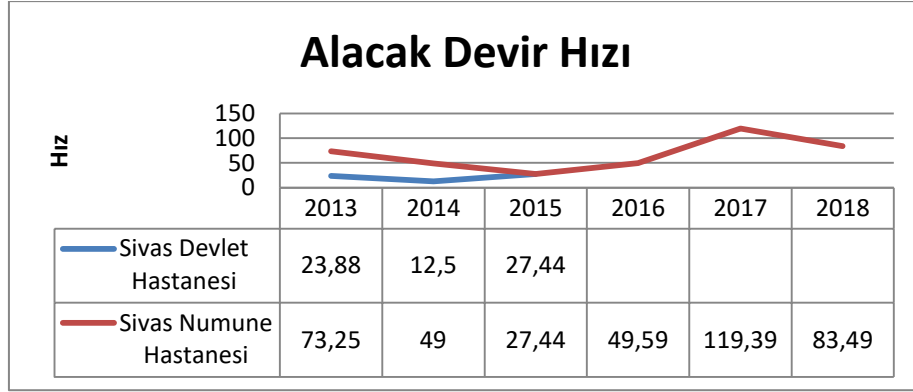
4.3. Hastanenin Faaliyet Analizi

Faaliyet oranları; İşletmenin varlıklarının etkin kullanılıp kullanılmadığının belirlenmesi, satışlara oranla varlıklara ne miktarda yatırım yapıldığını ve faaliyetlerini ne derece etkin olduğunu ortaya koyan oranlardır. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin faaliyet (etkinlik) oranları değerlendirildiğinde alacakların devir hızı ve alacakların tahsil süresi birleşme ile birlikte iyiye gitmiştir. Ancak birleşme ile ticari borçların devir hızı düşmüş ve ticari borçların ödeme süresinin uzadığı söylenebilir. Dönen varlık ve duran varlık devir hızlarının birleşme ile birlikte arttığı, öz kaynak devir hızının azaldığı ve negatife geçtiği söylenebilir. Faaliyet oranları ile ilgili bazı oranlardaki birleşme ile birlikteki artış sebepleri Sağlık Bakanlığının uygulandığı ve hastaneleri destekleme niteliğinde politikardan kaynaklandığı söylenebilir. Bu uygulamalara rağmen hastanenin ticari borçların devir hızı ve borç ödeme süresinde büyük sıkıntılar olduğu söylenebilir.

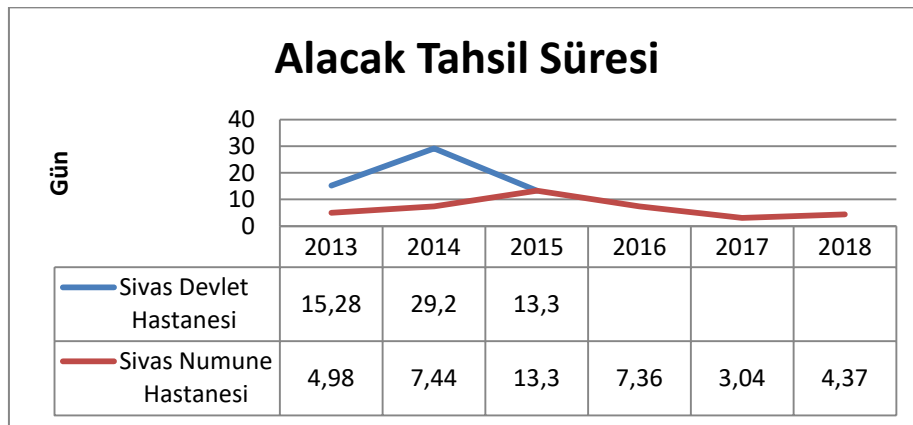
Grafik 6. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Stok Devir Hızı Bulguları



Grafik 7. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Alacak Devir Hızı Bulguları



Grafik 8. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Alacak Tahsil Süresi Bulguları



4.4. Hastanenin Karlılık Analizi

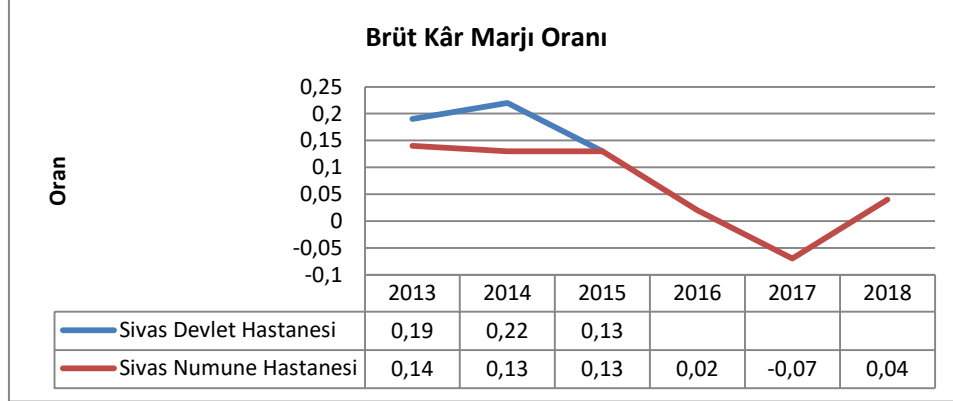
İşletmenin karlılık oranları likiditenin, varlıkların, borçların etkin yönetilip yönetilmediğini göstermektedir. Bu amaçla kullandığımız oranlar Brüt Kâr Marjı Oranı, Faaliyet Kârı Oranı, Net Kâr Marjı Oranı, Öz Kaynak Kârlılığı Oranı, Varlık Kârlılığı Oranı yapılan çalışma kapsamında Sivas Devlet Hastanesinin ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 yılları arası ile 2016-2018

yıllarında birleşmeleri sonucu ortaya çıkan 3 er yıllık oranları hesaplanmış olup, bu oranlara ait grafik ve yorumlar yer almaktadır.

Brüt Kâr Marjı Oranı

Brüt kâr marjı, net satışların yüzde kaçının brüt satış kârı olduğunu gösterir ve brüt kâr marjı, firmaların mal ya da hizmet üretim maliyeti ve bunların fiyatlama politikaları konusunda fikir vermektedir.

Grafik 9. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Brüt Kâr Marjı Oranı Bulguları

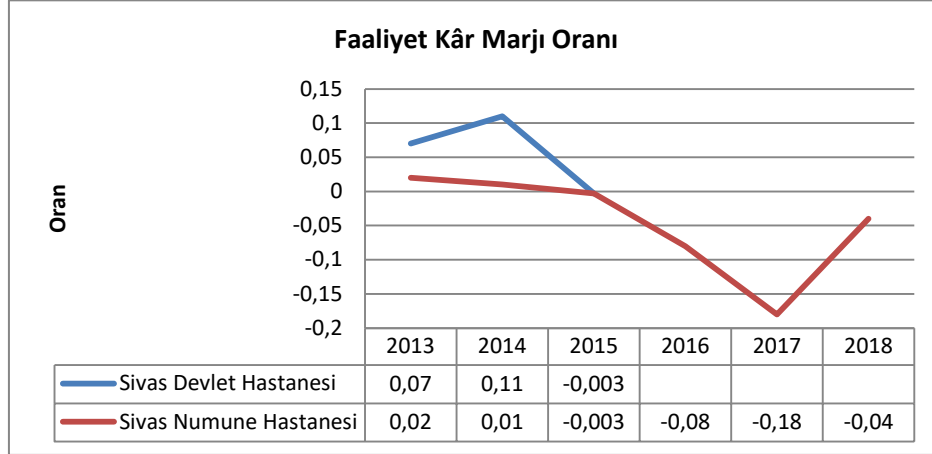


Grafik 9’de Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası Brüt Kâr Marjı Oranı ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası Brüt Kâr Marjı Oranı sonuçları verilmiştir. Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin birleşme öncesi brüt satış kârı net satışların % 20 ile %15 arasında olduğu ve kar yüzdesinin iyi olduğu söylenebilir. Ancak birleşme sonrası bu kar yüzdesinin düştüğü hatta negatife geçtiği görülmektedir. Bu durum için hastanenin faaliyet giderlerini ve diğer giderleri ödemede sorun olduğu söylenebilir. Hastanenin birleşme sonrası bir büyüme meydana gelmiş ve buna paralel gelirden artmış ancak gider artışı gelirden daha fazla olduğu şeklinde söylenebilir.

Faaliyet Kâr Marjı Oranı

Sağlık kurumunun net satışların yüzde kaçını oranında faaliyet karı elde ettiğini göstermektedir.

Grafik 10. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Faaliyet Kâr Marjı Oranı



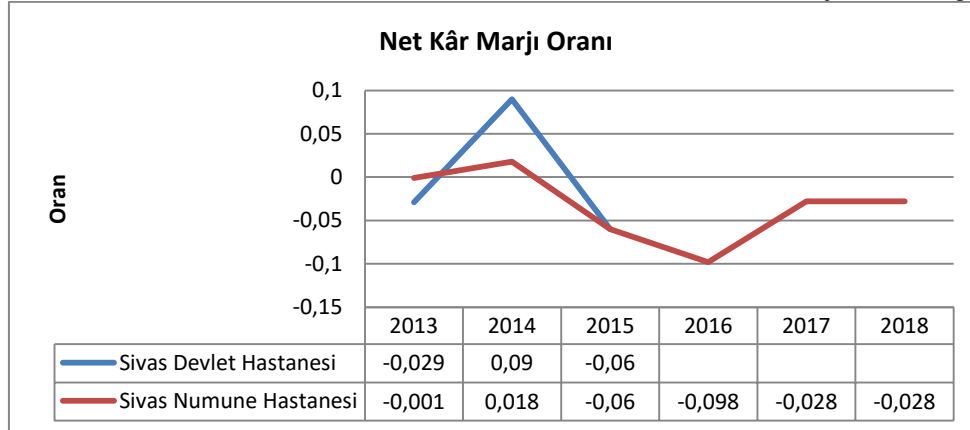
Grafik 10’da Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası Faaliyet Kâr Marjı Oranı ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası Faaliyet Kâr Marjı Oranı sonuçları verilmiştir.

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinde birleşme öncesinde net satışlar içinde faaliyet kârı elde ettiği görülmektedir. Sivas Devlet Hastanesini faaliyet kârının daha yüksek olduğu söylenebilir. Hastaneler için sağlık hizmeti üretimi ve sunumunda başarılı olduğu söylenebilir. Ancak birleşme sonrası faaliyet kârı olmadı ve hastanenin zarar ettiği söylenebilir. Bu durum sağlık hizmeti sunumunda ve üretimi sürecinde sorunlar olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Net Kâr Marjı Oranı

İşletmede vergi, yasal yükümlülükler ve diğer giderler karşılandıktan sonra kalan net kârın, net satışlara oranıdır.

Grafik 11. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Net Kâr Marjı Oranı Bulguları

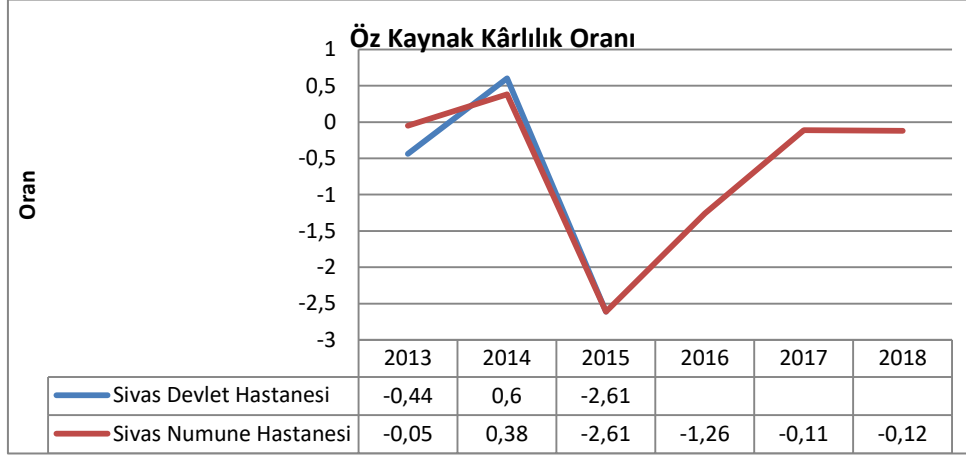


Grafik 11’de Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası Net Kâr Marjı Oranı ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası Net Kâr Marjı Oranı sonuçları verilmiştir. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi 2014 yılında net kâr elde ettiği ancak birleşme öncesi diğer yıllarda zarar ettiği söylenebilir. Birleşme sonrasında Sivas Numune Devlet Hastanesi de zarar ettiği söylenebilir.

Öz Kaynak Kârlılık Oranı

Sağlık kurumlarında yatırılan paradan elde edilen karın değerlendirilmesinde kullanılan bir orandır.

Grafik 12. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Öz Kaynak Kârlılık Oranı



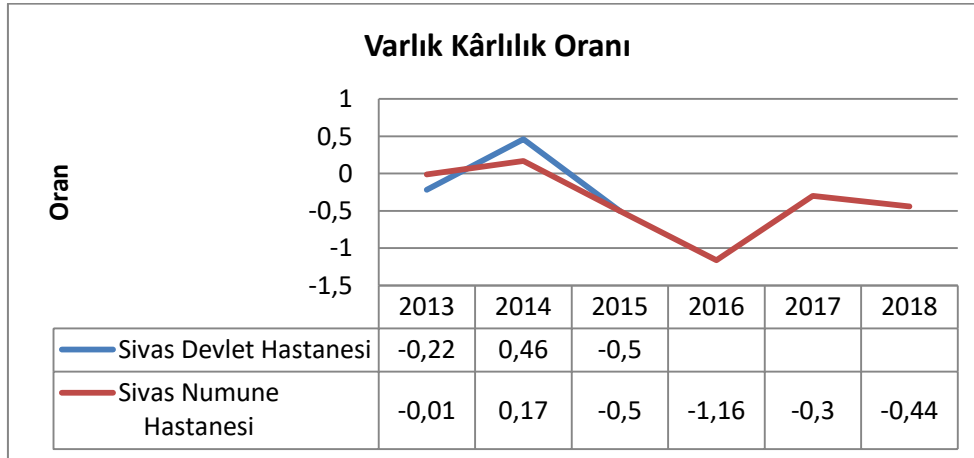
Grafik 12’ de Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası Öz Kaynak Kârlılık Oranı ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası Öz Kaynak Kârlılık Oranı sonuçları verilmiştir.

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinde birleşme öncesi 2014 yılında net kâr edilmesine rağmen diğer 2 yılda net zarar olduğundan bu oran negatif çıkmıştır. Birleşme sonrası net kar olmadığından işletmeler zarar ettiği söylenebilir. Bu oranlar ilgili olarak 2014 yılı için olumlu olarak değerlendirilebilirken diğer yıllar için olumsuz denebilir.

Varlık Kârlılık Oranı

Sağlık kurumunu aktifinde yer alan dönen ve duran varlıkların sağlık hizmeti verilmesinde ne derece kârlı kullanıldığını değerlendirmeye katkı sağlayan orandır.

Grafik 13. Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi Varlık Kârlılık Oranı Bulguları





ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Grafik 13’ de Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 arası Varlık Karlılık Oranı ile hastanelerin birleşme sonrası 2016-2018 yılları arası Varlık Karlılık Oranı sonuçları verilmiştir.

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesi birleşme öncesi 2014 yılında varlıkların daha iyi kullanıldığı ve kâr edildiği şeklinde yorumlanabilir. Ancak birleşme sonrası sürekli zarar ettiği sağlık kurumlarında boş kapasite olduğu veya sahip olduğu varlıkları verimli ve etkili kullanmadığı söylenebilir. Hastanelerin yabancı kaynak kullanım yükü altında olduğu söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde sağlık kurumlarının finansal yapısının analiz edilmesi genellikle oran analizi yöntemi ile bir hastanenin birkaç yıllık mali durumu, bir ildeki bulunan hastanelerin mali durumu ve afilyasyon uygulamasına geçen hastanelerinin mali durumunu kapsayan çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sonucu finansal performans analizinde ve değerlendirmesinde farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

Eyüpoğlu (2019) Sağlık Bakanlığına bağlı 59 adet A1 genel eğitim ve araştırma hastanesi ile 43 adet kamu üniversite hastanesinin 2013-2017 yılları arasındaki bilanço ve gelir tabloları kullanılarak hastanelerin finansal oranlarının belirleyerek karşılaştırılma yapmayı amaçlamıştır. Yapılan analizler sonucunda her iki hastane grubunun da likidite sıkıntısı yaşadığı, stok bulundurma maliyetine katlandığı, borçların ödenmesinde sıkıntı yaşadığı ve yıllar itibarıyla zarar ettiği görülmektedir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ile kamu üniversite hastanelerinin bazı finansal oranları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (Eyüpoğlu, 2019: 124).

Alper (2016) Sivas Numune Hastanesinin 2012, 2013 ve 2014 yıllarına ilişkin olarak oran analizi yöntemiyle hastanenin sektör oranları ile karşılaştırmasını yapmıştır. Alper hastanenin likidite durumunun iyi olduğu, net çalışma sermayesinin yeterli olduğu, alacaklarını tahsil edebildiği, stoklarını sektöre göre daha hızlı satışa çevirebildiği, finansal yapısının güçlü olduğu, ilk iki yıllık karlılık oranlarının olumsuz iken üçüncü yıl karlılık oranlarının artış gösterdiğini saptamıştır (Alper, 2016: 81,82).

Bu çalışmada Sivas Numune Hastanesinin 2013-2015 yılları arası finansal durumunun Alper ‘in yapmış olduğu çalışmayla uyumlu olduğu görülmüştür. Likidite durumunun iyi olduğu ve dönen varlıkları ile kısa vadeli yabancı kaynakları karşılama durumuna sahip oldukları, kısa vadeli borçların pasifler oranı kabul edilebilir olduğu, hastanenin bazı yıllar kar ettiği söylenebilir.

