



Cilt/Volume :8 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2022 (AĞUSTOS) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

İÇİNDEKİLER

İNDEKSLER VE AĞUSTOS SAYISI HAKEM LİSTESİ

TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ PROGRAMLARININ AKADEMİSYEN PROFİLLERİNİN İNCELENMESİ (Öğr. Gör. Ramazan Rüçhan KAYA, Öğr. Gör. Rabia FETTAHOĞLU, Öğr. Gör. Ebru YILDIZ) (Araştırma Makalesi 125-139)

SAĞLIK EKONOMİSİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ EKONOMİK KALKINMA VE BÜYÜMEYE ETKİSİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA (Dr. Elçin GÜVEN, Prof. Dr. Arman Teksin TEVFİK) (Araştırma Makalesi 140-156)

COVID-19 PANDEMİSİNİN HASTANE MALİYETLERİNE ETKİSİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ (Doç. Dr. Aslı HAYKIR SOLAY, Zekiye ERSOY, Nursen KARADOĞAN CEYLAN, Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ) (Araştırma Makalesi 157-170)

ANALYSIS OF THE CHANGE IN THE DISTRIBUTION OF HEALTH HUMAN RESOURCES AT THE PROVINCIAL LEVEL IN TURKEY IN 2014-2019 (Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Bahadır ŞİMŞEK) (Araştırma Makalesi 171-184)

TARİH BOYUNCA ANADOLU'DA SALGINLAR VE ÖNLEMLER (Mustafa BOZKAYA) (Derleme Makale 185-194)

THE RELATIONSHIP BETWEEN ALCOHOL AND TOBACCO USE AND SUICIDE RATE: A PANEL DATA ANALYSIS ON OECD COUNTRIES (Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI, Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN, Osman ŞENOL, Dr. Öğr. Üyesi Durmuş GÖKKAYA) (Araştırma Makalesi 195-204)

HASTANE İŞLETMELERİNDE GENEL YÖNETİM GİDERLERİNİN BELİRLENMESİ VE HESAPLANMASINDA YENİ BİR YAKLAŞIM; BİR KAMU HASTANESİ ARAŞTIRMASI (Dr. İbrahim YÜKSEL) (Araştırma Makalesi 205-223)

SAĞLIK KURULUŞLARI DİJİTAL PAZARLAMA KANALLARININ İNCELENMESİ: ŞEHİR HASTANELERİ ÖRNEĞİ (Öğr. Gör. Onur AÇIKGÖZ, Doç. Dr. Derya Fatma BİÇER) (Derleme makale 224-238)

WEB OF SCIENCE VERİ TABANINDA HASTANELERİN ULUSLARARASILAŞMASI İLE İLGİLİ MAKALELERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ (Öğr. Gör. Dr. Burak ÇETİN) (Araştırma Makalesi 239-256)

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE ÖZEL HASTANELERİN FİNANSAL ANALİZİ (Arş. Gör. Pınar UÇAK-KUŞ, Dr. Öğr. İlknur ARSLAN ÇİLHOROZ) (Araştırma Makalesi 257-271)



Cilt/Volume :8 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2022 (AĞUSTOS) ISSN-2149-6161

İNDEKSLER



HAKEMLER

Prof. Dr. Belgin AYDINTAN
Prof. Dr. Enver BOZDEMİR
Prof. Dr. Erkan SAĞLIK
Prof. Dr. Onur ÖZVERİ
Prof. Dr. Türkan YILDIRIM
Doç. Dr. Enis Baha BİÇER
Doç. Dr. Fatma ESER
Doç. Dr. Ferit KUŞCU
Doç. Dr. Haydar HOŞGÖR
Doç. Dr. Kudret Şevket SAYIN
Doç. Dr. Melike TEKİNDAL
Doç. Dr. Mustafa Agah TEKİNDAL
Doç. Dr. Oğuzhan YAVUZ
Doç. Dr. Özlem ÖZER
Doç. Dr. Umut BEYLİK
Doç. Dr. Yunus ZENGİN
Dr. Oğuzhan YÜKSEL
Dr. Ömer Faruk AVER
Dr. Öğr. Üyesi A. Yasemin ZENGİN
Dr. Hakan KAÇAK

Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Düzce Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimler Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Çukurova Üniversitesi
Uşak Üniversitesi
Dokuz Eylül Üniversitesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Kafkas Üniversitesi
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Milli Eğitim Bakanlığı
Aksaray Üniversitesi
Ankara Üniversitesi



**TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ PROGRAMLARININ
AKADEMİSYEN PROFİLLERİNİN İNCELENMESİ**
**EXAMINATION OF ACADEMIC PROFILES OF HEALTH INSTITUTIONS
MANAGEMENT PROGRAMS IN TURKEY**

Öğr. Gör. Ramazan Rüçhan KAYA

Uşak Üniversitesi, ramazan.kaya@usak.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6520-1848

Öğr. Gör Rabia FETTAHOĞLU

Kafkas Üniversitesi, rabiafettahoglu95@gmail.com, orcid.org/0000-0002-5736-7175

Öğr. Gör. Ebru YILDIZ

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, ebru.yildiz@beun.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5539-8931

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (26.04.2022-30.08.2022)

Öz

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı sağlık kurumlarının orta ve alt kademe yönetici pozisyonlarında görevlendirilmek üzere nitelikli eleman yetiştirmeyi amaçlayan bir ön lisans programıdır. Bu çalışmada Türkiye’de Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı’nda görev yapan akademisyenlerin akademik profilinin ortaya konması hedeflenmektedir. Bu amaçla Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında çalışmakta olan öğretim elemanlarının YÖKAKADEMİK’te yer alan özgeçmişleri incelenmiştir. Bu kapsamda 56 üniversitede bulunan 75 Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı tespit edilmiştir. Gerekli bilgilere ulaşılamayan 3 program çıkarılmış olup, kalan 72 program ve 209 akademisyen incelemeye alınmıştır. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı’nda çalışmakta olan akademisyenlerin 27 farklı lisans programından mezun olduğu tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarının %75,1’i Sağlık Yönetimi Bölümü dışındaki bölümlerden mezun olmuştur. Öğretim elemanları içerisinde Anadolu Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi’nden lisans mezunu olanlar ön plana çıkmaktadır. Yüksek lisans düzeyinde Süleyman Demirel ve Cumhuriyet Üniversitelerinin mezunları ve öğrencileri daha fazla yer almaktadır. Doktora düzeyinde ise Süleyman Demirel Üniversitesi mezunları ve öğrencileri ilk sıradadır. Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında ağırlıklı olarak İşletme Bölümü mezunu bireylerin yer almasının yanı sıra alan dışı sayılabilecek pek çok akademisyenin görev yaptığı saptanmıştır. Alan dışı istihdam edilen öğretim elemanlarının derslere hâkimiyet, derslerin içeriği gibi birçok konuda zorluk yaşayabilecekleri ve verimli olamayacakları düşünülmektedir. Bu nedenle Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programlarının akademik kadrolarında Sağlık Yönetimi Bölümü mezunu olan bireylere öncelik verilmesi önerilmekle aynı zamanda ilgili alanda yüksek lisans ve doktora yapan diğer lisans programlarından mezun



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

bireylerin istihdam edilmesiyle de derslere ve ders içeriklerine hakimiyet noktasında doğacak sorunların engellenebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık kurumları işletmeciliği, akademisyenler, akademisyen profili, yükseköğretim.

Abstract

Health Institutions Management Program is an associate degree program that aims to train qualified personnel to be assigned to middle and lower level managerial positions in health institutions. In this research, it is aimed to reveal the academic profile of the academicians working in the Health Institutions Management Program in Turkey. For this purpose, the curriculum vitae of the instructors working in the Health Institutions Management Programs in YÖKAKADEMİK were examined. In this context, 75 Health Institutions Management Programs in 56 universities have been identified. 3 programs for which the necessary information could not be reached were removed, and the remaining 72 programs and 209 academicians were examined. The lecturers who work in the health institutions management program are the graduates of 27 different undergraduate programs. 75.1% of lecturers graduated from departments outside the Health Management department. The graduates of Anatolian University, Süleyman Demirel University, Cumhuriyet University and Hacettepe University are among the most prominent. At the graduate level, graduates and students of Süleyman Demirel and Cumhuriyet Universities are more common. At the doctoral level, Süleyman Demirel University graduates and students are in the first place. In addition to the fact that individuals who are graduates of the Department of Business Administration take part in the Health Institutions Management Programs, it has been determined that many academicians who can be considered outside the field work. For this reason, it is suggested that individuals who are graduates of the Department of Health Management should be given priority in the academic staff of Health Institutions Management Programs, and it is thought that the problems that may arise at the point of the dominance of the courses and course content can be prevented by employing individuals who graduated from other undergraduate programs with masters and doctorate degrees in the relevant field.

Keywords: health institutions management, academics, academic profile, higher education.

GİRİŞ

Meslek yüksekokulları (MYO) “belirli mesleklere yönelik nitelikli insan gücü yetiştirmeyi amaçlayan, yılda iki ya da üç dönem olmak üzere iki yıllık eğitim-öğretim sürdüren, ön lisans derecesi veren bir yükseköğretim kurumudur” (Yükseköğretim Kanunu). İş dünyası, entelektüel ve bedensel yetkinliklerin yanı sıra beceri ile donanmış insan kaynağına da ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyacı yükseköğretim düzeyinde karşılayan MYO’lar temel becerilerin yanı sıra öğrencilere mesleki eğitim, entelektüel gelişim, kişilerarası iletişim, sosyal gelişim, ahlaki gelişim gibi konularda yeterlilikler ve nitelikler kazandırmaktadır (Turan, 2002: 275). MYO’lar nitelikli ara eleman yetiştirerek, bulunduğu yöreye istihdam sağlamakta, yörenin kalkınmasına dolaylı olarak yardımcı olmakta, eğitim görenler açısından ise iki yıl gibi kısa bir sürede meslek sahibi yaparak onların hayata atılmalarına imkân sağlamaktadır.

Meslek yüksekokullarında bazı sorunlar da yaşanmakta ve bu sorunlar genel olarak; öğrenci kalitesinin düşüklüğü, öğretim elemanlarının mesleki deneyim eksikliği, istihdam yönelimli düzenlemelerin etkili bir biçimde uygulanamaması, eğitim ve öğretimin kampüs hayatından veya sektörden uzak gerçekleştirilmesi, denetim yetersizliği şeklinde sıralanabilir (Akdemir vd., 2018: 495-503). Yaşanan bu sorunlar çerçevesinde Yükseköğretim Kurulu MYO’larda program açılabilmesi için alanında kadrolu en az üç öğretim görevlisi (Öğr. Gör.) bulunması ve bu öğretim görevlilerinden en az bir tanesinin yüksek lisans mezunu olması şartı getirmiştir (Yükseköğretim Kurulu, 2013).

MYO’larda araştırma görevlileri dışındaki tüm öğretim elemanları kadro alabilmektedir. Yükseköğretim Kanunu, Madde 3 kapsamında, yükseköğretim kurumlarında görevli öğretim



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

üyeleri, Öğr. Gör. ve araştırma görevlilerini; öğretim üyeleri ise Yükseköğretim kurumlarında görevli profesör, doçent ve doktor öğretim üyelerini kapsamaktadır. Birçok araştırmada ortaya konulduğu üzere MYO'larda istihdam edilen öğretim elemanı kadrolarının büyük bir kısmını öğretim görevlileri kapsamaktadır. Öğr. Gör. atamaları ise "Öğretim Üyesi Dışındaki Öğretim Elemanı Kadrolarına Naklen veya Açıkta Yapılacak Atamalarda Uygulanacak Merkezi Sınav ile Giriş Sınavlarına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliği" (2018) kapsamında belirlenen şartlar doğrultusunda yapılır. Öğr. Gör. kadrosuna başvuru için yönetmelikte belirtilen özel şartlar şu şekilde sıralanmaktadır;

- "En az tezli yüksek lisans derecesine sahip olmak."
- "MYO'ların Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenen uzmanlık alanıyla doğrudan ilgili lisans mezuniyeti bulunmayan alanlardaki programların Öğr. Gör. kadrolarına başvuracak adaylarda, en az lisans mezunu olup belgelendirmek kaydıyla alanında en az iki yıl tecrübe sahibi olmak."
- "MYO'ların Yükseköğretim Kurulu tarafından belirlenen uzmanlık alanlarındaki uygulamalı dersleri vermek üzere istihdam edilecek Öğr. Gör.'lerde, her program için Yükseköğretim Kurulu tarafından karar verilen sayıdaki Öğr. Gör. kadrosu için geçerli olmak üzere, lisans mezunu olup belgelendirmek kaydıyla uygulama alanında en az dört yıl mesleki tecrübe sahibi olmak şartı aranır."