Demirtaş (2016) Ege bölgesinde 2011 yılında faaliyet gösteren bir üniversite hastanesi ile afiliye olan bir devlet hastanesinin 2009-2011 afilyasyon öncesi ve 2012-2014 yılları arası afilyasyon dönemindeki finansal performansı finansal oran analizi ile değerlendirmiştir.

Demirtaş hastane afilyasyon öncesinde elinde daha fazla likit varlık bulundururken afilyasyondan sonra bulundurulmuş likit varlık miktarı azalmıştır. Hastane afilyasyon öncesinde daha fazla yabancı kaynak kullanırken afilyasyondan sonra kurumda yabancı kaynak kullanımı azalmış, öz kaynak kullanımı artmış, diğer bir deyişle kurumun mali gücü afilyasyondan sonra artmaya başlamıştır. Hastane afilyasyon öncesinde kredili alacakların tahsilinde sorun yaşarken afilyasyondan sonra kurumda bu durum düzelmiş ve verimlilik afilyasyon sonrası artmıştır. Hastane afilyasyon

87

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(KAYA, Y. / BİÇER, E.B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

öncesinde zararlı çalışırken afilyasyon sonrası varlıkla verimli ve etkili bir şekilde kullanılarak kâra geçilmiş, yönetimde ve sağlık hizmetinin üretilip dağıtılmasında başarı elde edilmiştir. Bu göstergeler hastanenin afilyasyon sonrası daha olumlu bir finansal davranışa geçtiğini işaret etmektedir (Demirtaş, 2016: 72).

Orak (2015) Ankara ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı 20 hastanenin 2008-2013 dönemi 6 yıllık finansal tablo analiz etmiştir. Orak tarafından yapılan çalışmada kısa vadeli yabancı kaynaklarında artış ve hastanelerin likit varlıklarında azalış tespit edilmiştir. Bu çalışmada stoklara fazla yatırım yapıldığı ve hastanelerin zarar ettiğini tespit etmiştir (Orak, 2015: 77-78).

Çam (2008) Karaman Devlet Hastanesi'nin finansal performansının ölçmeye çalışmıştır. Karaman Devlet Hastanesi'nin 2003-2007 yılları arasındaki mali tablolarında faydalanılarak oran analizi yapmıştır. Oran analizi yapıldıktan sonra oranlar arasında oluşan sapmalar ve bu sapmaların nedenleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada Karaman Devlet Hastanesi'nin 2003-2007 yıllarındaki mali tablolarından faydalanılarak oran analizi yapılmış ve finansal performansı hesaplanmıştır. Finansal analizinde temel farklılıkların 2004 yılında ortaya çıktığı belirlenmiştir. 2003'te ki değişikliklerle performansa sisteminin daha işlevsel hale getirilmesi ile çalışanların döner sermayeden aldıkları pay yükseltilmiştir. Yapılan bu değişikliklerle verilen hizmet sayısı artmış ve dolayısıyla satışların % 87 artmasına sebep olmuştur. Satışların artmasına karşın, hizmet maliyeti % 97, faaliyet giderleri ise % 175 artmıştır. Bunun sonucunda net kârlardaki artış sadece % 4 olmuştur. Mevcut durum 2007 yılına kadar devam etmiştir. 2005 ve 2006 yıllarında da satışlardaki artışa rağmen net kârlar sürekli olarak azalmıştır. Bunun ana sebebi ise faaliyet giderlerindeki artış oranının satışlardaki artış oranından daha fazla olmasıdır. 2007 yılında ise satışlar % 11, satışların maliyeti ise % 25 büyürken, faaliyet giderlerindeki % 14'lük azalış net kârın % 57 artmasını sağlamıştır. Bunların yanı sıra hastaneler gerekli malzemelerin alımında hastane satın almalarının daha işlevsel hale getirilmesi hastanenin hastanelerin borç yükünü artırmıştır. Bunun sonucunda 2003 yılına kıyasla 2004 yılında likidite oranlarını azalmış ve borçlar /öz sermaye oranının artmasına sebep olmuştur. Bu durum 2007 yılına kadar devam etmiştir. 2007 yılında ise alınan tasarruf tedbirleri çerçevesinde faaliyet azaltılmıştır. Bunun sonucu olarak hastanenin 2007 yılında finansal oranlarının düzelmesini sağlamıştır. Devlet muhasebe sistemi açısından incelediğimizde ise 2006 ve 2007 yıllarındaki mali tabloların diğer yıllara göre daha ayrıntılı ve tekdüze olarak hazırlandığı belirlenmiştir (Çam, 2008: 97).

Yapılan çalışmada, Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin 2013- 2015 yılları arası ile birleşmeleri sonrası 2016-2018 yılları arası finansal tabloları karşılaştırmalı tablolar analizi yöntemi, dikey analiz yöntemi, eğilim yüzdeleri yöntemi ve oran analizi yöntemi ile finansal performanslarının belirlenmiştir. Belirlenen bu finansal performanslar arasında karşılaştırma yapılmıştır. Literatürde bu konuda yapılan çalışmalar sıklıkla oran analizi şeklinde yapılmış olsa da çalışmamızda karşılaştırmalı tablolar analizi, dikey analiz ve eğilim yüzdeleri analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Hastanelerin Karşılaştırmalı Tablo (Yatay) Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune birleşme öncesi bilançolarına bakıldığında aktiflerinde artış görülürken birleşme ile birlikte aktiflerinde azalış olduğu söylenebilir. Birleşme öncesi hazır değerlerinde artış kısmı iken birleşme ile birlikte hazır değerlerinin arttığı söylenebilir. Ancak bu artışın sebebi Sağlık Bakanlığının uyguladığı gider esaslı ödeme yönteminden kaynaklanmaktadır. Sağlık Bakanlığının, Sosyal Güvenlik Kurumu ile yapmış olduğu götürü protokol kapsamında hastanenin ticari alacaklarını tahsil etmede sorun olmadığı hatta alacaklarını avans olarak peşin

88

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(KAYA, Y. / BİÇER, E.B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

aldığı görülmüştür. Stoklarda birleşme öncesi Sağlık Bakanlığının hastanelerde uyguladığı azami stok düzeyleri ile ilgili düzenlemelerden dolayı büyük azalışlar olmasına rağmen birleşme ile 2014 ve 2015 yıllarına oranla daha fazla stokla çalışıldığı söylenebilir. Bu durum ileride miatlı sarf ve ilaçlarının kullanım süresinin geçmesi durumu getirebileceği gibi stoklarında nakitte çevrilmesinde sorunlar yaşatabilir.

Birleşme öncesi 2014 yılında duran varlıklarda azalış olmasına rağmen 2015 yılında duran varlıklarda artış olduğu söylenebilir. Birleşme ile birlikte duran varlıklarda büyük azalışlar olmuş ancak bu dönemlere bakıldığında brüt satış hacminin artışı ve ilgili dönemlerde SUT 'da değişiklik olmadığı görülmektedir. Bu durum birleşme ile birlikte yeni hastane açılması ile yatırımların genel bütçe imkânları ile yapıldığı böylelikle üretim ve satışlarda artış olduğu söylenebilir.

Hastanelerin birleşme öncesi 2014 yılında pasiflerinde artış olurken özellikle birleşme ile hastanenin pasiflerinde hızlı bir azalış meydana geldiği söylenebilir. Birleşme öncesi hastanelerin kısa vadeli borçları dönen varlıklar ile karşılanabilirken, birleşme ile birlikte kısa vadeli borçlarının %200'lerin üzerinde artış olduğu ve dönen varlıklarla karşılanamadığı söylenebilir. Birleşme ile birlikte giderin gelirden daha fazla olmasıyla hastanede geliri gider dengesinin bozulduğu, kurumun borç ödeme gün süresinin artışı, bazı malzemelerin tedarikinde sorunlar olduğu ve piyasa fiyatının üstünde malzeme tedarik ettiği söylenebilir. Öz kaynaklar birleşme öncesi kullanımı mümkünken birleşme ile birlikte öz kaynakların negatife geçtiği söylenebilir. Hastaneler birleşme öncesi dönemleri küçük zararlar ile hatta 2014 yılında kar ile kapatmasına rağmen birleştikten sonra sürekli zarar ederek kapatmışlardır.

Hastanelerin Yüzde Yöntemi İle (Dikey) Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinde birleşme öncesi dönen varlık oranının % 70-80'lerde iken birleşme ile birlikte bu oranın % 80-90 aralığına yükseldiği söylenebilir. Bu oranın yükselmesinde alacakların peşin tahsili ve stok tutarının sürekli artmasından olabilir.

Duran varlık oranı birleşme öncesi %20-30 iken birleşme ile %10-20'lere düştüğü söylenebilir. Dönen varlık ile duran varlıkların arasındaki bu oran olumsuz olarak söylenebilir. Bu durumun nedeni Sağlık Bakanlığının Sosyal Güvenlik Kurumundan tahsil ettiği tedavi giderlerini peşin alması ve hastanelerin giderleri ölçüsünde bir nakit göndermesinden dolayı hastanenin likide düzeyi yüksektir. Birleşme sonrası yatırım yapılmamasına rağmen satış miktarının artması genel bütçe imkânları ile duran varlık yatırımı yapıldığı söylenebilir.

Birleşme öncesi kısa vadeli borçlarda azalma meydana gelirken birleşme ile birlikte kısa vadeli borçların %200-300'ler oranında artışı söylenebilir. Birleşme ile birlikte dönen varlıkların kısa vadeli borçları karşılayamadığı ve bu sebepten Sağlık Bakanlığınca hastaneye üretmiş olduğu hizmet tutarının üstünde bir nakit sağladığı söylenebilir. Ancak bu uygulama uzun vadede Sosyal Güvenlik Kurumu tarafınca da finanse edilebilir bir durum olmadığı söylenebilir. Öz kaynaklarda birleşme öncesi bir artış durumu oluşmuşken birleşme ile öz kaynakların eriyip gitti ve birleşme ile hastanenin sürekli zarar eden bir mali yapıya girdiği söylenebilir.

Hastanelerin Eğilim Yüzdeleri (Trend) Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinde birleşme öncesi aktiflerinde 2014 yılında 2013 göre artış olmasına rağmen 2015 yılında kısmi bir azalış vardır. Ancak birleşme ile birlikte özellikle 2016 ile 2018 yıllarında aktiflerde % 25 'e yakın bir küçülme görüldüğü söylenebilir. Bu döneme ait dönen varlıklar incelendiğinde birleşme öncesi dönen varlıklarda artış olduğu ve kısa vadeli yabancı kaynakları karşıladığı söylenebilirken birleşme ile dönen varlıklarda azalış olduğu

89

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(KAYA, Y. / BİÇER, E.B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

ancak 2017 yılında artış olduğu' da söylenebilir. Dönen varlıklar içinde likitide durumu en yüksek olan hazır değerlerinde özellikle birleşmeden sonra sürekli yükseldiği söylenebilir. Bu durumun nedeni Sağlık Bakanlığının gider tabanlı bir ödeme sisteminden dolayı ve kısa vadeli borçların karşılanmamasından sürekli hastanenin gelirinin üstünde bir nakit akışı sağlamasından olabilir. Aynı dönemde ticari alacaklarında kısa sürede tahsili mümkün olduğu söylenebilir. 2013 yılından sonraki yıllarda ve birleşme sonrası stok tutarlarının 2013 yılına göre daha düşük olduğu söylenebilir. Bu durum Sağlık Bakanlığının uyguladığı azami stok uygulamaları politikalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Duran varlıkların birleşme öncesinde hastanelerde 2015 yılında yatırım yapıldığı ancak birleşme sonrası bu yatırımların azaldığı söylenebilir ancak birleşme ile birlikte yeni bir hastane açılması ve yeni hastanenin yatırım giderlerinin genel bütçeden karşılanması sebebiyle duran varlıklarda azalış olduğu söylenebilir.

Hastanelerde birleşme öncesi 2014 yılında kısa vadeli borçların azaldığı finansal yöneticilerin istediği gibi dönen varlıklarla finansa edilebilirken, birleşme ile birlikte kısa vadeli borçların çok fazla arttığı dönen varlıklar hatta duran varlıklarla karşılanamadığı söylenebilir. Bu durum birleşme ile hastanenin borçlarını ödeyememesi ve ödeme sürelerinin uzamasına neden olduğu söylenebilir. Birleşme öncesi hastanelerin öz kaynaklarının bulunduğu 2014 yılında kâr ettikleri, sonraki yıllarda da az miktarda zarar ile yılları kapattıkları söylenebilir. Ancak birleşme ile birlikte öz kaynakların negatife geçtiği ve sürekli olarak zarar ettiği söylenebilir. Bu mali durum finansal olarak sürdürülebilir bir yapıdan uzaklaşmaktadır diye yorumlanabilir.

Hastanelerin Likidite Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin birleşmeden öncesi 2013-2015 yılları arasındaki cari oran, likit oran ve nakit oranlarına bakıldığında likidite oranlarının iyi olduğu ve hastaneler için genel kabul görmüş oranlarda ve üstünde olduğu görülmüştür. Dönen varlıkların, kısa vadeli yabancı kaynakları karşılayabilecek bir durumun olduğu söylenebilir. Hastaneler stoklarını elden çıkarmada sorun yaşasalar' da hatta ticari alacaklarını tahsil edilmesinde sorun olsa bile likidite sorunu çekmedikleri söylenebilir. Ancak birleşme ile birlikte cari oran, likit oran ve nakit oranı hızla düştüğü artık hastanenin dönen varlıklarının, kısa vadeli yabancı kaynaklarını karşılayamadığı ve net işletme sermayesinin negatif olduğu söylenebilir. Birleşme ile oluşan bu finansal durum sürdürülebilir değildir. Bu sebepten dolayı Sağlık Bakanlığı tarafından elde edilen gelire göre değil, gidere göre hastaneye nakit gönderdiği görülmektedir. Bu şekilde hastanenin finansal açıdan ayakta durması sağlanmaya çalışılmaktadır.

Hastanelerin Finansal Yapı Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin birleşme öncesi finansal yapı ile ilgili oranların değerlendirildiğinde finansal yapının iyi olduğu, kısa vadeli borçların oranının toplam kaynaklar içinde genel kabul görmüş oranlar içinde bulunduğu söylenebilir. Öz kaynaklarında hastanelerde bulunduğu ve uzun vadeli borçların rahatlıkla ödenebileceği durumda olduğu söylenebilir. Birleşme ile birlikte kısa vadeli borç oranı çok yükselmiş ve öz kaynaklar negatife geçmiştir. Birleşme ile birlikte finansal yapı bozulmuş, hastanenin kısa vadeli yabancı kaynaklarla finanse edildiği, borç yüküne girdiği ve öz kaynağın eriyip bittiği söylenebilir.

Hastanenin Faaliyet Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin faaliyet (etkinlik) oranları değerlendirildiğinde alacakların devir hızı ve alacakların tahsil süresi birleşme ile birlikte iyiye gitmiştir. Ancak birleşme ile ticari borçların devir hızı düşmüş ve ticari borçların ödeme süresinin uzadığı söylenebilir. Dönen varlık ve duran varlık devir hızlarının birleşme ile birlikte artışı, öz

90

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(KAYA, Y. / BİÇER, E.B.)

kaynak devir hızının azaldığı ve negatife geçtiği söylenebilir. Faaliyet oranları ile ilgili bazı oranlardaki birleşme ile birlikteki artış sebepleri Sağlık Bakanlığının uygulandığı ve hastaneleri destekleme niteliğinde politikalardan kaynaklandığı söylenebilir. Bu uygulamalara rağmen hastanenin ticari borçların devir hızı ve borç ödeme süresinde büyük sıkıntılar olduğu söylenebilir.

Hastanenin Karlılık Analizi

Sivas Devlet Hastanesi ve Sivas Numune Hastanesinin birleşme öncesi genel olarak karlılık oranları bakıldığında küçükte olsa karlılık olduğu veya çok küçük zararlar olduğu söylenebilir. Ancak birleşme ile birlikte kar edilmediği gibi sürekli zarar edildiği ve zararın yıllar itibari ile sürekli arttığı söylenebilir.

Sonuç olarak elde edilen verilerle birleşme öncesi ve sonrası kıyaslanacak olursa;

- Hastanelerin birleşme öncesi likidite durumlarının daha iyi olduğu ve dönen varlıkları ile kısa vadeli yabancı kaynakları karşılama durumuna sahip oldukları görülmektedir. Birleşme ile birlikte nakit sıkıntısına girdikleri ve borçlarını ödeyemedikleri ve borç ödeme gün süresinin uzadığı görülmüştür. Bu durum uzun vadede sağlık hizmeti sunumunda aksamalar veya hiç verilememesine sebep olabilir.

- Hastanenin birleşme ile birlikte alacaklarını birleşme öncesine göre daha hızlı tahsil ettiği görülmektedir. Ancak bu durum Sağlık Bakanlığının uyguladığı gider esaslı ödeme sisteminden kaynaklanmaktadır. Bakanlığın bu politikası nakit akışı sağlasa da uzun vadeli uygulanacak bir politika değildir. Sosyal Güvenlik Kurumunda bütçesi bu uygulamaya şeklini kaldırarak bir durumda değildir.

- Hastane birleşmesinden önce kısa vadeli borçların pasifler oranı kabul edilebilir durumda iken birleşme ile birlikte oldukça yükselmiştir. Birleşmeden önce hastanelerin öz kaynakları bulunurken, birleşme ile birlikte öz kaynakların negatife geçtiği görülmektedir.