MYO'lar hem sanayinin hem de sosyal kuruluşların ara eleman ihtiyacını karşılamada kilit bir role sahip olsa da geçtiğimiz yıllarda eğitim öğretim kalitesinin artan öğrenci sayısı ile birlikte düştüğü gözlemlenmiştir. Birçok yerleşim yerinde MYO'lar kurulmaktadır fakat bu yerlerin hem alt yapısı mesleki eğitim için yetersiz hem de MYO açılması için sunulan gerekçeler makul değildir. MYO kuruluşlarında ve MYO'lara bölüm-program açılırken temel hedef üniversiteyi ve MYO nicelik yönünden büyütme değil bölgenin ara eleman ihtiyacını karşılamak olmalıdır (Ulus vd., 2015: 170).

1. Sağlık Yönetimi ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı

Sağlık yönetimi ve yöneticiliğinin tarihi her ne kadar eski olsa da 20. yüzyıl başlarında emek ve teknoloji yoğun modern sağlık kurumlarına ve hastanelerine geçişle birlikte sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sağlık yöneticilerine olan ihtiyaç ön plana çıkmıştır. Sağlık yönetimi kavramı ise 1920'de Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir kongrede ilk kez ele alınmıştır (Aktaran: Kaptanoğlu, 2011: 19-20). Sağlık yönetimi eğitimi anlamında ABD'de bulunan Chicago Üniversitesi öncüdür (Hilsenrath, 2012: 386). Türkiye'de ise 1963 yılında sağlık yöneticisi yetiştirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık İdaresi Yüksek Okulu (Tengilimoğlu, 2009) ile başlayan Sağlık Yönetimi eğitimi günümüzde birçok üniversitede ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyde devam etmektedir.

"Sağlık yönetimini en genel anlamı ile sağlık hizmetleri üretimi yoluyla toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek için maddi ve insan kaynakların planlanması, örgütlenmesi, harekete geçirilmesi ve denetlenmesi sürecidir" (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 104) şeklinde tanımlamak mümkündür. Sağlık yönetimi, kişisel sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ve bu kuruluşlar içindeki bölümlere ve sunulan hizmetlere liderlik eden ve yön veren bir meslektir (Thompson, Buchbinder ve Shanks, 2012: 2). Bunun yanı sıra sağlık yöneticileri; sağlık hizmetlerinin sunumunu koordine etmek ve yönetmek; sağlık hizmetlerinin sunumuna liderlik sağlamak ve sağlık kuruluşlarının stratejik yönüne rehberlik etmekle yükümlüdür (White ve Clement, 2015: 94).

Araştırmaya konu olan Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının ihtiyacı olan idari ve yönetime ait olan faaliyetleri yürütecek nitelikli insan kaynağını yetiştirmeyi amaçlayan ön lisans düzeyinde eğitim veren bir programdır. Bu programa Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yapılan Yükseköğretim Kurumları



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Sınavı (YKS) sonucu elde edilen Temel Yeterlilik Testi (TYT) puan türüne göre öğrenci almaktadır. İki yıllık eğitimi tamamlayıp mezun olan öğrenciler, ön lisans derecesine sahip olmaktadır (Sağlık Bilimleri Üniversitesi).

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarının müfredatlarında yer alan dersler Ersan ve diğerleri (2021) tarafından yapılan bir araştırmaya konu olmuş ve 26 kamu, 10 vakıf üniversitesi olmak üzere toplamda 36 üniversitedeki Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarının müfredatlarında yer alan derslerin çeşitliliği incelenmiş, programlarda yer alan 196 ders tespit edilmiştir. Söz konusu dersler araştırmacılar tarafından kapsamı ve içerikleri açısından kategorilere ayrıştırılmıştır. Türkiye genelinde sağlık kurumları işletmeciliği programında verilen derslerin genel bir görünümünü sunan araştırma sonucuna göre “sağlık bilimleri, hukuk, matematik, ekonomi ve finansman, sosyoloji, yönetim ve strateji, iletişim, teknoloji, araştırma yöntemleri, mesleki uygulama, sanat, mesleki İngilizce, beden eğitimi, psikoloji, işletme, pazarlama, kalite, dokümantasyon” olmak üzere 18 kategoride ders verilmektedir.

Sağlık kurumları işletmeciliği programı mezunlarının karşılaştığı sorunlar incelendiğinde, kamuda yaygın şekilde atamasının olmaması nedeniyle (Doğan ve Esen, 2009:166; Nazlı ve Aktaş, 2018: 1593) bölüm mezunlarının özel sektör, ilaç sektörü ve bölüm dışı farklı alanlardaki sektörlere yöneldiği görülmektedir. Ayrıca Yorulmaz ve Gençtürk (2018: 1312) Türkiye’deki kamu sağlık kurumlarında Sağlık Yönetimi alanında profesyonel eğitim almış yöneticilerin çalıştırılmasına ilişkin olarak büyük eksiklikler olduğunu, arz ve ihtiyaç bulunmasına rağmen profesyonel sağlık yöneticisi istihdamının gerçekleşmediğini ifade etmektedir. Yine aynı çalışmada Sağlık Yönetimi mesleğinde yaşanan eğitimle ilgili sorunlar; alan dışı akademisyenler, alanında yetişmiş akademisyen eksikliği, öğrenci kalitesinin düşüklüğü, sahada mesleği temsil edecek nitelikli personel eksikliği, eğitimde kalite düşüklüğü, eğitimde standardizasyon eksikliği olarak açıklanmaktadır. Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı’nın ders çeşitliliği incelemesinde yer alan tüm dersleri Sağlık Yönetimi öğrencileri lisans dönemlerinde profesyonel olarak almaktadır. Alanında uzman kişilerin bu programlarda istihdam edilmesi, yukarıda bahsi geçen istihdam sorununu hafifletebileceği gibi alan dışı akademisyenlerden kaynaklı sorunların da önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma ile amaçlanan Türkiye’deki meslek yüksekokullarında bulunan Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı’nda görev yapan öğretim elemanlarının akademik özgeçmişlerinin incelenerek genel bir profilinin ortaya konmasıdır. Literatür incelendiğinde Turizm Rehberliği (Boyraz ve Kabakulak, 2020; Baytok vd., 2019), Eğitim Programları ve Öğretim (Erişti, 2013), Sivil Hava Ulaştırma İşletmeciliği (Kiracı vd., 2013) gibi bölümlerde ve İletişim Fakültelerinde (Ünlü vd., 2012) görev yapan öğretim elemanlarının profilinin çeşitli açılardan incelendiği çalışmalar yer almaktadır. Fakat Türkiye’de Sağlık Kurumları İşletmeciliği programında görev yapan öğretim elemanlarının profilini ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu durum, mevcut çalışmanın özgünlüğünü ve yapılış motivasyonunu ortaya koymasından dolayı değerlidir.

YÖNTEM

Araştırmada, daha önce çeşitli amaçlarla elde edilmiş veriler ve dokümanları barındıran ikincil verilerden, ikincil veri türlerinden ise dokümantasyonel ikincil verilerden yararlanılmıştır (Altunışık vd., 2012). Bu kapsamda, yazılı olmayan dokümantasyonel malzeme olarak, Türkiye’de öğretime devam eden Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında görev yapan akademisyenlerin YÖKAKADEMİK web sitesinde yer alan özgeçmişleri tercih edilmiştir. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırma olmasına karşın açıklayıcı verilerden de yararlanılmıştır. Araştırma kapsamında örnekleme alınan akademisyenlerin CV’leri içerik analizine tabi tutulmuştur.

Araştırma kapsamında 2 Şubat 2022 tarihinde, YÖKATLAS veri tabanı tercih sihirbazı üzerinde yapılan araştırmayla aktif olarak öğrenci almakta olan Sağlık Kurumları İşletmeciliği programları tespit edilmiştir. İlgili programlarda görev yapan öğretim elemanlarının tespit edilmesi amacıyla, programların bağlı buldukları üniversitelerin ve ilgili MYO'ların web sitelerine girilerek akademik kadroları incelenmiştir. Bu kapsamda 47'si devlet 9'u vakıf olmak üzere 56 üniversitede bulunan 75 Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı tespit edilmiştir. Öğretim elemanlarına ait bilgilere ulaşılamayan; Anadolu Üniversitesi (açık öğretim), İstanbul Üniversitesi (açık öğretim) ve Kıbrıs Amerikan Üniversitesi analize dâhil edilmemiştir. Bu kapsamda 32'si il merkezlerinde 40'ı ise ilçe meslek yüksekokullarında bulunan 72 Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı incelemeye alınmıştır. Yapılan araştırmada sağlık kurumları işletmeciliği programlarında çalışmakta olan 209 öğretim elemanı olduğu tespit edilmiştir.

Tespit edilen öğretim elemanlarının, bağlı buldukları üniversitelerin web siteleri ve YÖKAKADEMİK veri tabanında yer alan özgeçmişleri karşılıklı olarak incelemeye alınmıştır. Elde edilen veriler içerik analizine tabi tutulmuştur. Elde edilen veriler Microsoft Office Excel paket programı üzerinde oluşturulan veri tabanına önceden belirlenmiş kategoriler (üniversite türü, MYO türü, bölüm türü, kadronun bulunduğu il/ilçe, unvan, cinsiyet, öğrenim durumu, lisan mezuniyet bölümü, lisans üniversite, yüksek lisans bölüm, yüksek lisans üniversite, doktora bölüm, doktora üniversite) çerçevesinde işlenmiş, SPSS 22 programı yardımıyla veriler tablollaştırılmış ve analizi yapılmıştır.

Araştırma kapsamında bazı üniversitelerin öğretim elemanı bilgilerine ulaşılamamış olması ve bazı öğretim elemanlarının YÖKAKADEMİK veri tabanına özgeçmişlerini işlememiş olmaları kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada kullanılan verilerin kamuya açık veriler olması ve herhangi bir klinik süreç veya canlılık çalışmaya doğrudan dâhil edilmemesi sebebiyle etik kurul iznine gerek duyulmamıştır.

BULGULAR

Araştırma çerçevesinde özgeçmişleri incelenen öğretim elemanlarına ait demografik bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Demografik Bilgiler

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	118	56,5
Kadın	91	43,5
Çalıştığı Yer		
Merkez	91	43,5
İlçe	118	56,5
Üniversite Türü		
Devlet	185	88,5
Vakıf	24	11,5
Öğrenim Durumu		
Doktora Mezunu	58	27,8
Doktora Öğrencisi	73	34,9
Yüksek Lisans Mezunu	56	26,8
Tezsiz Yüksek Lisans Mezunu	8	3,8
Yüksek Lisans Öğrencisi	3	1,4
Lisans Mezunu	5	2,4
Belirtilmemiş	6	2,9
Unvan		
Doç. Dr.	9	4,4
Dr. Öğr. Üyesi	28	13,7

Öğr. Gör. Dr.	21	10
Öğr. Gör.	149	71,3
Yarı Zamanlı Öğr. Gör.	2	1,0
MYO Türü		
Meslek Yüksekokulu	149	71,3
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	52	24,9
Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu	5	2,4
Sağlık Meslek Yüksekokulu	3	1,4
Bölüm Türü		
Yönetim ve Organizasyon	204	97,6
Tıbbi Hizmetler ve Teknikler	5	2,4
TOPLAM	209	100,0