- Hastanelerin birleşmeden önce bazı yıllar kar ettiği veya küçük zararlar ile yılı kapattıkları görülürken, birleşmeden sonra sürekli zarar eden verimsiz ve etkin olmayan bir kurum yapısına büründüğü söylenebilir.

Tespit edilen bu verilere göre Sivas Devlet Hastanesi ile Sivas Numune Hastanesinin birleşmesinde istenen amaçlara ulaşamamış olumsuz bir finansal yapıya ulaşılmıştır. Hastanenin birleşme ile birlikte likidite durumunun kötüye gittiği, net çalışma sermayesinin negatife geçtiği, ticari borçların tutarının arttığı ve bu borçların kısa vadeli borç şeklinde olduğu, borç ödeme gün süresinin uzadığı, birleşme ile birlikte net satışlar artmasına rağmen giderde meydana gelen artış satışlardan çok fazla olmuştur. Bu durum hastanenin sürekli zarar etmesi ve öz kaynak yapısının bozmuş ve öz kaynaklar erimiştir. Birleşmede istenen amaçtan uzaklaşarak kurum verimsiz bir duruma geçmiştir.

Öneriler

Bu araştırma sonucunda elde edilen bulgulara dayalı olarak ilgili hastaneye, birleşmesi düşünülen hastaneler ve bu konuda yapılacak bilimsel çalışmalara yönelik geliştirilen öneriler aşağıda sıralanmaktadır.

Çalışma yapılan hastane için öneriler;

Hastanenin kısa vadeli borçları yeniden gözden geçirilmeli ve bu borcun ödenebilir bir yapıya taşınmalıdır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı ve hastane yönetiminin bu durumda olan hastanelere borçlarının ödenmesi için kaynak aktarımı yapılmalı ve bu borç spirali kırılmalıdır. Hastaneye yeniden öz kaynak sağlanmalıdır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Stok yönetimi ile ilgili çalışma yapılarak özellikle sağlık kurumlarında büyük yer tutan ilaç, sarf, tüketim malzemesi ve laboratuvar grubu malzemelerin stokların minimize edilmesi konusunda çalışma yapılmalıdır. Akılcı ilaç ve akıllı laboratuvar uygulamalarına hızlı bir şekilde geçilmelidir. İki hastanenin birleşmesi sonucu personel fazlalığı ortaya çıktığı ve gider kalemlerinde personele ait ödemelerin büyük yer tuttuğu görülmektedir. Personel sayısı ve görevleri yeniden gözden geçirilmeli branş bazlı ve bölüm bazlı personel sayısı değerlendirmeli kurumun İl Sağlık Müdürlüğünden ve bakanlıktan personel talepleri ihtiyaca göre olması sağlanmalıdır.

Hastaneye yapılacak yatırım harcamaların genel bütçe imkânları ile yapılması sağlanmalıdır. Kısa vadede gelir üretmeyecek yatırımlardan uzak durulmalıdır.

Hastane içinde branş ve bölüm bazlı gelir gider performans analizi yapılması için çalışmalar başlatılmalıdır. Bu amaçla hastaneler bünyesinde finansal analiz birimleri oluşturulmalıdır. Yönetici ve personel üzerinde farkındalık yaratılmalı gelir artırıcı ve gider azaltıcı faaliyetlerde bulunulmalıdır. Finansal analiz birimlerince kısa ve orta vadeli finansal planlamalar, yapılacak yatırımların geri döngüsü üzerinde çalışmalar yapılabilir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelerin uzun vadeli yabancı kaynak kullanımı sağlanarak finansal araçların geliştirilmesi sağlanabilir.

Hastane yöneticileri tarafından birleşme öncesi ve sonrası iki hastanenin branş ve bölüm bazlı yatan hasta sayısı, ayaktan hasta sayısı ,ameliyat sayısı ve nitelikli işlem sayıları karşılaştırılmalıdır. Özellikle birleşme sonrası tıbbi işlemlerinde ve sayılarında azalma olan hekim ve bölümler tespit edilmelidir. Bunlara faktörlerin ortadan kaldırması için gerekli tedbirler alınmalıdır.

Birleşmesi düşünülen hastanelere öneriler;

Sağlık Bakanlığı tarafından birleşmesi düşünülen hastane birleşmelerinde, araştırma konumuz olan hastanelerin düştüğü finansal dar boğaza düşülmemesi için birleşme esnasında yeni bir hizmet binasına geçilip hizmet verilecekse birleşme ertelenmelidir. Yeni hizmet binasında belirli bir zaman hizmet verildikten sonra bu birleşme oluşan yeni finansal durum göz önünde tutularak karar verilmelidir.

Araştırma konumuz olan yeni Sivas Numune Hastanesinde hizmet verilmesi için seçilen yeni yeri oldukça sorunlu olduğu görülmektedir. İşletme yer seçimi ile ilgili faktörlere dikkat etmeden seçilen bir hizmet binası yerinde bu finansal sıkıntıların ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Birleşmesi düşünülen hastaneler sadece finansal açıdan değerlendirilmemeli, hastanelere ait SWOT analizleri yaparak güçlü ve zayıf yönleri ortaya koyulmalıdır. Böylelikle birleşmenin nasıl yapılması için gerekli kararlar alınmalıdır.

Hastane birleşmelerinde iki farklı kurum kültürü bir araya gelmektedir. Araştırma konumuz olan hastanelerde yeni bir kurum kültürünün oluşmadığı, her iki tarafta kendi kültürü ve alışkanlıklarının bir birlerine kabul ettirmeye çalıştıkları gözlenmiştir. Bu amaçla birleşmesi düşünülen hastanelerde kurum kültürünün kısa zamanda oluşması yönünde de yöneticilere sorumluluklar doğmaktadır.

Birleşme düşünülen hastanelerin bulunduğu ildeki özel hastane ve üniversite hastanelerinin sağlık alt yapısı, pazar koşulları değerlendirilerek kararlar verilmelidir. Birleşmede meydana gelecek

92

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(KAYA, Y. / BİÇER, E.B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

hizmette aksamalar hastaların diğer sağlık kurumlarını tercih etmesini doğurabilir. Bu durumda hastaların yeniden kazanılmasında güçlükler oluşabilecektir. Sağlıkla ilgili alışkanlık ve tercihlerinin değiştirilmesi kısa zamanda mümkün görünmemektedir.

Yapılacak olan sonraki bilimsel çalışmalar için öneriler;

Sağlık kurumları ait finansal açıdan yapılacak bilimsel çalışmalarda kurumların döner sermaye bütçesi ile genel bütçe birlikte değerlendirilmesi amacıyla iki bütçenin konsolide edilerek değerlendirilmesi daha doğru yorumlar yapılmasını sağlayacaktır.

Kamu, özel ve üniversite hastanelerinin her yıl internet sitelerinde bilanço, gelir tablosu gibi finansal araçlarını yayınlaması bu türde yapılacak bilimsel çalışmaların sayısını artıracaktır. Böylelikle bu kurumlarda görev alan yöneticilerinde diğer hastanelerle kendi finansal durumlarını karşılaştırma imkânını sağlayabilmektedir.

Çıkar Çatışması: Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ. (2014). Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Akgüç, Ö. (2013). Mali Tablolar Analizi, Genişletilmiş 15. Baskı, Avcıol Basım Yayım, İstanbul.
- Alper A. (2016) Kamu Hastanelerinde Finansal Performansın Oran Analizi İle Ölçülmesi: Sivas Numune Hastanesi Örneği, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- Cleverly, W. O. & Cameron, A. E. (2007). Essentials of Health Care Finance, Sixth Edition, Jones and Bartlett Publishers, USA.
- Çam, H. (2008). Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi Örneği, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sanayi ve Teknoloji Yönetimi Anabilim Dalı, Konya, Yüksek Lisans Tezi
- Demirtaş, M. (2016). Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi ve Sonrası Finansal Performans Analizi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Muğla, Yüksek Lisans Tezi
- Eyüboğlu, O. (2019). Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Kamu Üniversite Hastanelerinin Finansal Oranlarının Karşılaştırmalı Analizi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- Gapenski, L.C. (2005). Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management, (3rd ed.), AUPHA
- Janati, A., Samaneh, V. & Jafrabadi M. A. (2014). “Development of Financial Indicators of Hospital Performance”, Journal of Clinical Research & Governance, 3:92-98.
- Karapınar, A. & Ayıkoglu Zaif, F. (2013). Finansal Analiz, Yenilenmiş 3. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Orak, S. (2015). Ankara İli Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin 2008-2013 Dönemi Finansal Performansının Oran Analizi İle İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Özer, Ö. (2012). Mali Tablolar Analizi: Bir Hastane Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 6,183-199,

Poyraz, E. (2008). Finansal Yönetim, Ekin Yayınevi, Bursa.

Sağlık Bakanlığı, (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara

Sariaslan, H. & Erol, C. (2008). Finansal Yönetim Kavramlar, Kurallar ve İlkeler, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Sayılgan, G. (2006). Soru ve Yanıtlarla İşletme Finansmanı, Turhan Kitabevi, 2. Bası, Ankara, Ocak

Tokat, M. (2014). Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi- Önsöz, Ankara: Siyasal Kitabevi.



TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN ÖNEMİ VE DIŞ TİCARET HACMİNDE İLAÇ İTHALATI, İHRACATI ÜZERİNE DETERMİNİSTİK BİR DEĞERLENDİRME

DETAILING THE IMPORTANCE OF HEALTH IN TURKEY AND THE VOLUME OF FOREIGN TRADE ON DRUG IMPORTS, EXPORTS

Dr. Elçin GÜVEN

E.İ. Mali Müşavirlik A.Ş., elcinguven@windowslive.com, orcid.org/0000 0003 09200861

Makale Gönderim -Kabul Tarihi (09.04.2022- 29.04.2022)

Öz

Küreselleşme; ticaret hareketlerinin serbestleşmesi ile başladı. Küreselleşme ile başlayan bu gelişme ilaç sanayi alanındaki teknolojilerinde etkisini arttırarak ekonomik alanlarda gelişmelere sebep olmaktadır. Bu çalışmada amaç, dış ticaret ve ilaç dış ticaret hacmi, geçmişten günümüze ilaç endüstrisi, dünyada ilaç sektörünün incelenerek, Türkiye ihracatı ve ithalatı, Türkiye dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı ve ithalatı ve ilaç dış ticaret hacminin birbirlerini etkileme oranlarını incelemektir. Çalışmamızda veriler İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası'ndan ve Tük'ten toplanmıştır. Jamovi programı kullanarak veriler değerlendirilmiştir. İlk uygulamada, bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, Türkiye dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan İlaç Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 99.5'tir. İkinci uygulamada, bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, ilaç dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan Türkiye Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 94.6'tır. Üçüncü uygulamada, bağımsız değişkenlerin Türkiye ithalatı, Türkiye dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatı, ilaç dış ticaret hacmi, bağımlı değişken olan Türkiye ihracatını etkileme oranı %98.7'dir. Dördüncü uygulamada, bağımsız değişkenlerin Türkiye ihracatı, Türkiye dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatı, ilaç dış ticaret hacmi, bağımlı değişken olan Türkiye ithalatını etkileme oranı %96.6'dır.

Anahtar Kelimeler: Dış Ticaret, Dış Ticaret Hacmi, İlaç Dış Ticaret Hacmi, Türkiye İhracatı, Türkiye İthalatı



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Abstract

Globalization; started with a trade movements. This study, the aim is to examine volume of foreign trade and pharmaceutical trade, pharmaceutical sector in the world, Turkey exports and imports, Turkish foreign trade volume, pharmaceutical exports and imports and pharmaceutical foreign trade volumes. Data in our study was collected from the Pharmaceutical Industry Employers Union and Tük. The data was evaluated using Jamovi program. In the first implementation, rate at which independent variables affect Volume of Foreign Trade on Medicines, which is dependent variable, is 99.5%. In the second application, rate at which independent variables affect Turkish exports, Turkish imports, pharmaceutical foreign trade volume, pharmaceutical exports, pharmaceutical imports, Turkey Foreign Trade Volume, which is the dependent variable, is 94.6%. The findings of the third application are as follows: rate of independent variables on Turkey's imports, Turkey's foreign trade volume, pharmaceutical exports and imports, pharmaceutical foreign trade volume, Turkey's exports which is dependent variable 98.7%. Findings of the fourth application are as follows: The effective ratio of independent variables on Turkey's exports, Turkey's foreign trade volume, pharmaceutical exports and imports, pharmaceutical foreign trade volume Turkey's imports which is dependent variable 96.6%.

Keywords: Foreign Trade, Foreign Trade Volume, Pharmaceutical Foreign Trade Volume, Turkey Exports, Turkey Import

GİRİŞ

1970'lerde imalat sanayinde gelişmekte olan ülkelerin üretim kapasiteleri artmış böylece dış ticaretin ve üretimin yapısı hızla değişmiştir (Elmas Özdağ ve Bodur, 2006, s.67). Yabancı yatırımların ve uluslararası üretimin artmasıyla birlikte, sosyal ve ekonomik hayatta yaşanan gelişmeler ilerleme kaydetmiştir (Acaravcı ve Akyol, 2017, s.18). Yeni dış ticaret teorilerinden olan, Ryczynski'nin ve Heckcher-Ohlin Faktör Donatımı Teorisi'nde, ticaret hadleri ile ilgili yeni geliştirilen teoriler bulunmaktadır (Korkmaz ve Aydın, 2015, s.49-50). Türkiye ilaç endüstrisinde, uluslararası pazarda ihracatın %0.25'ine sahiptir. Bu yüzden rekabet gücü azdır. Türkiye ilaç üretiminde teknolojik altyapısını geliştirmeye devam etmektedir. IMS (Intercontinental Marketing Service) tarafından, Türkiye, Çin, Rusya, Brezilya, Hindistan, Meksika ve Güney Kore gelişmekte olan pazarlar olarak görülmektedir (Demir, 2020, s.511). Bu çalışmada amaç, dış ticaret ve ilaç dış ticaret hacmi, geçmişten günümüze ilaç endüstrisi, dünyada ilaç sektörünün incelenerek, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, Türkiye dış ticaret hacmi, Türkiye ilaç ihracatı, Türkiye ilaç ithalatı ve ilaç dış ticaret hacminin birbirlerini etkileme oranlarını incelemektir. Analiz bölümünde beş uygulama yapılmıştır. Beş uygulamada ayrı ayrı bağımlı değişkenler; ilaç dış ticaret hacmi, Türkiye dış ticaret hacmi, Türkiye ihracatı ve Türkiye ithalatı ele alınmıştır. İlk uygulamada, bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, Türkiye dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan İlaç Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 99.5'tir. İkinci uygulamada, bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, ilaç dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan Türkiye Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 94.6'tir. Üçüncü uygulamada, bağımsız değişkenlerin Türkiye ithalatı -0.9755, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9901, ilaç ihracatı 0.7351, ilaç ithalatı -0.0750, ilaç dış ticaret hacmi -0.3658, bağımlı değişken olan Türkiye ihracatını etkileme oranı %98.7'dir. Dördüncü uygulamada, bağımsız değişkenlerin Türkiye ihracatı -0.9856, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9969, ilaç ihracatı -0.3002, ilaç ithalatı -0.0757, ilaç dış ticaret hacmi -0.0790, bağımlı değişken olan Türkiye ithalatını etkileme oranı %96.6'dır.



Türkiye’de Sağlık ve İlaç

Dünyada ilaç sektöründe ve tıpta yaşanan gelişmelerle birlikte, çocuk ölüm oranları azalmış, doğumdaki yaşam süresi uzamıştır. Dünya çapında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2005 yılında 68 yıl olan doğumdaki yaşam süresi 10 yılda % 5 artarak 2015 yılında 71’e yükselmiştir (On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), 2018, s.2).

Yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve sağlığın korunmasında, ilaç endüstrisi önemli rol oynamaktadır. Sağlıkla ilgili üretim yapan ilaç sektörü, yaşam sürelerinin uzaması, kaliteli yaşam beklentisinin artması, teknolojisinin gelişmesiyle birlikte günümüzde dinamik bir yapıya sahiptir. İlaç sektörünün insan sağlığına yaptığı katkılara ek olarak, nitelikli personelle çalışılması, eczacılık ve tıp alanlarına katkı sağlaması, katma değeri yüksek ürünlerin üretilmesi, Araştırma-Geliştirme (Ar-Ge) harcamalarına yatırımların yapılması bakımından önemli bir sektör olarak değerlendirilmektedir. İnsan hayatındaki öneminden dolayı, ilaç sektörü, çok büyük denetime tabi tutulmaktadır. İlaç sektörü, Türkiye’de, ilk kurulan sektörlerden olması rağmen, ilaçta dışa bağımlılık devam etmektedir. Türkiye, Avrupa’da en ucuz sağlık bakım ve ilaç fiyatlarına sahip ülkelerden biridir. 11 milyar dolarlık değeriyle 2018 yılından itibaren Türkiye, dünyanın en büyük 15. İlaç pazarıdır. Dünyanın önemli ilaç firmaları ve bu firmaların üretim tesisleri ülkemizde faaliyet göstermektedir. İlaç endüstrisi Türkiye’de, bugün, üretim yapan 83 ilaç tesisiyle, 170’ten fazla ülkeye ihracat yapılmaktadır ve 40 bin çalışanıyla faaliyet göstermektedir (Tıraş, 2020, s.43).