Çalışma kapsamında örnekleme alınan kişilerin %56,5'ini (118) erkek öğretim elemanları oluşturmaktadır. Her ne kadar oranlar yakın olsa da Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında erkek öğretim elemanlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğretim elemanlarının çalıştıkları MYO'ların bulunduğu yer değerlendirildiğinde ilçe MYO'larda 118 (%56,5), il merkezlerinde ise 91 (%43,5) öğretim elemanının çalıştığı görülmektedir. Bu durumun, Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarının çoğunun (40 MYO) ilçe MYO'larda bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamında örnekleme dâhil edilen öğretim elemanlarının 185'i (%88,5) devlet üniversitelerinde çalışırken, 24'ü (%11,5) vakıf üniversitelerinde çalışmaktadır. Öğretim elemanlarının öğrenim durumu incelendiğinde, doktora mezunu 58 (%27,8), doktora öğrencisi 73 (%34,9), yüksek lisans mezunu 56 (%26,8), tezsiz yüksek lisans mezunu 8 (%3,8), yüksek lisans öğrencisi 3 (%1,4) ve lisans mezunu 5 (%2,4) öğretim elemanı bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca özgeçmişlerinde öğrenim durumu belirtilmemiş 6 (%2,9) öğretim elemanı yer almaktadır. Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarının akademik kadrolarında 9 (%4,4) Doçent Doktor, 28 (%13,7) Doktor Öğretim Üyesi, 21 (%10) Öğretim Görevlisi Doktor ve 149 (%71,3) Öğretim Görevlisi bulunmaktadır. Bunun dışında 2 (%1) Yarı Zamanlı Öğretim Görevlisi Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında görev yapmaktadır. Ön lisans programlarında genellikle yüksek lisans mezunu Öğr. Gör. istihdam edilmesine rağmen Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında azımsanmayacak kadar doktor unvanlı ve aynı şekilde doktora yapmakta olan öğretim elemanı bulunmaktadır.

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarının üniversiteler bünyesinde ön lisans eğitimi veren, 4 farklı MYO içerisinde bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca söz konusu MYO'lar içerisinde, Meslek Yüksekokulları bünyesinde 149 (%71,3), Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında 52 (%24,9), Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokullarında 5 (%2,4), Sağlık Meslek Yüksekokulu bünyesinde ise 3 (%1,4) öğretim elemanı çalışmaktadır. Türkiye'de Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı, Yönetim ve Organizasyon ile Tıbbi Hizmetler ve Teknikler bölümleri içerisinde yer alabilmektedir. Araştırma kapsamında 204 (%97,6) öğretim elemanının yönetim ve organizasyon, 5 (%2,4) öğretim elemanının ise Tıbbi Hizmetler ve Teknikler bölümünde eğitim öğretime devam ettiği tespit edilmiştir.

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında görev yapmakta olan öğretim elemanlarının çalıştıkları üniversite türü ve çalıştıkları yerlerin cinsiyetler açısından değerlendirilmesi Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Üniversite Türü ve Çalıştıkları Yerlerin Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi

Değişkenler	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		F	%
	F	%	F	%		
Üniversite Türü						
Devlet	109	58,90	76	41,10	185	100
Vakıf	9	37,50	15	62,50	24	100
Çalıştığı Yer						
Merkez	52	57,1	39	42,9	91	100
İlçe	66	55,9	52	44,1	118	100

Araştırma kapsamında, devlet üniversitelerinde çoğunlukla erkek öğretim elemanları (%58,9) görev yaparken vakıf üniversitelerinde ise kadın öğretim elemanlarının (%62,5) çoğunlukta olduğu görülmüştür. Çalıştıkları MYO'ların bulunduğu yer açısından ise hem ilçelerde (%55,9/ %44,1) hem şehir merkezlerindeki (%57,1 / %42,9) MYO'larda erkek öğretim elemanlarının daha fazla olduğunu söylenebilir. Ancak ilçelerde çalışan öğretim elemanları değerlendirildiğinde, kadın öğretim elemanlarının oranında bir artış görülürken, erkek öğretim elemanlarının oranında düşüş tespit edilmiştir.

Sağlık kurumları işletmeciliği öğretim elemanlarının mezun oldukları lisans bölümlerine yönelik bilgilere Tablo 3'te yer verilmiştir.

Tablo 3. Öğretim Elemanlarının Mezun veya Öğrencisi Oldukları Bölümlerin Öğrenim Düzeylerine Göre Değerlendirilmesi

Bölümler	Lisans		Yüksek Lisans		Doktora	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
İşletme	65	31,1	71	34,0	48	23,0
Sağlık Yönetimi	52	24,9	62	29,7	45	21,5
İktisat	12	5,7	13	6,2	9	4,3
Kamu Yönetimi	11	5,3	10	4,8	5	2,4
Maliye	9	4,3	5	2,4	2	1,0
İstatistik	4	1,9	2	1,0	2	1,0
Ekonometri	3	1,4	2	1,0	0	0
Hemşirelik	3	1,4	2	1,0	2	1,0
İktisadi ve İdari Programlar	3	1,4	0	0	0	0
Uluslararası Ticaret	3	1,4	0	0	0	0
Halkla İlişkiler ve Tanıtım	2	1,0	0	0	1	0,5
İnşaat Mühendisliği	2	1,0	1	0,5	0	0
Matematik	2	1,0	1	0,5	1	0,5
Ortaöğretim Fen ve Matematik Alanlar Eğitimi	2	1,0	0	0	0	0
Tıp	2	1,0	0	0	2	1,0
Uluslararası İlişkiler	2	1,0	1	0,5	0	0
Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği	1	0,5	1	0,5	0	0
Aktüerya Bilimleri	1	0,5	0	0	0	0
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	1	0,5	5	2,4	4	1,9
Diş Hekimliği	1	0,5	0	0	0	0
Felsefe	1	0,5	1	0,5	0	0
Gazetecilik	1	0,5	1	0,5	0	0
Mesleki Eğitim	1	0,5	0	0	0	0
Sağlık Memurluğu	1	0,5	0	0	0	0
Sınıf Öğretmenliği	1	0,5	0	0	0	0
Tarih	1	0,5	1	0,5	0	0
Turizm İşletmeciliği	1	0,5	1	0,5	0	0
İnsan Kaynakları Yönetimi	0	0	3	1,4	1	0,5
Eğitim Yönetimi	0	0	1	0,5	2	1,0