Dış Ticaret ve İlaç Dış Ticaret Hacminin Kavramsal Çerçevesi

Osmanlı’da İlk Ticaret Politikaları (1830-1914)

Osmanlı’da dış ticaret, 17.yy ve 18.yy’larda Doğu Akdeniz ve Doğu Avrupa’da yoğundu. Akdeniz limanları, ticaretin okyanuslarla Cebelitarık aracılığıyla Akdeniz’e yönelmesiyle, büyük önem kazanmıştır. Batı Avrupa’ya 17.yy ve 18.yy’da; pamuk, deri, ipek, hububat ihracatı yapılmıştır. Dış ticaret verileri incelendiğinde, Fransa’dan süslü eşyalar, yün, iğne vb., Almanya’dan altın, gümüş, bakır teller, varak, foya, Hollanda’dan madeni paralar, bakkaliye ürünleri, yün kumaşlar, İtalya’dan kumaş, altın, züccaciye ürünleri ithal edilmiştir. Yurtdışı ihracat verileri incelendiğinde; Almanya’ya hayvan derileri, İngiltere’ye tiftik, ipek, pamuk, Venedik’e hayvan ihracatı, Fransa’ya balmumu, kahve, kömür, zeytinyağı, buğday, sinameki ihraç edilmiştir. Akdeniz’de 18.yy’da ticari faaliyetlerde artış görülmüştür. Ticari faaliyetlerde, gemilerle ulaşım daha fazla tercih edilmiştir. Selanik ve İskenderiye ticaretinin% 53’ü, İzmir-İskenderiye ticaretinin % 78’i, Suriye, İskenderiye, Mora limanlarındaki ticari hattın büyük çoğunluğu yabancı tüccarlar tarafından yapılmıştır (Uçar, 2020, s.9-10).

Osmanlı Devleti hükümdarlığı boyunca dünya ticaretinde önemli rol oynamıştır.

Sanayi Devrimi, batıda devam ettiği sürece, Osmanlı’da ticaret devletin kontrolünde kalmıştır. Osmanlı Devleti’nde dış ticaret politikaları, vergi gelirlerini arttırmak, gereksinimleri karşılamak için 19.yy’ın sonlarına kadar devam etmiştir. Dış rekabete karşı yerli üretimi korumak için, 19.yy sonunda ithalattan vergi alınmaya başlanmıştır. İngiltere ve Osmanlı Devleti arasında 1838 yılında imzalanan ticaret anlaşması, Osmanlı’nın dış ticaretinin gelişimine katkı sağlamıştır. İthal ürünlerin, 1886 yılında, vergi oranları % 8, ihracat ürünlerinin vergisinin her yıl % 1 oranında azaltılması kararlaştırılmıştır (Kılınç Savrul vd., 2013, s.57-58).



Osmanlı Devleti 1914 ve 1920 yılları arasında yaşanan savaşlar sebebiyle ekonomik yıkım yaşamıştır. Osmanlı Devleti'nin yıkılıp, Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasıyla birlikte dış ticaret politikaları ile ilgili önemli adımlar atılmıştır.

Türkiye'deki Dış Ticaret Politikaları

1929 yılında yaşanan Dünya Ekonomik Buhranı tüm ülkeleri olumsuz etkilemiştir. 1929 Dünya Ekonomik Buhranından sonra Türkiye'deki dış ticaret politikaları, 1930-1950, 1950-1980, 1980-1990, 1990-2007 dönemleri olarak ele alınmıştır.

1930-1950 Dönemi Dış Ticaret Politikaları

1938, 1947, 1948, 1949, 1950 yıllarında, karma ekonomi politikaları uygulanmıştır. Bu yıllarda Türk dış ticareti açık vermiştir. Ekonomideki gelişmeler 1945-1950 dönemini kapsayan 5 yıllık sürede ilerleme göstermiştir. 1930-1950 döneminde, dış ticaret hacmi, dört kata yakın artış göstermiştir (Özdemir vd., 2016, s.154).

1950-1980 Dönemi Dış Ticaret Politikaları

Çok partili döneme 1950 yılında geçilmesiyle, liberal ekonomi politikasına uygulamaya konulmuştur. Dış ticaret açığı 1952 yılında, 1951 yılına göre 2 kat artmıştır. Bunun sonucunda ithalatta kısıtlama kararı alınmıştır. 1953 yılında serbest ithalat rejimi kaldırılmıştır. 1959 yılında gerçekleşen devalüasyonun sonucunda, ithalat % 49 artış göstermiştir. % 49 artışın en önemli sebebi ithalatla ilgili engellerin azaltılmış olmasıdır. Aynı yıl ekonomik büyüme oranı % 5 artmıştır. 1963-1974 yılları arasında iç piyasada üretimi yeterli seviyeye ulaşan malların ithalatı yasaklanmıştır. 1974 yılında yaşanan petrol krizi nedeniyle, dış ticaret hadleri tersine dönmüştür. İthalatta % 81 artış yaşanmış ve artan maliyetler ekonomiyi olumsuz etkilemiştir. 1955-1979 yılları arasında, ekonomi kötüleşmiş ve dönemin sonunda ihracatın ithalatı karşılama oranı % 36.8 düşmüştür, ekonomi % 2.4 küçülmüştür (Aktaş Şenkardeşler, 2018, s.114-115-116).

1980-1990 Dönemi Dış Ticaret Politikaları

1980'lerdeki dış ticaretle ilgili serbestleşme politikalarının uygulanmasının, ihracatı arttıracığı ve bunun sonucunda ekonomik büyümeyi hızlandıracağı öne sürülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde dış ticaretin 2 rolü vardır. Bunlar;

1-Dış ödeme gücünün sağlanması

2-Uzun vadeli ekonomide kaynak dağılımının pozitif yönde sağlanmasıdır. Kısacası, ekonomiyi güçlendirecek politikaların uygulanmasıdır. 1990'lı yıllardaki dış ticaretle ilgili akademik çalışmalarda da; ekonomik, ticari, siyasi faaliyetlerini serbestleşme politikalarının olumlu yönde etkileyerek ekonomik büyümeyi pozitif yönde etkileyeceği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Aksu, 2014, s.390).

1990-2007 Dönemi Dış Ticaret Politikaları

İhracatta 1991-2006 yılları arasında yıllık ortalama artış % 13'tür. 2001 yılının sonunda, ihracat, 31 milyon dolar, 2006 yılında 85 milyar dolardır. 1991-2006 yılları arasında ihracatın ithalatı karşılama oranı % 60 seviyelerinde olmuş ve bunun sonucunda dış ticaret açığı artmıştır. Dış ticaret açığı, 1993 yılında, 14 milyar dolar seviyesindedir. 1980 yılından sonrası ihracatın ithalatı karşılama oranı % 52'dir. Tüm bu ekonomik ilerlemenin sonucunda iç talepteki genişleme ve TL'nin değerlendirilmiştir. 2007 yılının Ocak ve Ekim ayları arasında, Rusya'dan 18,6 milyar dolarlık ithalat ve 3,8 milyar dolarlık ihracat yapılmıştır. Böylece 14,7 milyar dolarlık açık gerçekleşmiştir. Çin, dış ticaret açığı verdiğimiz ikinci ülkedir ve dış ticaret açığımız 10 milyar dolardır. Çin ve Rusya'nın Ocak-Ekim ayları toplam açığı 24,5 milyon dolardır. Böylece Türkiye'nin dış ticaret açığı % 48,3'ünü oluşturmuştur. 2007 yılında Ocak ve Ekim ayları arasında ihracatın % 56,5'i Avrupa Birliği ülkelerine yapılmıştır. İlk sırada 9,8 milyar dolarla Almanya vardır. Avrupa Birliği ülkelerine, ithalatın % 40,1 yapılmıştır (Sezgin, 2009, s.181-182).

Geçmişten Günümüze İlaç Endüstrisi

20.yy'da ilaç endüstrisinin temelleri, ilaç üretimlerinin laboratuvarlarda yapılmaya başlanmasıyla atılmıştır. 1950'den sonra ilaç endüstrisinde modern ve yerli ilaç kuruluşları yer almaya başlamıştır. 1954 yılında, 6224 sayılı Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu çıkarıldı. 6224 sayılı kanunla birlikte yabancı ilaç kuruluşları Türkiye'deki ilaç pazarında daha çok pay almaya başlamıştır. Antibiyotik ilaçlar ve diğer kullanıma hazır ilaçların üretimine, 1950'den sonra, Türkiye'de hızla ilerlemiştir. 1952 ve 1972 yılları arasında, ilaç ham madde üretimine başlanmıştır ve % 95 oranında yerli ilaç üretimi karşılanmıştır. 1963'te, Japonya, Kuzey Amerika, Avrupa'daki ülkeler haricinde Türkiye ilaç üretim sanayinde tüm ilaç üretimi yapan ülkelerle karşılaştırıldığında ön sıralarda yer almaktadır. 1970 yılından başlayarak 130 civarında yerli ilaç üretim kuruluşu ve 11 civarında yabancı ilaç üretim kuruluşunun ilaç pazarındaki etkileri giderek artmıştır. 1971 yılından itibaren yabancı sermayeye Türkiye ilaç endüstrisinde gerekli ortam sağlanmadığı için ve 1975-1976 yıllarından 1990 yılına kadar hiçbir yabancı yatırımcı bu alanda yatırım yapmamıştır. 4 ülke Türkiye ilaç pazarını terk etmiştir (Durdabak, 2018, s.38-39-40).

Dünyada İlaç Endüstrisi

Küreselleşme, yaşam süresinin uzaması, teknolojideki gelişmeler, hastalıkların artması, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay hale gelmesi, ilaç endüstrisinin gelişmesinde önemli rol oynamaktadır. Küreselleşmenin hız kazanmasıyla birlikte, teknoloji ve bilimde yaşanan gelişmelerle ilaç endüstrisinin gelişimi hız kazanmıştır. Ayrıca nüfusun artmasıyla ilaç endüstrisine talep de artmıştır (Tıraş, 2020, s.44).

Tablo 1: Türkiye İlaç Endüstrisi İhracatı

GTİP	Ürün	Değer(1000 \$)			Değişim(%) (2019-20)	Pay(%) 2020
		2018(\$)	2019(\$)	2020(\$)		
2936	Provitaminler ve Vitaminler	5.885	7.938	14.591	83,81%	0,79%
2937	Hormonlar vb. Hormon Türevleri	173	99	175	77,12%	0,01%
2938	Glikozitler vb. Tuzları, Esterleri, Eterleri ve Türevleri	771	226	1.501	564,24%	0,08%
2939	Bitkisel Alkaloidler vb. Tuzları, Esterleri, Eterleri ve Türevleri	9.545	12.711	7.206	-43,31%	0,39%
2941	Antibiyotikler	6.546	6.676	3.958	-40,72%	0,21%
3001	Tedavide Kullanılan Guddeler ve Diğer Organlar; Heparin	463	744	210	-71,72%	0,01%
3002	Aşı, İnsan ve Hayvan Kanı, Serum, Toksin vb. Ürünler	393.782	440.283	652.439	48,19%	35,27%
3003	Dozsuz olarak Tedavide/Korunmada Kullanılan İlaçlar	9.323	15.375	15.227	-0,96%	0,82%
3004	Dozlandırılmış olarak Tedavide/Korunmada Kullanılan İlaçlar	702.025	905.188	1.076.374	18,91%	58,19%
3005	Veterinerlikte, Tıpta, Cerrahide, Diş Hekimliğinde Kullanılan Pamuk, Sargılar vs	30.853	30.159	35.353	17,22%	1,91%
3006	Tarifenin Başka Yerinde Yer Almayan Eczacılık Eşyası ve Müstahzarları	36.063	38.917	42.623	9,52%	2,30%
Genel Toplam		1.195.429	1.458.316	1.849.658	26,84%	100%

Kaynak: Ticaret Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü. (2021). ticaret.gov.tr , Erişim Tarihi:28.07.2021, s:6

Türkiye ilaç endüstrisinde, ilk sırada yer alan dozlandırılmış tedavide/korunmada kullanılmak üzere hazırlanan ilaçlara 2018'de 702.025, 2019'da 905.188, 2020'de 1.076.374 \$ ihracat yapılmıştır.

Tablo 2: Türkiye İlaç Endüstrisi İthalatı

GTİP	Ürün	Değer(1000 \$)			Değişim(%) (2019-20)	Pay(%) 2020
		2018(\$)	2019(\$)	2020(\$)		
2936	Provitaminler ve Vitaminler	101.180	109.372	119.368	9,14%	2,23%
2937	Hormonlar vb. Hormon Türevler	28.921	30.500	38.311	25,61%	0,72%
2939	Bitkisel Alkaloidler vb. Tuzları, Esterleri, Eterleri ve Diğer Türevleri	46.859	42.155	40.711	-3,42%	0,76%
2938	Glikozitler vb.Tuzları, Esterleri, Eterleri ve Diğer Türevleri	9.929	16.235	15.148	-6,70%	0,28%
2941	Antibiyotikler	149.834	189.229	183.980	-2,77%	3,44%
3001	Tedavide Kullanılan Guddeler ve Diğer Organlar; Heparin	30.449	72.166	107.889	49,50%	2,01%
3002	İnsan ve Hayvan Kanı, Serum, Aşı, Toksin vb. Ürünler	1.431.158	1.995.011	2.150.561	7,80%	40,16%
3003	Dozsuz olarak Tedavide/Korunmada Kullanılan İlaçlar	119.208	126.656	146.151	15,39%	2,73%
3004	Dozlandırılmış olarak Tedavide/Korunmada Kullanılan İlaçlar	2.717.837	2.572.803	2.422.039	-5,86%	45,23%
3005	Veterinerlikte, Tıpta, Cerrahide, Diş Hekimliğinde Kullanılan Pamuk, Sargılar vs	23.460	19.129	23.479	22,74%	0,44%
3006	Tarifenin Başka Yerinde Yer Almayan Eczacılık Eşyası ve Müstahzarları	126.983	125.547	106.901	-14,85%	2%
Genel Toplam		4.785.818	5.298.802	5.354.537	1,05%	100%

Kaynak: Ticaret Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü. (2021). ticaret.gov.tr , Erişim Tarihi:28.07.2021, s:7-8

Türkiye ilaç endüstrisi ithalatında, ilk sırada yer alan dozlandırılmış tedavide/korunmada kullanılmak üzere hazırlanan ilaçlara 2018'de 2.717.837 \$, 2019'da 2.572.803 \$, 2020'de 2.422.039 \$'la ilk sırada yer almaktadır.

Dünya ilaç pazarında yer alan ilk 20 ülkenin 2008, 2013, 2018 yıllarında ilk sırasında Amerika yer almaktadır. 2.sırada 2008 yılında Japonya, 2013 ve 2018 yılında Çin, 3. Sırada 2008 yılında Çin, 2013 ve 2018 yıllarında Japonya, 4.sırada 2008'de Fransa, 2013 ve 2018'de Almanya, 5.sırada 2008'de Almanya, 2013'te Fransa, 2018'de Brezilya bulunmaktadır. Dünya ilaç pazarında yer

alan ilk 20 ülkenin arasında Türkiye, 16.sırada yer almaktadır (İlaç Ar-Ge Ekosistemi Raporu, 2015, s.22).

Tablo 3: Türkiye İlaç Endüstrisi İhracatı

Ülkeler	Değer (1.000 \$)			Değişim (%) (2019-20)	Pay (%) 2020
	2018 (\$)	2019 (\$)	2020 (\$)		
1 G. Kore	354.084	396.700	615.827	55,24%	19,96%
2 Irak	55.956	76.731	94.806	23,56%	0,09%
3 Kazakistan	6.047	50.783	66.166	30,29%	0,06%
4 Azerbaycan	30.873	37.984	65.277	71,85%	0,05%
5 Özbekistan	9.494	18.616	57.729	210,10%	0,05%
6 Gürcistan	18.713	76.917	49.163	-36,08%	0,05%
7 İran	27.459	31.704	40.095	26,47%	0,04%
8 İsviçre	44.225	36.599	39.245	7,23%	0,03%
9 Bulgaristan	13.669	11.377	34.788	205,79%	0,03%
10 Polonya	18.615	23.943	33.163	38,51%	0,03%
11 K.K.T.C	29.931	36.414	32.674	-10,27%	0,02%
12 Slovenya	32.559	30.675	31.536	2,81%	0,02%
13 Almanya	25.699	30.797	29.506	-4,19%	0,02%
14 Suriye	18.392	26.010	29.308	12,68%	0,01%
15 Arnavutluk	18.330	17.921	25.128	40,22%	1,64%
Liste Toplamı	704.046	903.170	1.244.413	37,78%	67,28%
Genel Toplam	1.195.429	1.458.316	1.849.658	26,84%	100,00%

Kaynak: Ticaret Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü. (2021). ticaret.gov.tr , Erişim Tarihi:28.07.2021,s:6-7

Ülkelere göre Türkiye İlaç Endüstrisi İhracatında Güney Kore ilk sırada yer almaktadır. Irak 2., Kazakistan 3. Sıradadır. İhracat oranının artması için Ar-Ge çalışmalarının yapılması ve yeni ilaç tesislerinin kurulması gerekmektedir

Tablo 4: Türkiye İlaç Endüstrisi İthalatı

Ülkeler	Değer (1.000 \$)			Değişim (%) (2019-20)	Pay (%) 2020
	2018	2019 (\$)	2020 (\$)		
1-Almanya	876.896	1.186.272	1.104.577	-6,89%	20,63%
2-ABD	385.391	414.469	599.101	44,55%	11,19%
3-G. Kore	559.288	637.911	541.528	-15,11%	10,11%
4-İtalya	325.566	376.263	373.771	-0,66%	6,98%
5-Fransa	213.638	242.534	359.584	48,26%	6,72%
6-İsviçre	376.338	348.090	334.930	-3,78%	6,26%
7-İrlanda	292.305	277.183	334.366	20,63%	6,24%
8-Çin	311.334	388.078	281.935	-27,35%	5,27%
9-Danimarka	284.287	185.796	176.562	-4,97%	3,30%
10-İngiltere	137.829	161.901	157.755	-2,56%	2,95%

11-Belçika	148.436	156.786	154.919	-1,19%	2,89%
12-Hindistan	146.550	128.897	135.343	5,00%	2,53%
13-İspanya	71.109	82.460	92.010	11,58%	1,72%
14-İsveç	77.466	86.346	90.887	5,26%	1,70%
15-Brezilya	85.753	97.824	84.306	-13,82%	1,57%
Liste Toplamı	4.292.186	4.770.809	4.821.575	1,06%	90,05%
Genel Toplam	4.763.026	5.298.802	5.354.537	1,05%	100,00%

Kaynak: Ticaret Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü. (2021). ticaret.gov.tr , Erişim Tarihi:28.07.2021, s:8

Ülkelere göre Türkiye ilaç endüstrisi ithalatı Almanya 2018’de 876.896 \$, 2019’da 1.186.272 \$, 2020’de 1.104.577 \$ ilk sırada yer almaktadır.