Halk Sağlığı	0	0	1	0,5	0	0
İletişim Bilimleri	0	0	1	0,5	0	0
Mali Hukuk	0	0	1	0,5	0	0
Pazarlama	0	0	2	1,0	0	0
Sayısal Yöntemler	0	0	1	0,5	1	0,5
Sosyoloji	0	0	1	0,5	0	0
Yönetim ve Organizasyon	0	0	1	0,5	1	0,5
Radyo, Televizyon ve Sinema	0	0	0	0	2	1,0
Atatürk İlkeleri ve İnkılap Tarihi	0	0	0	0	1	0,5
Bölüm Belirtilmemiş	20	9,6	6	2,9	2	1,0
Toplam	209	100	198	100	131	100

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programında çalışmakta olan öğretim elemanları 27 farklı lisans bölümünden mezun olmuş akademisyenlerden oluşmaktadır. Aynı şekilde araştırmaya konu olan öğretim elemanları 26 farklı yüksek lisans ve 18 farklı doktora anabilim dalında eğitim almış ya da öğrenimine devam etmektedir. Lisans düzeyinde 65 (%31,1) kişi ile İşletme Bölümü en fazla mezunu bulunan bölümdür. Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programının bir üst diploma seviyesi olan Sağlık Yönetimi Bölümleri ise 52 (%24,9) öğretim elemanı ile ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca İktisat 12 (%5,7), Kamu Yönetimi 11 (%5,3) Ve Maliye 9 (%4,3) mezun ile Sağlık Kurumları İşletmeciliği alanında en çok istihdam edilen ilk beş bölüm olarak öne çıkmaktadır. Lisans mezuniyet alanlarına bakıldığında genellikle sosyal bilimler ve idari bilimler alanlarından öğretim elemanları bulunmakla birlikte; Tıp, Hemşirelik, Diş Hekimliği, İnşaat Mühendisliği, Felsefe, Tarih, Aktüerya Bilimleri ve öğretmenlik branşları gibi alan dışı sayılabilecek bölümlerden mezunların Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında öğretim elemanı olarak görev yaptığı tespit edilmiştir.

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında, yüksek lisans düzeyinde lisansüstü eğitime devam eden veya yüksek lisansını tamamlamış 198 öğretim elemanı bulunmaktadır. Öğretim elemanlarının mezun oldukları veya halen öğrencisi oldukları yüksek lisans programlarına bakıldığında 26 farklı anabilim dalında eğitim almış/almakta oldukları görülmüştür. Öğretim elemanlarının 71'i (%34) İşletme anabilim dalında, 63'ü (%29,7) Sağlık Yönetimi Anabilim dalında yüksek lisans eğitimini tamamlamış ya da devam etmektedir.

Doktora düzeyinde, 58 öğretim elemanının doktora mezunu olduğu, 73 öğretim elemanının ise doktora öğrenimine devam ettiği tespit edilmiştir. Söz konusu öğretim elemanları 17 farklı anabilim dalında eğitim almış ya da almaktadır. Bu kapsamda lisans ve yüksek lisans düzeyinde olduğu gibi işletme anabilim dalında doktora mezunu ve doktora öğrencisi olanlar ile Sağlık Yönetimi anabilim dalında doktora mezunu ve doktora öğrencisi olanların öne çıktığı görülmektedir.

Yüksek lisans ve doktora düzeyinde İşletme, Sağlık Yönetimi, İktisat, Kamu Yönetimi ve Maliye gibi sosyal bilimler alanları öne çıkmakla birlikte, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, İnsan Kaynakları Yönetimi gibi anabilim dalları ön plana çıkmaktadır. Yine lisans bölümlerinde olduğu gibi alan dışı ana bilim dallarında eğitim almış ya da almakta olan öğretim elemanları da bulunmaktadır.

Öğretim elemanlarının unvanlarına ve öğrenim düzeylerine göre en çok mezun veren ya da öğrencisi bulunan ilk 5 bölümün incelendiği veriler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Unvanlara Göre Bölüm ve Öğrenim Düzeyi Dağılımı*

Değişkenler		Unvan									
		Doç. Dr.		Dr. Öğr. Üyesi		Öğr. Gör. Dr.		Öğr. Gör.		Yarı Zamanlı Öğr. Gör.	
Bölüm / ABD	Öğrenim Düzeyi	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
İşletme	Lisans	1	11,1	12	42,9	11	52,4	41	27,5	0	0
	Y.Lisans	3	33,3	9	32,1	13	61,9	46	30,9	0	0
	Doktora	5	55,6	13	46,4	14	66,7	16	10,7	0	0
Sağlık Yönetimi	Lisans	3	33,3	3	10,7	1	4,8	44	29,5	1	50,0
	Y.Lisans	4	44,4	5	17,9	2	9,5	50	33,6	1	50,0
	Doktora	2	22,2	3	10,7	1	4,8	38	25,5	1	50,0
İktisat	Lisans	1	11,1	1	3,6	4	19,0	6	4,0	0	0
	Y.Lisans	0	0	4	14,3	3	14,3	6	4,0	0	0
	Doktora	0	0	2	7,1	3	14,3	4	2,7	0	0
Kamu Yönetimi	Lisans	1	11,1	2	7,1	0	0	8	5,4	0	0
	Y.Lisans	0	0	4	14,3	1	4,8	5	3,4	0	0
	Doktora	0	0	1	3,6	1	4,8	3	2,0	0	0
Maliye	Lisans	2	22,2	0	0	0	0	7	4,7	0	0
	Y.Lisans	0	0	1	3,6	0	0	4	2,7	0	0
	Doktora	0	0	1	3,6	0	0	1	0,7	0	0
Diğer Bölümler	Lisans	1	11,1	10	35,7	4	19,0	24	16,1	1	50,0
	Y.Lisans	2	22,2	5	17,9	1	4,8	23	15,4	0	0
	Doktora	2	22,2	7	25	1	4,8	8	5,4	1	50,0
Belirtilmemiş / Eğitime Devam Etmeyen	Lisans	0	0	0	0	1	4,8	19	12,8	0	0
	Y.Lisans	0	0	0	0	1	4,8	15	10,1	1	50,0
	Doktora	0	0	1	3,6	1	4,8	79	54,0	0	0
Toplam		9	100	28	100	21	100	149	100	2	100

*En çok mezunu ya da öğrencisi öğretim elemanı olan ilk 5 bölüme yer verilmiştir.

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında görev yapmakta olan öğretim elemanları içerisinde 149 Öğretim Görevlisi (Öğr. Gör.) bulunmaktadır. Öğr. Gör.'lerin %29,5'i lisans, %33,6'sı yüksek lisans ve %25,5'i doktora düzeyinde, Sağlık Yönetimi alanından mezun ya da öğrenci olarak devam etmektedir. Aynı şekilde %27,5'i lisans, %30,9'u yüksek lisans, %10,7'si doktora düzeyinde olmak üzere İşletme alanında mezun ya da öğrencidir. Araştırma kapsamında Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında 21 öğretim görevlisi doktor (Öğr. Gör. Dr.)'un görev yaptığı tespit edilmiştir. Söz konusu unvanlarda bulunan öğretim elemanları içerisinde ise İşletme Bölümü mezunları büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. Öğr. Gör. Dr.'ın %52,4'ü lisans, %61,9'u yüksek lisans, %66,7'si ise doktora eğitimini İşletme alanında tamamlamıştır. İşletme bölümünü, %19 lisans ve %14,3 oranlarıyla yüksek lisans ve doktora mezunu bulunan İktisat Bölümü takip etmektedir. Öğr. Gör. Dr.'lara benzer şekilde 28 doktor öğretim üyesi (Dr. Öğr. Üyesi) içerisinde işletme mezunlarının (%42,9) çoğunluğu oluşturduğunu belirtmek mümkündür. Çalışma kapsamında Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında çalışmakta olan 9 Doçent doktor (Doç. Dr.) bulunduğu, bunlar içerisinde diğer unvanlarda olduğu gibi Sağlık Yönetimi (lisans: %33,3, yüksek lisans: %44,4, Doktora: %22,2) ve İşletme (lisans: %11,1, yüksek lisans: %33,3, Doktora: %55,6) bölümü mezunları ön plana çıkmaktadır.

Tablo 4. incelendiğinde henüz akademik hayata yeni başlamış olan akademisyenlerde Sağlık Yönetimi mezunlarının tüm öğrenim düzeylerinde artış gösterdiği söylenebilir. Aynı şekilde Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarının, Sağlık Yönetimi alanıyla doğrudan ilişkili olması sebebiyle

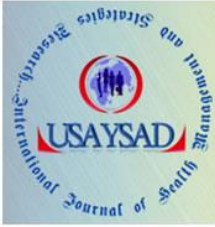
diğer bölümlerden mezun olan öğretim elemanlarının da lisansüstü düzeyde sağlık yönetimi alanına bir yönelim gösterdikleri söylenebilir.

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında çalışan öğretim elemanlarının mezun oldukları üniversitelerin öğrenim düzeylerine göre değerlendirildiği veriler Tablo 5’te yer almaktadır.

Tablo 5. Öğretim Elemanlarının Mezun Oldukları/Öğrencisi Oldukları Üniversiteler*

Üniversiteler	Lisans		Yüksek Lisans		Doktora	
	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Anadolu Üniversitesi	24	11,5	3	1,4	0	0
Süleyman Demirel Üniversitesi	15	7,2	23	11,0	20	9,6
Cumhuriyet Üniversitesi	13	6,2	22	10,5	5	2,4
Hacettepe Üniversitesi	13	6,2	1	0,5	6	2,9
Atatürk Üniversitesi	8	3,8	7	3,3	2	1,0
Ankara Üniversitesi	7	3,3	1	0,5	2	1,0
İnönü Üniversitesi	7	3,3	3	1,4	2	1,0
Uludağ Üniversitesi	7	3,3	1	0,5	2	1,0
Afyon Kocatepe Üniversitesi	6	2,9	4	1,9	4	1,9
Selçuk Üniversitesi	6	2,9	2	1,0	5	2,4
Gazi Üniversitesi	5	2,4	7	3,3	5	2,4
Karadeniz Teknik Üniversitesi	5	2,4	3	1,4	3	1,4
Dokuz Eylül Üniversitesi	4	1,9	5	2,4	3	1,4
Kırıkkale Üniversitesi	4	1,9	2	1,0	0	0
Marmara Üniversitesi	4	1,9	5	2,4	0	0
Başkent Üniversitesi	3	1,4	0	0	0	0
Dumlupınar Üniversitesi	3	1,4	3	1,4	0	0
Erciyes Üniversitesi	3	1,4	1	0,5	2	1,0
Fırat Üniversitesi	3	1,4	10	4,8	3	1,4
İstanbul Üniversitesi	3	1,4	3	1,4	5	2,4
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	3	1,4	2	1,0	3	1,4
Aksaray Üniversitesi	2	1,0	3	1,4	0	0
Ege Üniversitesi	2	1,0	0	0	0	0
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	2	1,0	2	1,0	0	0
Kafkas Üniversitesi	2	1,0	3	1,4	2	1,0
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	2	1,0	6	2,9	2	1,0
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi	1	0,5	4	1,9	0	0
Pamukkale Üniversitesi	1	0,5	4	1,9	0	0
Sakarya Üniversitesi	1	0,5	6	2,9	4	1,9
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi	0	0	2	1,0	5	2,4
Beykent Üniversitesi	0	0	4	1,9	0	0
Hoca Ahmet Yesevi Uluslararası Türk-Kazak Üniversitesi	0	0	3	1,4	0	0
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	0	0	0	0	3	1,4
Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi	0	0	4	1,9	0	0
Kayseri Üniversitesi	0	0	0	0	5	2,4
Yüzüncü Yıl Üniversitesi	0	0	4	1,9	0	0
Diğer Üniversiteler	33	15,9	42	25,5	36	16,5
Belirtilmemiş	17	8,1	3	1,4	0	0
Lisansüstü eğitime devam etmiyor	0	0	11	5,3	81	38,8
Mezun Olunan Üniversite Türü						
Devlet	181	94,27	176	91,66	120	94,45
Vakıf	10	5,22	13	6,77	6	4,75
Yurt Dışı	1	0,51	3	1,57	1	0,8