Başlıca Dünya ilaç ve eczacılık ürünleri ithalatçısı ülkelerde, Amerika’da 2017’de 100.405.056(Değer 1000\$), 2018’de 120.228.788(Değer 1000\$), 2019’de 134.954.506(Değer 1000\$), Almanya 2017’de 53.806.869(Değer 1000\$), 2018’de 58.322.739(Değer 1000\$), 2019’da 58.950.924(Değer 1000\$), Belçika’da 2017’de 36.990.561(Değer 1000\$), 2018’de 42.732.579(Değer 1000\$), 2019’da 47.562.475(Değer 1000\$), Çin’de 2017’de 26.680.539(Değer 1000\$), 2018’de 29.575.873(Değer 1000\$), 2019’da 35.720.117(Değer 1000\$), İsviçre’de 2017’de 30.132.041(Değer 1000\$), 2018’de 31.365.576(Değer 1000\$), 2019’da 32.508.664(Değer 1000\$), Türkiye’de 2017’de 4.785.818(Değer 1000\$), 2018’de 4.763.026(Değer 1000\$), 2019’da 5.146.656(Değer 1000\$) ithalat yapmışlardır (Ticaret Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü, 2021, s.3).

Yöntem (Jamovi)

Çalışmamızda veriler İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası’ndan toplanmıştır. Çalışmada 2.cil veriler kullanıldığı için etik kurul onayı gerekmemektedir. Jamovi programı kullanarak veriler değerlendirilmiştir.

Çoklu regresyon analizi için geliştirilen modeller, daha fazla terim içermeleri dışında basit lineer regresyon modellerine benzemektedirler ve düz bir doğrudan daha karmaşık ilişkileri incelemek için kullanılabilirler. Örneğin, veri işleme (data-procesing) işini yerine getirmek için ihtiyaç duyulan ortalama zaman $E(y)$ ’ nin bilgisayar kullanımı arttıkça arttığını ve ilişkinin eğri-doğrusal olduğunu düşündüğümüzü varsayalım. Deterministik unsuru modellemek için, düz-doğru modeli,

$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1$ kullanma yerine aşağıdaki quadratik modeli kullanılabilir (Jamovi Project, 2020).

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_1^2$$

Burada X_1 bilgisayar kullanımını ölçen bir değişkendir. Sıkça ikinci sıradan model olarak atfedilen quadratik model parabol olarak grafik verir ve düz-doğru veya birinci sıradan modelin aksine, ilişkideki eğrilğe izin vermektedir. Buna ilaveten, eğer işi yerine getirmek için ihtiyaç duyulan zamanın işin büyüklüğü X_2 ile de ilişkili olduğunu düşünüyorsak, modele X_2 ’ yi dahil ederiz. X_1 ve X_2 ’ nin bir fonksiyonu olarak $E(y)$ ’ nin grafiği (x_1, x_2) düzlemi üzerinde bir yüzeyi (cevap yüzeyi olarak adlandırılır) andırır (Jamovi Project, 2020).

Örneğin, birinci-dereceden model

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$$

(x_1, x_2) -düzlemi üzerinde düz bir yüzeyi andırmaktadır. Örneğimiz için (ve birçok gerçek yaşam uygulamaları için), cevap yüzeyinde eğim olmasını beklenir ve ilişkinin modelini oluşturmak için ikinci-sıradan bir model kullanılır (Jamovi Project, 2020).

$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_1 X_2 + \beta_4 X_1^2 + \beta_5 X_2^2$. Şimdiye kadar yazılan bütün modeller genel lineer modeller olarak isimlendirilmektedir, çünkü $E(y)$ bilinmeyen parametrelerin $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots$ lineer bir fonksiyonudur. Aşağıdaki model lineer değildir.

$$E(y) = \beta_0 e^{-\beta_1 x}$$

Çünkü $E(y)$, bilinmeyen model parametreleri β_0 ve β_1 'in lineer bir fonksiyonu değildir.

Bilgisayar kullanımı (X_1) ve işin büyüklüğünü (X_2) ölçen bağımsız değişkenlerin her ikisi de kantitatif değişkenlerdir. Yani, ölçümlerin miktar veya niceliğini ölçerler. Örneğin, bir işin yapılması için ihtiyaç duyulan ortalama zaman uzunluğunun işin yapıldığı haftanın günü ile ilişkili olduğunu varsayıldığında, kalitatif bağımsız değişken, haftanın günü, yapay (veya index) değişkenler kullanılarak modele dahil edilebilir. Modeldeki diğer terimleri (kantitatif bağımsız değişkenlere karşılık gelenleri) ihmal ederek, aşağıdaki modeli yazılmaktadır (Jamovi Project, 2020).

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6$$

Bulgular

Analiz bölümünde 4 uygulama yapılmıştır. İki uygulamada ayrı ayrı bağımlı değişkenler; ilaç dış ticaret hacmi, Türkiye dış ticaret hacmi, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı ele alınmıştır. Bu analizin yapılabilmesi için İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikasının verilerinden faydalanılarak incelemeye alınan en son ve güncel veriye sahip yıl olan 2017, 2018, 2019 Eylül ayına kadar olan veriler alınmıştır.

Tablo 5: Model Coefficients - İlaç Dış Ticaret Hacmi (İlaç Dış Ticaret Hacmi Bağımlı Değişken Olduğunda)

Predictor	Estimate	SE	95% Confidence Interval		t	p
			Lower	Upper		
Intercept	40.11572	48.10010	-58.5775	138.8090	0.834	0.412
Türkiye İhracatı	-0.04621	0.06782	-0.1854	0.0929	-0.681	0.501
Türkiye İthalatı	-0.00988	0.06802	-0.1495	0.1297	-0.145	0.886
Türkiye Dış Ticaret Hacmi	0.03409	0.06782	-0.1051	0.1732	0.503	0.619
İlaç İhracatı	2.25795	0.29845	1.6456	2.8703	7.566	<.001
İlaç İthalatı	-0.01165	0.00615	-0.0243	9.59e-4	-1.896	0.069

Tablo 6: Model Fit Measures

Model	R	R ²	AIC	BIC
1	0.998	0.995	421	432

$$Y = 40.11572 - 0.04621X_1 - 0.00988X_2 + 0.03409X_3 + 2.25795X_4 - 0.01165X_5$$

$$R^2 = 0,995$$

$$Y = \text{İlaç Dış Ticaret Hacmi}$$

$$X_1 = \text{Türkiye İhracatı}$$

$$X_2 = \text{Türkiye İthalatı}$$

$$X_3 = \text{Türkiye Dış Ticaret Hacmi}$$

$$X_4 = \text{İlaç İhracatı}$$

$$X_5 = \text{İlaç İthalatı}$$

Bağımlı değişken olan ilaç dış ticaret hacmini, Türkiye ihracatı -0.04621, Türkiye ithalatı -0.00988, Türkiye dış ticaret hacmi + 0.03409, ilaç ihracatı +2.25795, ilaç ithalatı -0.01165 oranlarında etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, Türkiye dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan İlaç Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 99.5'tir.

Tablo 7: Model Coefficients - Türkiye Dış Ticaret Hacmi (Türkiye Dış Ticaret Hacmi Bağımlı Değişken Olduğunda)

Predictor	Estimate	SE	95% Confidence Interval		t	p
			Lower	Upper		
Intercept	-2.6634	137.5899	-284.9746	279.6478	-0.0194	0.985
Türkiye İhracatı	0.9977	0.0213	0.9539	1.0414	46.7997	<.001
Türkiye İthalatı	0.9943	0.0181	0.9572	1.0313	55.0156	<.001
İlaç İhracatı	-0.2483	1.4881	-3.3017	2.8051	-0.1668	0.869
İlaç İthalatı	0.0761	0.0113	0.0530	0.0992	6.7615	<.001
İlaç Dış Ticaret Hacmi	0.2719	0.5410	-0.8382	1.3820	0.5026	0.619

Tablo 8: Model Fit Measures

Model	R	R ²	AIC	BIC
1		0,946	490	500

$$R^2 = 0,946$$

$$Y = -2.6634 + 0.9977X_1 + 0.9943X_2 - 0.2483X_3 + 0.0761X_4 + 0.2719X_5$$

Y=Türkiye Dış Ticaret Hacmi

X₁= Türkiye İhracatı

X₂= Türkiye İthalatı

X₃= İlaç İhracatı

X₄= İlaç İthalatı

X₅= İlaç Dış Ticaret Hacmi

Bağımlı değişken olan ilaç dış ticaret hacmini, Türkiye ihracatı 0.9977, Türkiye ithalatı +0.9943, Türkiye dış ticaret hacmi -0.2483, ilaç ihracatı +0.0761, ilaç ithalatı +0.2719 oranlarında etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, ilaç dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan Türkiye Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 94.6'tır.

Tablo 9: Model Coefficients - Türkiye İhracatı (Türkiye İhracatı Bağımlı Değişken Olduğunda)

Predictor	Estimate	SE	95% Confidence Interval		t	p
			Lower	Upper		
Intercept	0.0260	137.0671	-281.2125	281.2645	1.90e-4	1.000
Türkiye İthalatı	-0.9755	0.0376	-1.0526	-0.8984	25.958	< .001
Türkiye Dış Ticaret Hacmi	0.9901	0.0212	0.9467	1.0335	46.800	< .001
İlaç İhracatı	0.7351	1.4765	-2.2944	3.7645	0.498	0.623
İlaç İthalatı	-0.0750	0.0114	-0.0984	-0.0515	-6.563	< .001
İlaç Dış Ticaret Hacmi	-0.3658	0.5369	-1.4674	0.7358	-0.681	0.501

Tablo 10: Model Fit Measures

Model	R	R ²	AIC	BIC
1	0,987	0,987	490	500

$$R^2 = 0,987$$

$$Y = \text{Türkiye İhracatı} = 0.0260 - 0.9755X_1 + 0.9901X_2 + 0.7351X_3 - 0.0750X_4 - 0.3658X_5$$

$X_1 = \text{Türkiye İthalatı}$
 $X_2 = \text{Türkiye Dış Ticaret Hacmi}$
 $X_3 = \text{İlaç İhracatı}$
 $X_4 = \text{İlaç İthalatı}$
 $X_5 = \text{İlaç Dış Ticaret Hacmi}$

Bağımlı değişken olan Türkiye ihracatını, Türkiye ithalatı -0.9755, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9901, ilaç ihracatı 0.7351, ilaç ithalatı -0.0750, ilaç dış ticaret hacmi -0.3658 oranlarında etkilediği görülmektedir.

Bağımsız değişkenlerin Türkiye ithalatı -0.9755, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9901, ilaç ihracatı 0.7351, ilaç ithalatı -0.0750, ilaç dış ticaret hacmi -0.3658, bağımlı değişken olan Türkiye ihracatını etkileme oranı %98.7'dir.

Tablo 11: Model Coefficients - Türkiye İthalatı (Türkiye İthalatı Bağımlı Değişken Olduğunda)

Predictor	Estimate	SE	95% Confidence Interval		t	p
			Lower	Upper		
Intercept	2.9992	137.7701	279.6817	285.6800	0.0218	0.983
Türkiye İhracatı	-0.9856	0.0380	-1.0635	-0.9077	25.9578	< .001
Türkiye Dış Ticaret Hacmi	0.9969	0.0181	0.9597	1.0341	55.0156	< .001
İlaç İhracatı	-0.3002	1.4897	-3.3569	2.7564	-0.2015	0.842
İlaç İthalatı	-0.0757	0.0114	-0.0991	-0.0522	-6.6270	< .001
İlaç Dış Ticaret Hacmi	-0.0790	0.5440	-1.1953	1.0373	-0.1453	0.886

Tablo 12: Model Fit Measures

Model	R	R ²	AIC	BIC
1		0,966	490	500

$$R^2 = 0,966$$

$$Y = \text{Türkiye İthalatı} \quad Y = 2.9992 - 0.9856X_1 + 0.9969X_2 - 0.3002X_3 - 0.0757X_4 - 0.0790X_5$$

X₁= Türkiye İhracatı

X₂=Türkiye Dış Ticaret Hacmi

X₃=İlaç İhracatı

X₄= İlaç İthalatı

X₅= İlaç Dış Ticaret Hacmi

Bağımlı değişken olan Türkiye ithalatı, Türkiye ihracatı -0.9856, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9969, ilaç ihracatı -0.3002, ilaç ithalatı -0.0757, ilaç dış ticaret hacmi -0.0790 oranlarında etkilediği görülmektedir.

Bağımsız değişkenlerin Türkiye ihracatı -0.9856, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9969, ilaç ihracatı -0.3002, ilaç ithalatı -0.0757, ilaç dış ticaret hacmi -0.0790, bağımlı değişken olan Türkiye ithalatını etkileme oranı %96,6'dır.

SONUÇ

Dünyada ve Türkiye'de ilaç sektörünün stratejik ve ekonomik yönden önemi büyüktür. Günümüzde devam eden Covid-19 salgını ilaç sektörünün önemini bir kez daha ortaya koymuştur. Türkiye'de ilaç endüstrisini öncelikle bölgesel daha sonra küresel ilaç üretim merkezi durumuna



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

getirmek için üretim kapasitesi ve teknolojilerinin etkin şekilde kullanılması gerekmektedir. Türkiye’de kamu harcamalarının artmasıyla birlikte, nüfusun hızla artması, demografik yapının değişmesi, yaşam sürelerinin uzaması, sağlık turizmine talebin artmasının sonucunda ilaç sektöründe büyüme olacaktır. Bu nedenlerden dolayı, gelecek yıllarda, ülkemizde sağlık sektörüne ve ilaca duyulan talep artacak ve yatırımlar çoğalacaktır. Türkiye’de ilaç sektöründe harcamaların ve Ar-Ge çalışmalarının artırılması, ilaçların etken maddelerinin üretiminin artırılarak ithalatın azaltılması, yerli üretimin teşvik edilmesi ve yeni ilaçların geliştirilmesi, üretiminde ileri teknoloji gerektiren ilaç çeşitlerinde dışa bağımlılığın azaltılması, devletin ilaç firmalarına destek sağlaması ile ilaç sektörünün gelişimi hız kazanacak aynı zamanda ilaç ihracatının artmasıyla, dış ticaret açıklarının kapatılmasını sağlayacaktır (Tıraş, 2020, s.57-58).

Sağlıklı toplumun en önemli hedeflerinden biri ilaçların doğru şekilde ve zamanında kullanılmasıdır. Ülkelerin ekonomik büyüklüğü ve toplumların sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi sağlamak devletin sosyal sorumluluğudur. Gelişmekte olan ülkelerin, gelişmiş ülkelere göre sağlığa ayrılan kaynaklar ve yapılan harcamalar daha az olduğu için ilaç kullanımı ile ilgili farkındalık ve bilgi oranı düşüktür. Biyoteknoloji sayesinde ilaçlarla ilgili ar-ge çalışmaları hızlanmıştır. Fakat yaşam sürelerinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıklarda artışlar görülmektedir. Kronik hastalıkların ve kanser oranlarının artması sonucunda günümüzde devrim yaratabilecek biyoteknolojik ilaç araştırmaları ağırlık kazanmıştır. Araştırma ve geliştirme alanı ve olanakları en yüksek sektör, ilaç sektörüdür. İlaç sektöründe küresel bazda rekabet gün geçtikçe artmaktadır. Ar-ge, ilaç sektöründe diğer sektörlerle göre farklıdır. İlaç sektöründe ar-ge klinik araştırma ve temel araştırma olarak ayrılmaktadır. Ayrıca insan ve hayvan katılımlı deneyler yapılmaktadır. Bugün yeni moleküllerin keşfi ve ilaca dönüştürülüp piyasaya sunulması 10 yılı bulmaktadır (Kayserili ve Kıyak, 2019, s.240). Makalede beş uygulama yapılmıştır. Bağımlı değişken olan ilaç dış ticaret hacmini, Türkiye ihracatı -0.04621, Türkiye ithalatı -0.00988, Türkiye dış ticaret hacmi + 0.03409, ilaç ihracatı +2.25795, ilaç ithalatı -0.01165 oranlarında etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, Türkiye dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan İlaç Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 99.5’tir. Bağımlı değişken olan ilaç dış ticaret hacmini, Türkiye ihracatı 0.9977, Türkiye ithalatı +0.9943, Türkiye dış ticaret hacmi -0.2483, ilaç ihracatı +0.0761, ilaç ithalatı +0.2719 oranlarında etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin, Türkiye ihracatı, Türkiye ithalatı, ilaç dış ticaret hacmi, ilaç ihracatı, ilaç ithalatının, bağımlı değişken olan Türkiye Dış Ticaret Hacmini etkileme oranı % 94.6’tir. Bağımlı değişken olan Türkiye ihracatını, Türkiye ithalatı -0.9755, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9901, ilaç ihracatı 0.7351, ilaç ithalatı -0.0750, ilaç dış ticaret hacmi -0.3658 oranlarında etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin Türkiye ithalatı -0.9755, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9901, ilaç ihracatı 0.7351, ilaç ithalatı -0.0750, ilaç dış ticaret hacmi -0.3658, bağımlı değişken olan Türkiye ihracatını etkileme oranı %98.7’dir. Bağımlı değişken olan Türkiye ithalatı, Türkiye ihracatı -0.9856, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9969, ilaç ihracatı -0.3002, ilaç ithalatı -0.0757, ilaç dış ticaret hacmi -0.0790 oranlarında etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin Türkiye ihracatı -0.9856, Türkiye dış ticaret hacmi 0.9969, ilaç ihracatı -0.3002, ilaç ithalatı -0.0757, ilaç dış ticaret hacmi -0.0790, bağımlı değişken olan Türkiye ithalatını etkileme oranı %96.6’dır. Ülkelere göre ilaç endüstrisi Türkiye ihracatı Güney Kore’ye, ülkelere göre ilaç endüstrisi ithalatımız Almanya’ya, başlıca dünya ilaç ve eczacılık ürünleri ithalatçısı ülkelere Amerika ilk sırada yer almaktadır. Başlıca dünya ilaç ve eczacılık ürünleri ithalatçısı ülkelere Türkiye 22. Sırada yer almaktadır. Türkiye’de sağlık harcamalarına ek olarak, ilaç harcamalarına ayrılan pay genişletilerek, biyoteknolojik ve nanoteknolojik ilaç endüstrisine yatırım yapılmalı, bu alanda çalışacak iş gücü istihdam edilmelidir.



YAZARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci %100 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Acaravcı, A. ve Akyol, M. (2017). Türkiye’de Doğrudan Yabancı Yatırımlar, Dış Ticaret ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 3(1), 17-33.
- Aksu, L. (2014). Türkiye’de 1960-2009 Yıllarını Kapsayan Dış Ticaret Politikalarının İktisadi Büyüme Üzerindeki Etkilerinin Ekonometrik Analizi. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 375-426.
- Aktaş, N. ve Adıgüzel, M. (2017). Türkiye’nin Dış Ticaret Sistemi ve Sorunları. Dış Ticaret Enstitüsü Working Paper Series Tartışma Metinleri, *İstanbul Ticaret Üniversitesi*.
- Aktaş Şenkardeşler, R. (2018). Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’nin Dış Ticaret ve Ekonomik Büyüme İlişkisi Üzerine Nedensellik Analizi. *Journal of Accounting, Finance and Auditing Studies*, (4:1),108-129.
- Demir, A.M. (2020). Türkiye’nin Farmakoloji Sanayindeki Mukayeseli Üstünlüğünün Sektörün İhracatı Üzerine Etkisi: Zaman Serisi Analizi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(20),509-530.
- Durdabak, B. (2018). Türkiye’deki Yerli Sermayeli İlaç Firmaları ile Yabancı Sermayeli İlaç Firmalarının Yönetimsel Farklılıklarının İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İstanbul*.
- Elmas Özağ F. ve Bodur, A. (2006). Türkiye’de Dış Ticaretin Yapısını Belirleyen Faktörler. *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi* 3(1), 67-76.
- İlaç Ar-Ge Ekosistemi Raporu. (2015). 1430228364-4.İlaç_ARGE_Ekosistemi_Raporu.pdf (tepav.org.tr).
- Kayserili, A. ve Kıyak, M. (2019). İlaç Sektöründe Ar-ge Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Ecz. Fak. Dergisi*, 43(3), 239-258.
- Kılınç Savrul, B., Özel, H. A. ve Kılıç C. (2013). Osmanlı’nın Son Döneminden Günümüze Türkiye’de Dış Ticaretin Gelişimi. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, (8:1), 55-78.
- Korkmaz, S. ve Aydın, A. (2015). Türkiye’de Dış Ticaret - Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Analizi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 10(3), 47-76.
- Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu Raporu, On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023), Kalkınma Bakanlığı, 2018.
- Özdemir, Ü., Yiğit, G. ve Oral, M. (2016). Cumhuriyetten Günümüze Ekonomi Politikaları Bağlamında Türk Dış Ticaretinin Gelişimi, *Doğu Coğrafya Dergisi*, 21(35), 149-174.
- Sezgin, Ş. (2009). Türkiye’de 1990-2006 Yılları Arasında Dış Ticaret - Ekonomik Büyüme İlişkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı:22, 175-190.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, İstatistikler. Erişim Tarihi: 01.10.2022



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Tıraş, H. (2020). Türkiye’de İlaç Sektörünün Gelişimi; Bir Durum Değerlendirmesi. *Journal of Economics and Research*, 1(1), 42-59.

The Jamovi Project. (2020). *jamovi* (Version 1.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

Ticaret Bakanlığı. (2021). İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü. ticaret.gov.tr , Erişim Tarihi:28.07.2021

Uçar, K. (2020). Osmanlı’dan Cumhuriyete Dış Ticaretin Gelişimi. researchgate.net, Erişim Tarihi:28.07.2021



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2022; 8(1):112-124 (Derleme makale)

KALİTE KONTROL ÇEMBERİ ÜZERİNE KAVRAMSAL BİR ÇERÇEVE VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE UYGULAMALARI A CONCEPTUAL FRAMEWORK ON QUALITY CONTROL CIRCLE AND ITS APPLICATIONS IN HEALTHCARE

Öğr. Gör. Tuğçe Nuriye ÜNLÜ

Biruni Üniversitesi, tsanci@biruni.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6730-2586

Öğr. Gör. Esra SEVİMLİ

İstanbul Arel Üniversitesi, esrasevimli@arel.edu.tr, orcid.org/0000-0001-7119-0882

Öğr. Gör. Duygu DENİZ

İstanbul Arel Üniversitesi, duygudeniz@arel.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5754-9916

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (05.01.2022-20.04.2022)

Öz

Kalite Kontrol Çemberi, çalışanların çalışma ve performans motivasyonunu arttırmak ve karar verme sürecine katılmaları için etkili bir araçtır. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmak, çalışanları karar verme sürecine katmak, çalışanların performansı arttırmak, hata oranını azaltmak gibi süreçleri yönetebilmek için ekip çalışması önemlidir. Bu derleme sağlık hizmetlerinde kalite kontrol çemberlerinin kullanımı ve yararına yönelik kavramsal bir literatür araştırması amacıyla yapılmıştır. Kalite kontrol çemberleri faydaları ve yapısı hakkında kavramsal çerçeveye ek olarak, sağlık hizmetlerinde uygulamalara ilişkin literatür örnekleri verilerek çemberlerin önemi vurgulanmıştır. Kalite kontrol çemberleri kaliteyi, çalışan performansını ve iş doyumunu arttırmaya yönelik etkili bir araç olarak kullanılabilir. Sağlık hizmetlerinde hasta merkezli bakım ve hasta güvenliğini desteklediği için iyileştirilmiş sonuçların kolaylaştırılması için güçlü bir teknik olabileceğini düşündürmektedir. Kalite kontrol çemberleri, maliyetleri ve hata azaltma, iş kalitesini, hasta memnuniyetini ve ekonomik performansı iyileştirme açısından performans göstergelerini iyileştiren bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Kalite Yönetimi, Kalite Kontrol Çemberleri, Kalite Ekipleri

Abstract

The Quality Control Circle is an effective tool to increase the motivation of employees to work and performance and to participate in the decision-making process. Teamwork is important in order to manage processes such as increasing the quality of health services, involving the employees in the decision-making process, increasing the performance of the employees and reducing the error rate. This

112

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(ÜNLÜ, N.T. / SEVİMLİ E. / DENİZ, D.)

review was made for the purpose of a conceptual literature search on the use and benefit of quality control circles in health services. In addition to the conceptual framework about the benefits and structure of quality control circles, the importance of circles is emphasized by giving examples of literature on practices in health care. Quality control circles can be used as an effective tool to increase quality, employee performance and job satisfaction. It suggests that it can be a powerful technique for facilitating improved outcomes as it supports patient-centered care and patient safety in healthcare. Quality control circles are a technique that improves performance indicators in terms of reducing costs and error, improving job quality, patient satisfaction, and economic performance.

Keywords: Health Services, Quality management, Quality Control Circles, Quality Teams

GİRİŞ

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) yaklaşımı müşterinin (iç ve dış) ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması, sürekli iyileştirme, sorun önleme, kaliteyi artırmak için çalışanların eğitimi ve ekip çalışmasının sağlanması yani sadece kurumun sonuçlarının kalitesine değil aynı zamanda çalışanların kalitesine de odaklanmaktadır (Khawka, 2016).

TKY'nin temel felsefesinde, kalitenin sağlanabilmesi için yapılacak çalışmalardan biride çalışanlarında süreçlere dâhil edilmesidir. Çalışanların iş süreçlerini iyileştirmek, örtük bilgilerini kullanmaya teşvik etmek ve çalışanları güçlendirmek için ekip çalışması önemli enstrümandır. TKY bağlamında ekip çalışması, çalışma ekiplerinin bilgi paylaşımını, problem çözmeyi kolaylaştırdığı ve kalite performansının yönetilmesinde çalışan sorumluluğunu geliştirdiği belirtilmektedir. Ekip çalışmasının çalışanlar ve yönetim arasındaki iletişimi teşvik ettiği ve kurumsal kalite misyonunun yaygınlaştırılmasını sağladığı görülmektedir (Cooney & Sohal, 2004).

Ekipler, ortak ve değerli hedefe bağlı olarak birbirine bağımlı ve dinamik bir şekilde etkileşime giren iki veya daha fazla kişinin bir arada çalıştığı karmaşık, sosyal ve dinamik bir varlığı olarak tanımlanabilir. Ekipler; hedeflere ulaşmak, kararlar vermek, iş akışı ve sonuçlara ilişkin karşılıklı bağımlılıklar sergilemek için görevleri, rolleri ve sorumlulukları koordine eden daha büyük bir organizasyon sisteminin parçalarıdır (Khawka, 2016).

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması, sağlık profesyonellerinin hastanın koşullarını değerlendirmek ve buna göre uygun sağlık hizmeti sunmak için bir araya geldiği hastalara sağlık hizmeti sunmada kritik bir rol oynar. Sağlık kuruluşları, tüm kritik ve kritik olmayan vakaları barındıracak şekilde tasarlanmıştır, bu nedenle işlerinin verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak ve hasta ile personel memnuniyetini sağlamak için kalifiye personel bulundurmaya çok önemlidir. Ekip çalışması odaklı kültürün sağlık bakım süreçlerinin iyileştirilmesinde umut verici bir yaklaşım olduğu öne sürülmüştür. Örneğin, yoğun bakım personeli üzerine yapılan bir çalışmada, ekip gelişimi için raporlar oluşturan disiplinler arası ekiplerin daha düşük hasta ölüm oranlarına sahip olduğunu göstermiştir. Brewer, "grup tipi hastane kültürünün" daha az hasta düşmesine neden olduğunu savunmuş ve Morey ve ark., daha yüksek ekip çalışmasının daha az hataya yol açtığını belirtmişlerdir (Khawka, 2016).

Sağlık hizmetlerinde ekip çalışması, işbirliği ve koordinasyon kültürünün geliştirilme, mesleki öğrenmeyi teşvik etme, yeni çalışma ilişkilerini destekleme ve hasta bakımını geliştirme gibi birçok yarar sağlamaktadır (Kydonas v.d, 2010).

Kaliteyi arttırmak, çalışanları karar verme sürecine katmak, çalışanların performansı artırmak ve organizasyonel başarıyı artırmak için ekip çalışması desteklemek için Kalite Kontrol Çemberleri

kullanılacak araçlardan biridir. Kalite Kontrol Çemberleri işle ilgili sorunları tespit etmek ve bu sorunların çözümlerini bulmak için düzenli olarak toplanan küçük çalışan gruplarıdır (Rath & Mohanty, 2018).

Bu derleme sağlık hizmetlerinde kalite kontrol çemberlerinin kullanımı ve yararına yönelik kavramsal bir literatür araştırması amacıyla yapılmıştır. Birinci bölümde, kalite kontrol çemberleri hedefleri, faydaları ve yapısı hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde, sağlık hizmetlerinde kalite kontrol çemberleri kullanımı ilişkin literatür örnekleri vermiştir. Çalışma derleme niteliğinde hazırlandığı için etik kurul raporu gerektirmemektedir.

1. Kalite Kontrol Çemberi Metodolojisi

W.E Deming, sadece yöneticilerin sorunları çözebileceği klasik eylemin yanlış olduğunu vurgulayan ilk yazar olmuş ve kalite kontrol çemberleri olarak adlandırılan sorunların nitel bir analizi olan başka bir çalışma şekli önermiştir. Kalite kontrol çemberlerinin daha da geliştirilmesi ve uyarlanmasına en büyük katkı Kaori Ishikawa tarafından yapılmıştır. (Syla & Rexhepi, 2013) Kalite Kontrol Çemberleri ilk olarak 1962'de Japonya'da başlatılmış, ilk çember Nippon Wireless, Toyota ve Telegraph Company de kurulmuş ve ilk yıl 35'ten fazla şirkete yayılmıştır. 1978 yılına kadar 10 milyon Japon işçinin dahil olduğu bir milyondan fazla kalite çemberinin olduğu iddia edilmektedir (Wang v.d., 2013) (Faiesal v.d., 2019).

Kalite kontrol çemberleri, klinik uygulamalarını tartışmak ve gözden geçirmek için düzenli aralıklarla toplanan benzer bir geçmişe sahip 6 ila 12 profesyonelden oluşan küçük gruplardır. Grup üyeleri çözmek istedikleri konuları seçer, veri toplama yöntemlerine karar verir ve öncelikli sorunlara çözüm bulma yolunu belirler (Rohrbasser v.d., 2013). Kiran ve ark. (2016) kalite kontrol çemberlerini şu şekilde tanımlamıştır; “işgücü içinde yer alan yaratıcı ve yenilikçi gücü yakalamanın bir yoludur” (Kiran, 2016).

Gaikwad ve ark (2016) kalite kontrol çemberlerini şöyle tanımlamıştır; “Kalite kontrol çemberi, işyeri ve hizmet süreçlerini iyileştirme hakkında konuşmak ve fikirleriyle yönetime sunum yapmak için toplanan üyelerden oluşan gönüllü bir gruptur.” Üyeler problem çözme, istatistiksel kalite kontrol ve grup süreçleri konularında eğitim alırlar ve yönetime kalite ve hizmetleri geliştirmek için çözümler önerirler (Gaikwad & Gaikwad, 2009).

Kalite kontrol çember üyeleri, problem çözmeye veya problemlerden etkilenen üyeler üzerinde etkili olabilecek çalışanlardır (Syla & Rexhepi, 2013).

Çalışanların iş süreçlerine katılması için oluşturulmuş gruplar olduğu için kurumda kalımsız yönetim şekli olması gerekmektedir. Çalışanlar tarafından sunulan çözümlerin uygulanamaması durumunda, daha fazla çalışmak için motivasyonları olmayacaktır, bu da çemberlerin yararını ve verimliliğini düşürecektir. Kalite kontrol çemberleri, genel katılım, örgütsel hedefleri anlama ve daha fazla bağlılık, sinerji, yaratıcılık, becerileri geliştirmek için eğitimler gibi ihtiyaçlara cevap vermek için kurulabilir (Syla & Rexhepi, 2013).

Kalite kontrol çemberi çalışanların katılımını ve güçlendirilmesini teşvik etmenin daha yaygın olarak kabul edilebilir bir yoludur. Kalite kontrol çemberi, gönüllü olarak kendileriyle ortak olan sorunları çözmek için düzenli olarak toplanan, sorunu analiz etmek için bilimsel yöntemler kullanan bir gruptur. Kullandıkları birçok araç arasında neden ve sonuç diyagramı, akış şeması, histogram, saçılma diyagramı, kontrol şeması ve pareto analizi bulunur (Urubio, 2016).

Sürekli iyileştirme ile problem çözme için iyi bilinen bir kalite yönetimi uygulamak ve müşteri memnuniyetini sağlamak kalite kontrol çemberi katılımcı sistemler olarak uygulamaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Örneğin; son zamanlarda Avusturya'da, bu uygulama farmakoterapi için kalite kontrol çemberleri yeni bir eğilim geliştirmektedir ve jeneriklerin kullanımını arttırmak için özel bir yaklaşım olarak ele alınmıştır. Tayvan sağlık sektöründe popüler bir kalite yönetim aracı haline gelmiştir (Guirette-Barbosa, v.d., 2019).

Hizmet kalitesini, verimliliği, pazar payını, karlılığı, yatırım getirisini ve maliyetleri azaltmayı önemli ölçüde etkiler ve tüketici memnuniyetini arttıran önemli bir faktördür. Bu hedeflere ulaşmak için kullanılan tekniklerden biri de kalite kontrol çemberleridir. Organizasyonlar verimlilik, çalışanların iş doyumunu, daha kaliteli mal ve hizmet üretip sunma ve bir ekip kurarak problem çözme gibi birçok hedefi karşılamaya çalışmaktadır. Kalite kontrol çemberleri yöneticilerin kaynakları ve tesisleri etkin bir şekilde kullanarak kuruluşun ve çalışanların ihtiyaçlarını karşılamalarını sağlamaktadır (Bahadori v.d., 2018).

Kiran(2016) başarılı bir kalite kontrol çemberi için on koşulu şöyle belirtmiştir; kalite kontrol çemberleri tamamı gönüllüler tarafından yapılmalı, her katılımcı farklı bir işlevsel etkinliği temsil etmeli, ele alınacak sorun yönetim tarafından değil birim tarafından seçilmelidir, yönetim hedefine gözle görülür bir şekilde ulaşmasa bile ekibi onurlandırılmalıdır. Ayrıca yönetim uygun şekilde finanse etmeli, üyeler görüşlerini bildirirken bastırılmamalı, üyeler toplantıya gelmeden önce düşüncelerini sağlamak için önceden önerilerde bulunmalı, ekip üyeleri arasından kendi liderini seçmeli, üyelere eğitimler verilmelidir. Son olarak yönetim çemberin üyelerine hedeflerine ulaşmalarında yardımcı olmakla görevli, ekibin mentoru olarak bir yönetici atamalıdır; ancak bu kişi ekibi yönetmemelidir (Kiran, 2016).

1.1. Kalite Kontrol Çemberlerinin Özellikleri ve Hedefleri

Kalite kontrol çemberlerinin temel hedefleri, olumsuz tutumu olumlu tutuma dönüştürmektir; çalışanların gizli yeteneklerini ortaya çıkaran kişisel gelişim, ekip ruhunu her seviyedeki çalışanlara benimseterek kurum kültürünü geliştirilmesidir. Örgütsel sorunları çözmek için organizasyon faaliyetlerine katılan homojen bir grup olduğunu söyleyebiliriz. Kalite Kontrol Çemberlerinin üç özelliği vardır: Yönetime katılım şekli, problem çözme tekniği ve insan kaynakları için gelişimsel bir tekniktir (Rath & Mohanty, 2018).

Kalite kontrol çemberinin hedefleri şunlardır (Kiran, 2016) (Hu, 2011) (Uesu, 2011);

- ✓ Çalışma alanlarındaki sorunları belirleme ve çözme fırsatı sağlama,
- ✓ İş memnuniyetini artırmak,
- ✓ Yetkinliği artıran problem çözme kapasitesi oluşturmak ve geliştirmek,
- ✓ Problem önleme ve problem çözme tutumunu geliştirmek,
- ✓ Kişisel ve liderlik gelişimini teşvik etmek,
- ✓ Sorunları hızlı bir şekilde çözmesini, çözümlerin geliştirilmesi ve sorunların tekrarının önlenmek,
- ✓ Çalışanların üretim ve hizmet kalitesi ile ilgisi olan sorumluluklar konusunda farkındalıklarını artırmak,
- ✓ Daha iyi kişiler arası ilişki sağlamak,
- ✓ Motivasyonu artırmak,
- ✓ Yaratıcılığı teşvik etmek,

Jatt (2016) kalite kontrol çemberlerinin özelliklerini şu şekilde belirtmiştir; Kalite çemberi küçük bir çalışan grubudur, aynı çalışma alanında veya benzer tipte işler yapar, isteğe bağlıdır, her hafta yaklaşık bir saat düzenli olarak toplanır, toplam performansı ve çalışma hayatını zenginleştirir şeklinde belirtmiştir (Jatt, 2016).

1.2. Kalite Kontrol Çemberlerinin Faydaları

Kalite Kontrol Çemberlerinin faydaları şunlardır (Syla & Rexhepi, 2013):

- ✓ Organizasyondaki kalite bilincini artırarak yüksek düzeyde mükemmellik ve verimlilik avantajı,
- ✓ Potansiyel ve yaratıcı yeteneklerini ifade etmelerini sağlayan farklı görevler sunarak çalışanlara daha büyük ve daha ilginç zorluklar oluşturarak şirketin insan potansiyelinin kullanılması,
- ✓ Çalışma ortamında olumlu duygular ve bir topluma ait olma duygusu geliştirmesi,
- ✓ Çalışanları şirket, ürünler ve hedefleri ile özdeşleşmeye ikna etmesi,
- ✓ Çalışanların geri bildirimleri için daha fazla şeffaflık sağlaması,
- ✓ Çalışanları karar verme sürecinde güçlerini, sorumluluklarını ve değişiklik yapma yetkilerini artırmaya motive etmesi,
- ✓ Organizasyondaki farklı seviyeler içinde ve arasında iletişimi geliştirmesi.

Rohilla ve ark. (2016) kalite kontrol çemberlerinin faydalarını şu şekilde özetlemiştir; kurum kalite bilincinde ve hizmet kalitesi bilincinde artış, yönetimde iyileştirme, müşteri ilişkilerinin geliştirilmesi, sunulan ürün ve hizmetlerde iyileştirmeler, organizasyon içindeki gelişmiş ilişkiler, daha fazla müşteri memnuniyeti, rakiplerden artan saygı olarak belirtmiştir (Rohilla & Chaudhary, 2016).

1.3. Kalite Kontrol Çemberlerinde Kaşlaşılabilir Sorunlar

Temel sorunlardan biri hem yöneticiler arasında hem de çalışan yöneticileri arasında doğru tutum biçiminin bulunmaması çemberlerin önemini azaltmasına neden olabilir. Kalite kontrol çemberleri tarafından verilen önerilerin uygulanmasında gecikme çemberlerin çalışmasını etkileyebilir. Üye olmayanlar bazen kalite kontrol çemberlerinin çalışması ve işleyişi için sorun oluşturabilir. Üyelerin çalışma saatleri içinde toplantı yapmasına izin verilmemesi, toplantıların düzensizliği gibi operasyonel sorunlar olabilir (Jatt, 2016).

1.4. Kalite Kontrol Çemberlerinin Kullanım Alanları

Kalite kontrol çemberleri iş süreçleriyle ilgili geliştirme istenilen her alanda yapılabilir. Örneğin; eğitim, güvenlik sağlama, işe olan devamsızlığı azaltma, eleman alımı, çalışma düzenleri, personelin becerisini artırma, şikayetler, müşteri tatmini, kalite kontrolü, büyük kutuplaşma ve ikiliklere neden olan sorunlar, istatistik metotların uygulanması gibi alanlarda çalışmalar yapılabilir (Özbay & Saruışık, 2015).

1.5. Kalite Kontrol Çemberinin Yapısı

Wang ve ark. (2013) kalite kontrol çemberlerinin yapısını şöyle tanımlamıştır; faaliyetlerinin yürütüleceği amaç, operasyonel prosedür ve yöntemler tüm çalışanlara eğitimlerle verilmesi, kurum içinden çalışma sorumluluğu olan doğru kişilerin belirlenmesi, ekibin oluşturulması, ekip içinden lider seçilmesi ve belirlenen toplantılarda konular beyin fırtınası yöntemiyle



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

tartışılmasıdır. Yapı adımları şu şekildedir; tema seçimi, aktivite planlaması, hedeflerin belirlenmesi, analiz, formül oluşturma stratejisi, yürütme ve değerlendirme, sonuçların onaylanması, standardizasyon, gözden geçirme ve iyileştirme. Yapı adımlarını Deming'in planla, uygula, kontrol et ve önlem al adımları göre şekillendirmiştir. Plan aşamasında yapılan faaliyetler; tema seçimi, aktivite planlaması, hedeflerin belirlenmesi, analiz, formül oluşturma stratejisidir. Uygula aşamasında yürütme ve değerlendirme yapılmaktadır. Kontrol et aşamasında sonuçların onaylanması ve standardizasyon, sağlanırken, önlem al aşamasında ise gözden geçirme ve iyileştirme yer almaktadır. Toplantısı aylık olarak yapılması gerektiği ve her toplantının yazı olarak raporların hazırlanması gerektiği belirtilmiştir. Kalite kontrol çemberi döngüsü istenilen hedeflere ulaşılan kadar devam eden bir süreçtir (Wang v.d., 2013) (Liu, 2016) (Dhumal, Teli, & Lad, 2015).

Kulkarni ve ark.(2017) kalite kontrol çemberi yapısını şu şekilde tanımlamıştır; sorunun tanımlanması, sorunun seçilmesi, problemin analizi, alternatif çözüm üretin, en uygun çözümü seçin, eylem planı hazırlayın ve çözümü uygulayın basamaklarını belirtmiştir (Kulkarni, Welekar, & Kedar, 2017).

Kalite kontrol çemberinin uygulama sürecinde yer alan adımlar şunlardır (Rohilla & Chaudhary, 2016) (Chaudhary & Yadav, 2012) (Gaikwad & Gaikwad, 2009):

Problemin Tanımlanması: Çember üyelerinin çözülmesi gereken sorunları tanımlamaları beklenir. Üyeler daha öncelikli sorununu seçerler.

Problemin Analizi: Seçilen problem daha sonra beyin fırtınası ve Pareto analizi vb gibi temel problem çözme teknikleri ile sınıflandırılır ve analiz edilir.

Alternatif Çözüm Üretin: Çeşitli nedenlere dayanarak alternatif çözümler üretilir.

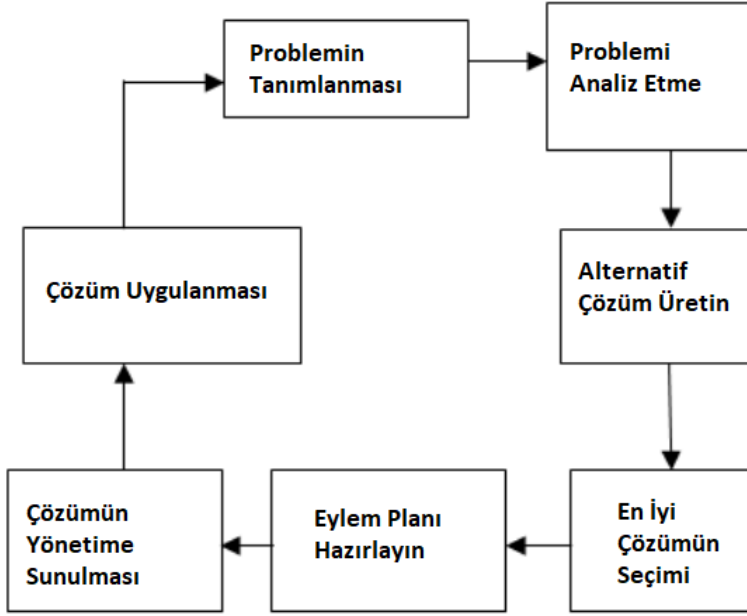
En İyi Çözümün Seçimi: En iyi ve en uygun çözümler alternatif çözümlerden seçilir. Maliyet, uygulama olasılığı vb. ile ilgili çeşitli çözümler göz önüne alındığında en uygun çözüm seçilir.

Eylem Planı Hazırlayın: Üyeler uygulama alanı, tarih, saat vb. için plan hazırlanır.

Çözümün Yönetime Sunumu: Seçilen çözüm ve eylem planı onaylanmaları için yönetime sunulur.

Çözümün Uygulanması: Yönetim çözümü değerlendirir ve güvenilirliğini kontrol etmek için küçük bir pilot çalışma uygulanır.

Tablo 1: Kalite Kontrol Çemberinin Çalışma Şeması



Kaynak: (Rohilla & Chaudhary, 2016) (Faiesal, Razaai, Bin, & Rasib, 2019)

1.6. Kalite Kontrol Çemberi Ekip Yapısı

Kalite kontrol çemberlerinin (KKÇ) organizasyon yapısı, üyeler, lider, rehber, yönlendirme komitesi olarak belirtebiliriz. Organizasyon yapısı şöyledir (Faiesal v.d., 2019): KKÇ üyeler, Gönüllü olarak düzenli olarak toplantılara katılan, aktif katılım ve problem çözme ile ilgili fikirlerini paylaşan kişilerdir.

KKÇ lider, ekip tarafından seçilen lider, üyeleri koordine etmek ve üyelerin çalışmalarını denetlemek, üyelere görev vermek, sorunları tespit ve problem çözme tekniklerini uygulamak için üye eğitmek ve üyeleri motive etme görevleri vardır. Rehber, yönlendirme komitesine ve KKÇ ekibine rehberlik eder. KKÇ'nin işlemleri ve programları değerlendirir. Kalite kontrol çemberlerinin işlemleri ve sonuçları hakkında üst yönetime geribildirim sağlar. Yönlendirme komitesi, komite tüm organizasyon için KKÇ sponsor olur, çalışanların ile yöneticilerin eğitimi ve rehberlere kaynak sağlanmaktan sorumludur. Yürütme komitesi, Kurumun departman sorumlularından oluşur, rehberin seçimi, hedeflerin belirlenmesi, ölçme ve değerlendirme sistemlerinin oluşturulmasından sorumludurlar (Faiesal v.d., 2019).

1.7. Kalite Kontrol Çemberlerinde Kullanılan Teknikler

Problem çözme teknikleri olarak; beyin fırtınası, pareto diyagramı, ishikawa diyagramı (kılçık diyagramı), neden – sonuç diyagramı, veri toplama, veri analizi yöntemleri kullanılabilir (Kulkarni, Welekar, & Kedar, 2017).

Veri analizi araçları olarak; tablolar, çubuk grafikler, histogramlar, daire grafikleri, çizgi grafikleri, dağılım gram, kontrol çizelgesi araçlar kullanılabilir (Kulkarni, Welekar, & Kedar, 2017).

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE KONTROL ÇEMBERİ

Kalite Kontrol Çemberleri kullanımı başlangıçta ürün üreten işletmelerde başlamasına rağmen, bugün dünya çapında tıp ve sağlık alanlarında kullanılmaktadır. Kalite Kontrol Çemberlerinin temel hedefleri sağlık çalışanlarının moralini artırmak, çalışma ortamını iyileştirmek, tıbbi bakım kalitesini artırmak, tıbbi yönetim maliyetlerini azaltmak ve tıbbi hizmetlerin verimliliğini artırmaktır. Sağlık sektöründe hemşirelik, yönetim, farmasötik yönetim, kalite yönetimi, ameliyathane yönetimi ve diğer alanlarda yapılan kalite kontrol çemberleri çalışma sonuçlarının klinik hataların sayısını ve neden olduğu komplikasyon oranını azalttığını göstermiştir (Bahadori v.d., 2018).

Bahadori ve ark. (2018) Tarhan Hastanesinde fuzzy VIKOR ile Gri İlişkisel Analiz (GRA) kombinasyonunu kullanarak kalite kontrol çemberlerinin etkinliğini etkileyen önemli faktörleri tanımlamayı amaçlamıştır. Yöneticinin ödül ve geri bildirim sistemlerine dikkat etmesi, gönüllük esası olmasına rağmen çalışanlara eğitimler verilmesi gerektiği ve yöneticinin desteğinin önemli olduğu sonucu elde edilmiştir (Bahadori v.d., 2018).

Chen ve ark (2016) sağlık çalışanlarının el hijyeni uyumunu arttırmak için hastanede kalite kontrol çemberi programı kapsamında, 12 ay boyunca planla, uygula, kontrol et ve eyleme geç yöntemi uygulanmıştır. El hijyeni uyum oranları zamanla iyileşti, müdahale öncesi % 60.1 ve müdahale sonrası % 97.2 dönemler arasında anlamlı iyileşme olduğu, hemşireler % 88.3 diş hekimlerine % 87.3 göre daha yüksek uyum sergiledi ve kadınlarda % 88.4 sağlık çalışanlarının her ikisinde de % 85.6 erkeklerden % 85.6 daha el hijyeni yapma olasılığı daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Kalite kontrol çemberi programı müdahalenin başarısı gözlenmiş ve el hijyeni uyumunun önemli ölçüde iyileşmeler olmuştur (Chen v.d., 2016).

Wang ve ark. (2013) tıbbi kalitenin sürekli iyileştirmesinde kalite kontrol çemberlerinin rolünü ölçtükleri çalışmalarında üç aşamalı kalite kontrol çemberi oluşturulmuş ve Deming'in planla, uygula, kontrol et ve önlem al döngüsü ile ilişkilendirilmiştir. Çalışma sonucunda somut ve soyut başarılar elde edilmiştir. Somut başarılar için, iç hatalarda azalma, maliyetlerde azalma, hasta memnuniyeti derecesinde iyileşme, iş kalitesinde iyileşme ve ekonomik performansta iyileşme gibi veriler elde edilmiştir. Soyut başarılar; sorunları çözme yeteneği, sorumluluk duygusu, iletişim ve koordinasyon, kendine güven, takım bağlılığı, inisiyatif, kalite kontrol yaklaşımı, uyumluluk, dil becerileri, onur duygusu ve kişisel yeterlilikler açısından değerlendirmeler yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının problemleri çözme, sorumluluk duygusu, iletişim ve koordinasyon, ekip bağlılığı, inisiyatif, kalite kontrol yaklaşımı, uyumluluk, dil becerileri, onur duygusu ve kişisel yeterliliklerinde önemli ölçüde iyileşme sağladığını göstermiştir (Wang v.d., 2013).

Loannidis ve ark.(2008) Kanada'da 2002 yılında birinci basamak hekimlerinin osteoporoz risk faktörleri ve kemik mineral yoğunluğu testlerinin farkındalığı açısından, hastalardaki osteoporoz yönetimini kılavuzlara göre değişimini ölçmeye yönelik yaptıkları çalışmada, 340 daire üyesi toplam 34 kalite döngüsü oluşturulmuştur. Kalite Kontrol Çemberi metodolojisinin aile hekimlerinin osteoporoz tanısını geliştiren etkili bir yaklaşım olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, aile hekimlerinin hastalarının risk faktörü durumunun daha farkında olduklarını göstermiştir ve hekimlerin klinik ziyaretler sırasında hastanın osteoporoz risk faktörü durumu hakkında daha fazla soru sorduğunu göstermiştir (Loannidis v.d., 2008).

Zhang ve ark.(2017) kalite kontrol çemberinin klinik ağrı bakımındaki etkilerini gözlemledikleri çalışmalarında Eylül 2016'dan Eylül 2017'ye kadar hastaneye başvuran toplam



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

140 hasta seçilmiş ve ikiye ayrılmıştır. Kontrol grubuna yaşamsal belirtiler, hastalık gözlemi, diyet eğitimi, ilaç müdahalesi, temel eğitim, psikolojik ve ağır hemşireliği gibi geleneksel klinik hemşirelik yaparken, Gözlem grubu temel olarak kalite kontrol çemberi ekibinin organizasyonu, konuların belirlenmesi, mevcut durumların analizi, iyileştirme hedefleri belirlenmesi, neden analizi ve karşı önlem formülasyonu ve uygulaması dahil olmak üzere kalite kontrol çemberini benimsemiştir. Kalite Kontrol Çemberlerinin, ağırları hafifletmeye, çalışan memnuniyetini ve iş verimliliğini artırmaya ve hemşirelik hizmetleri kalitesini önemli ölçüde artırmaya elverişli olduğunu göstermektedir (Zhang, Tang, & Ying, 2018).

Liu ve ark. (2010) Tayvan'da kalite kontrol çemberi ekibinin, hizmetleri geliştirmek ve kalite yönetimi faaliyetlerini sürdürmedeki rolünü görmek üzerine yaptıkları vaka çalışmasında, hastanenin eczane bölümünde ilaç hatalarını iyileştirme ekibi oluşturmuştur. Genel amaç ilaç reçete yazma hatalarının sayısını azaltmaktır. Kalite Kontrolü Çemberi ekibi, hedefin ilaç reçetesi için hataların %50'sini azaltmak üzere ayarlandığına karar verdi. İlaç reçetesi hatalarının temel nedenlerini tanımlamak için, ilaç, metodoloji, insanlar ve ekipman dikkate alınarak neden-sonuç diyagramı oluşturulmuş ve alternatifler arasından en uygun çözüm belirlenerek uygulanmıştır. 20 haftalık gözlem sonucunda; ilaç reçetelerindeki hata oranını azaltma hedefi %56,9 ve iyileşme oranı %28,4 olarak ölçülmüştür. (Liu, Wu, & Chen, 2010).

Král ve ark. (2018) Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimlere tıbbi bir uygulamayı devraldıklarında yardımcı olmak, yeni uygulamaların organizasyonunu ve hasta memnuniyetini artırmak için önlemler önermek için kalite kontrol çemberi oluşturulmuştur. Küçük grup olmasına rağmen genç pratisyen hekimler için kendi tedavi planı uygulamalarına başlamalarında kalite kontrol çemberlerinin iyi bir platform sunduğunu belirtilmiştir (Král v.d., 2018).

Freng ve ark. (2017) yüksek riskli hastalarda önleme tedbirlerinin basınç yaralanmaları üzerindeki etkisini analiz etmek ve en uygun uygulama yöntemlerini oluşturmak için kalite kontrol çemberi oluşturulmuştur. Araştırmaya toplam 60 yüksek riskli hasta ve 34 hemşire katılmıştır. Kalite kontrol çemberleri faaliyetleri sayesinde her üyenin coşkusu, problem çözme yetenekleri, kanıta dayalı yetenekleri, kalite ve güvenlik yönetimi bilinci büyük ölçüde iyileştirildi. Kalite kontrol çemberleri ayrıca hemşirelerin, yüksek basınç hasarı riski olan hastalara daha fazla önem vermeye, yüksek hemşirelik kalitesi ve memnuniyetine elverişli önleme tedbirleri uygulamaya teşvik etmiştir (Feng v.d., 2017).

Plüss-Suard ve ark. (2019) İsviçre'de uzun süreli bakım tesislerinde antibakteriyel kullanımı tanımlamak ve kullanım belirleyicilerini araştırmak için yaptıkları çalışmalarında; Ocak 2011'den Aralık 2016 tarihleri arasında yirmi üç uzun süreli bakım tesisi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda Antibakteriyel kullanım, 6 yıllık çalışma süresi boyunca günde 1000 yatak başına 45.6'dan 35.5'ye düşmüştür. Antibakteriyel reçete kılavuzların yaygınlaştırılması ve doktor-eczacı-hemşire kalite çemberlerinin uygulanması uzun süreli bakım tesislerinde antibakteriyel kullanımda gözlenen düşük değişkenliğe katkıda bulunmuştur (Plüss-Suard v.d., 2019).

Chang ve ark. (2010) acil serviste kritik hasta taşımacılığının güvenliğine sağlayama yönelik yaptıkları çalışmada; sorunların tanımlanması, çalışma programının geliştirilmesi, hedeflerin belirlenerek stratejilerin oluşturulması, kılavuzların oluşturulması ve uygulanması süreçlerini kapsayan 8 hemşire, 2 doktor ve bir bilgisayar mühendisi olmak üzere 11 katılımcının yer aldığı kalite kontrol çemberleri oluşturulmuştur. Yapılan çalışmalar sonucunda; müdahale öncesi Oksijen doygunluğu azalması %14,6 iken müdahale sonrası %7,7 düşmüştür, müdahale öncesi

120

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(ÜNLÜ, N.T. / SEVİMLİ E. / DENİZ, D.)

nakliye sırasındaki ekipman sorunları %10,4 iken müdahale sonrası sifıra düşmüştür. Taşıma kılavuzu oluşturulmadan önce, taşıma ekibinin eksiksizliği 48 vakada %59,2 başarı görülürken iken kılavuzdan sonra %100 başarı sağlanmış, kılavuzdan önce taşıma kontrol listesinin eksiksizliği 48 vakada 15 %30,6 başarı görülürken iken kılavuzdan sonra %100 başarı sağlanmıştır. Kılavuzdan önce taşıma hızını izleyin 18 vakada 29 %36,7 başarı görülürken iken kılavuzdan sonra %100 başarı sağlanmıştır. Kalite kontrol ekibi, kalite iyileştirme faaliyetleri ve eğitim programları sunarak, kritik hastaların acil servisten hastane içi naklini geliştirmiştir (Chang v.d., 2010).

Peijia ve ark. (2013) tıbbi kayıtların ICD (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) kodlamasının hata oranını azaltmak ve tıbbi kayıt personelinin performans düzeyini ve yönetim verimliliğini artırmak amacıyla kalite kontrol çemberleri oluşturmuştur. Çember faaliyetleri kapsamında kodlama hata oranları, etkinlik öncesi ve sonrası veriler arasında karşılaştırılır ve iyileştirme derecesi hesaplanır, somut sonuçlar ve maddi olmayan sonuçlar değerlendirilir. Kalite kontrol çemberi faaliyetleri yürütüldükten sonra, kodlama hatası olan olguların sayısı açıkça azalma görülmüş ve tıbbi kayıtların ICD kodlama hatası oranı, faaliyetten önce %24.57 iken faaliyetlerden sonra %8.13'e düşürülmüş ve iyileştirme oranı %66.90 gözlenmiştir (Peijia, Hao, & Li'na, 2013).

3. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kalite kontrol çemberleri, katılımcı yönetiminin uygulanmasını sağlayan en iyi araçlardır. Çalışanlar sorunları kendi başlarına çözmeleri, çözümlerin uygulanması ve hedefleri aşağıdan yukarıya doğru belirlemek için şirketlerin stratejilerine katkıda bulunur. Kurumun hedeflerini belirleme yolu kazan-kazan durumu sağlar (Syla & Rexhepi, 2013).

Genel olarak kalite kontrol çemberleri; gönüllülük esasına dayanan ekip çalışması, yönetici-çalışan ilişkilerini güçlendiren, çalışanların yaratıcı düşüncelerini ortaya çıkaran, çalışanların öz yeterliliğini artıran, hizmetin iyileştirmesini sağlayan verimli ve etkili ekiplerdir (İnce v.d., 2017)

Kalite kontrol çemberleri bir şirkette karar verme hiyerarşisini zayıflatmaz çünkü çalışma grupları, yaratıcı ve çözüm odaklı, kaliteyi artırmak için çözümler bulmaya çalışırlar (Blagaa & Jozsef, 2014). Kalite kontrol çemberleri, müşteri hizmetleri, kurum işleyişinin düzenlenmesi, ticari büyüme ve karlılık, çalışma alanının optimum kullanımı, insan hatalarının azaltılması, üretilen hatalarda azalma gibi sorunları çözmek amacıyla oluşturulabilir (Kiran, 2016). Çalışanlar ve yönetim arasındaki ilişkinin geliştirilmesine yardımcı olur ve olumlu bir çalışma ortamı yaratır.

Sağlık hizmetlerinde ekip ruhunu artırmak, hata oranlarını azaltacağı gibi, çalışanların kendi iş süreçlerini iyileştirmesi için adım atmalarını sağlamak verimliliği ve kaliteyi artıracaktır. Kalite kontrol çemberleri, maliyetleri azaltma, verimlilik sağlama, daha iyi iletişim, iyileştirilmiş kalite, iyileştirilmiş iş süreçleri, karşılıklı güven, daha fazla aidiyet duygusu, ekip çalışması, çalışan memnuniyeti, daha iyi hizmetler birlikte artan hasta memnuniyeti gibi birçok fayda sağlamaktadır. Özellikle verimliliği artırmak, çalışanları motive etmek, hata oranlarını azaltmak ve hasta memnuniyeti artırması bakımında hastanelerin uygulaması gereken ekip türlerinden biridir.

Sonuç olarak kalite kontrol çemberleri; sorunun tanımlanması, alternatif çözümlerin belirlenmesi, yönetime sunulması, uygulanması ve süreçlerle ilgili standardizasyonun sağlanması bakımından etkili bir araçtır. Yapılan literatür taramasında süreçlerdeki problemleri

çözme, çalışanların iş doyumunu arttırmak, kaliteyi arttırmak, sağlık hizmetinden doğru çıktılarının alınmasını sağlamak, standardizasyonun sağlamak için kılavuzların oluşturulması amacıyla yaygın kullanılmaktadır.

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makalenin literatür taraması, veri toplaması ve yazımı aşamalarından, ikinci yazar konu akışının düzenlenmesi ve üçüncü yazar yazının gözden geçirilmesi gerekli düzeltmelerin yapılması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %60 oranında, ikinci yazar %20 ve üçüncü yazar %20 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Bahadori, M., Teymourzadeh, E., Bagejan, F. F., Ravangard, R., Raadabadi, M., & Hosseini, S. M. (2018). Factors Affecting The Effectiveness Of Quality Control Circles In A Hospital Using A Combination Of Fuzzy Vikor And Grey Relational Analysis. *Proceedings Of Singapore Healthcare 2*, Vol. 27(3) 180–186.
- Blagaa, P., & Jozsef, B. (2014). Human Resources, Quality Circles And Innovation . *Emerging Markets Queries In Finance And Business* , volume 15:1458 – 1462 .
- Chang, Y. N., Lin, L. H., Chen, W. H., H.Y. L., Hu, P. H., Chen, S. F., & Peng, Y. C. (2010). Quality Control Work Group Focusing On Practical Guidelines For Improving Safety Of Critically Ill Patient Transportation In The Emergency Department. *Journal Of Emergency Nursing*, Volume 36, Issue 2, Pages 140–145.
- Chaudhary, M. R., & Yadav, M. L. (2012). Impact Of Quality Circle Towards Employees & Organization A Case Study. *Iosr Journal Of Engineering (Iosrjen)*, Volume 2, Issue 10, Pp 23-29.
- Chen, P., Yuan, T., Sun, Q., Jiang, L., Jiang, H., Zhu, Z., & Xu, A. (2016). Role Of Quality Control Circle In Sustained Improvement Of Hand Hygiene Compliance: An Observational Study In A Stomatology Hospital In Shandong, China. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 5:54.
- Cooney, R., & Sohal, A. (2004). Teamwork And Total Quality Management: A Durable Partnership. *Total Quality Management*, Vol. 15, No. 8, 1131–1142.
- Dhumal, Y. S., Teli, S. N., & Lad, S. (2015). Problem Solving Methodology By Quality Control Story : A Review. *International Conference On Advanced Science & Technology (Icast-2015)*, 1-7.
- Faiesal, Z., Razaai, M., Bin, A. H., & Rasib, A. H. (2019). Short Review Of QCC (Quality Control Circle) Implementation Toward Productivity Improvement: Case Study. *International Journal Of Engineering And Technical Research*, 7(11):68-72.
- Feng, H., Li, G., Xu, C., Ju, C., & Suo, P. (2017). A Quality Control Circle Process To Improve Implementation Effect Of Prevention Measures For High-Risk Patients. *International Wound Journal*, 14:1094–1099.
- Gaikwad, V. V., & Gaikwad, A. V. (2009). Quality Circle As An Effective Management Tool :A Case Study Of Indira College Of Engineering And Management Library. *Proceeding Of International Conference*, S. 650-653.
- Guirette-Barbosa, O., Arroyo-Álvarez, A., Castañeda-Burciaga, S., Héctordurán-Muñoz, Cruz-Domínguez, O., Josécarrera-Escobedo, Césarbosque-Bermúdez. (2019). The Innovation Of



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Quality Control Circles: A Clear Disuse In The Last 15 Years In The Mexican Industry. *Journal Of Business Research*, 11 (1), 273-278.
- Hu, T.C. (2011). Quality Improvement: Reducing Real-Time Inventory Errors Through Quality Control Circles. *African Journal Of Business Management* , Vol. 5(26), Pp. 10657-10666.
- İnce, C., Güripek, E., Çavuşoğlu, S., Aral, N., Özceylan, A., Turhan, E., ve Kızıler, N. (2017). Kalite Çemberleri Ve Tky Uygulamalarında Kullanılabilecek Araçlar. E. M. Yıldırım, & M. E. Merter (E.d), *Kalite Yönetim Sistemleri* (S. 143-147). İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Ioannidis, G., Thabane, L., Gafni, A., Hodsman, A., Kvern, B., Johnstone, D., & Papaioannou, A. (2008). Optimizing Care In Osteoporosis: The Canadian Quality Circle Project. *Bmc Musculoskeletal Disorders* , 9:130 Pp:1-12.
- Jatt, D. D. (2016). The Importance Of Quality Circle In An Organisation. *Paripex - Indian Journal Of Research*, Volume : 5 | Issue : 5 Pp:577-578.
- Khawka, Z. M. (2016). Detecting Total Quality Management Status And Teamwork Orientation In Al-Yarmouk Teaching Hospital. *American Journal Of Industrial And Business Management*, Vol.6 No.3 pp- 232-248.
- Kiran, D. (2016). *Total Quality Management: Key Concepts And Case Studies* (S. 213-218). Butterworth-Heinemann.
- Král, N., Seifert, B., Kovář, J., Mucha, C., Vojtišková, J., Bednár, J., & Martin, S. (2018). The Use Of Quality Circles As A Support Tool In The Taking Over Of Practices By Young General Practitioners. *J Family Med Prim Care*, 7(1): 5–10.
- Kulkarni, S., Welekar, S., & Kedar, A. (2017). Quality Circle To Improve Productivity: A Case Study In A Medium Scale Aluminium Coating Industry. *International Journal Of Mechanical Engineering And Technology (Ijmet)*, Volume 8, Issue 12 Pp. 800–816.
- Kydona, C. K., Malamis, G., Giasnetsova, T., Tsiora, V., & Gritsi-Gerogianni, N. (2010). The Level Of Teamwork As An Index Of Quality In Icu Performance. *Hippokratia*, 14(2): 94–97.
- Liu, S.-C., Wu, H.-H., & Chen, H.-K. (2010). Improving Organizational Performance By A Quality Control Circle: A Case Of Medication Improvement Team At A Hospital In Taiwan. *Information Technology Journal*, Volume 9 (4): 692-697.
- Liu, T. (2016). Review Of Quality Control Circle Of Chinese Hospitals. *Journal Of Research Hospital* 1:5..
- Özbay, D. G., ve Sarıışık, P. D. (2015). Kalite Kontrol Çemberleri Üzerine Kavramsal Bir Araştırma . *International Conference On Eurasian Economies*, 709-716.
- Peijia, W., Hao, J., & Li'na, Q. (2013). Application Of Quality Control Circle In Icd Coding Of Medical Records . *Chinese Medical Record English Edition*, 1(10): 439–441.
- Plüss-Suard, C., Niquille, A., Héquet, D., Krähenbühl, S., Pichon, R., Zanetti, G. & Petignat, C. (2019). Decrease In Antibacterial Use And Facility-Level Variability After The Introduction Of Guidelines And Implementation Of Physician-Pharmacist-Nurse Quality Circles In Swiss Long-Term Care Facilities. *Journal Of The American Medical Directors Association*, Volume 21, Issue 1, Pages 78-83.
- Rath, D. S., & Mohanty, D. (2018). Quality Circle: Influences On Quality Of Work Culture And Job Satisfaction. *International Journal Of Business And Management Invention (Ijbm)*, Volume 7 Issue 6 pp.25-31.
- Rohilla, S., & Chaudhary, R. (2016). Quality Circle In Organization And Its Implementation. *International Journal Of Current Engineering And Technology* , Vol.6, No.3 pp: 887-889.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Rohrbasser, A., Mickan, S., & Harris, J. (2013). Exploring Why Quality Circles Work In Primary Health Care: A Realist Review Protocol. *Systematic Reviews*, 2, 110.
- Syla, S., & Rexhepi, G. (2013). Quality Circles: What Do They Mean And How To Implement Them? *International Journal Of Academic Research In Business And Social Sciences*, 2013, Vol. 3, No. 12 pp.243-251.
- Uesu, S. (2011). Quality Control Circles In Burkina Faso: Lessons Learned And Implications For Other Developing Countries. *J. I. Forum (E.d.)*, Handbook Of National Movements For Quality And Productivity Improvement (Kaizen) (S. 69-92). Japan.
- Urubio, D. M. (2016). The Effects Of Quality Control Circle On Employee Perceptions And Attitudes In Selected Companies: Kingdom Of Bahrain. *International Advanced Research Journal In Science, Engineering And Technology*, Vol. 3, Issue 1 Pp.113-118.
- Wang, L.-R., Wang, Y., Yan Lou, Y. L., & Zhang, X.-G. (2013). The Role Of Quality Control Circles In Sustained Improvement Of Medical Quality. *Springerplus*, 2: 141.
- Zhang, H.M., Tang, Y.Q., & Ying, M. R. (2018). Effect Of Quality Control Circle In Clinical Pain Care. *Biomedical Research*, Volume 29, Issue 6 Pp:1195-1198.