*Her bir öğrenim düzeyinde 3’ün altında mezunu olan üniversiteler diğer üniversiteler olarak bir araya getirilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında çalışmakta olan öğretim elemanlarının 181'i (94,27) devlet, 10'u (5,22) vakıf, 1'i yurt dışı üniversitelerden olmak üzere 55 farklı üniversiteden lisans düzeyinde mezun olmuştur. Lisans mezunu olunan üniversiteler açısından değerlendirildiğinde Anadolu Üniversitesi (%11,5), Süleyman Demirel Üniversitesi (%7,2), Cumhuriyet Üniversitesi (%6,2) ve Hacettepe Üniversitesi (%6,2) en çok mezunu öğretim elemanı olmuş üniversiteler olarak ön plana çıkmaktadır. Lisans düzeyinde Anadolu Üniversitesi'nin açık ve uzaktan eğitim programlarında ikinci lisans programı olarak İşletme Bölümünü tamamlayan öğretim elemanları bu üniversitenin oranının yükselmesinde katkı sunmaktadır.

Yüksek lisans düzeyinde öğretim elemanlarının 176'sı (%91,66) devlet, 13'ü (%6,77) vakıf ve 3'ü (%1,57) yurt dışı üniversitelerden olmak üzere 65 farklı üniversitede eğitim aldıkları görülmüştür. Süleyman Demirel Üniversitesi (%11), Cumhuriyet Üniversitesi (10,5), Fırat Üniversitesi (%4,8), Atatürk Üniversitesi (%3,3) ve Gazi Üniversitesi (%3,3) lisansüstü düzeyde en çok öğretim elemanı yetiştiren üniversiteler olarak ön plana çıkmaktadır. Bu kapsamda Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans programı bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi ve Cumhuriyet Üniversitesi'nden mezun olan öğretim elemanlarının yoğunluğu dikkat çekmektedir.

Doktora düzeyinde ise 120'si (%94,45) devlet, 6'sı (%4,75) vakıf ve 1'i (%0,8) yurt dışı üniversitelerden olmak üzere toplam 52 farklı üniversiteden doktora mezunu ya da doktora öğrenimi sürecinde olan öğretim elemanı bulunmaktadır. Bu noktada Süleyman Demirel Üniversitesi'nin 20 (%9,6) öğretim elemanı ile diğer üniversitelere oranla en çok öğretim elemanı yetiştiren üniversite olarak ön plana çıktığını söylemek yanlış olmayacaktır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye'deki Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarının akademisyen profilini ortaya koymayı amaçlanan bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih itibarıyla devlet üniversitelerinde 47, vakıf üniversitelerinde 9 olmak üzere toplamda 56 adet üniversitede bu program bulunmaktadır. Ersan ve diğerlerinin (2021) Sağlık Kurumları İşletmeciliği programının ders çeşitliliğini ortaya koydukları çalışmalarında, 2019 yılı itibarıyla öğrenci almakta olan 35'i devlet 14'ü vakıf olmak üzere toplamda 48 üniversitede (Kıbrıs üniversiteleri hariç) bu programın olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara benzer şekilde Dalkılıç (2015) tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği lisans programlarının müfredatlarının incelendiği çalışmada, 2004 yılında sadece iki üniversitede yer alan Sağlık Kurumları İşletmeciliği programının 2014'te 46'ya yükseldiği ortaya konmuştur. Bu araştırmaların sonuçlarına bakıldığında Türkiye'de bulunan üniversitelerde Sağlık Kurumları İşletmeciliği programının artış eğiliminde olduğunu belirtmek yerinde olacaktır. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler itibarıyla, 2022 yılında eğitim öğretime devam etmekte olan 72 Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı bulunduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın bulgularına göre Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında çalışan akademisyenlerin %56,5'i erkek, %43,5'i kadındır. Öyle ki Türkiye İstatistik Kurumu (2022) verilerine bakıldığında Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde istihdam edilme oranı %42,8'dir. Bu oran içerisinde kadınların %26,3, erkeklerin %59,8 oranla istihdama katıldığı görülmektedir. Aldırmaz (2020)'in yapmış olduğu çalışmada Türkiye'de erkek akademisyenlerin %54,87, kadın akademisyenlerin ise %45,13 oranında yer aldığı görülmektedir. Bu bilgilerden hareketle kadınların akademik kadrolarda erkeklere göre daha az yer aldığını ifade etmek yanlış olmayacaktır. Buna karşın kadın akademisyen profilini incelediği araştırmasında Akgün (2020), 2006 yılından bu yana Türkiye'de her ile bir üniversite kurulmasının amaçlandığı ve bu süreçte akademik personel ihtiyacı arttığı için kadınların akademide sayılarının her geçen gün arttığını ortaya koymuştur. Devlet üniversitelerinde erkek (%58,9), vakıf üniversitelerinde kadın (%62,5) akademisyenlerin daha fazla çalıştığı görülmektedir. Aldırmaz (2020)'in çalışmasının sonuçlarına göre devlet



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

üniversitelerinde erkek öğretim elemanları (%56,26) kadınlara (%43,74) oranla daha fazla istihdam edilmektedir.

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programında görev alan öğretim elemanlarının lisans, yüksek lisans ve doktora mezuniyetlerine bakıldığında İşletme mezunlarının bu alanda daha fazla istihdam edildiği sonucuna ulaşılmıştır. Alkan'a (2022) göre Türkiye'de Sağlık Yönetimi eğitimine 1963'te başlanmış ve pek çok üniversitede lisans ve lisansüstü programlar açılrsa da sağlık yönetiminin meslekleşebilmesi 2014'e kadar sürmüştür. Yorulmaz ve Gençtürk (2018) Sağlık Yönetimi alanının temel sorunlarını inceledikleri çalışmalarında, öğretim elemanı kadrolarında Sağlık Yönetimi mezunu olmayan kişilerin eğitim verdiğini ve bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde İşletme Bölümü kökenli öğretim elemanlarının istihdam edildiğini ortaya koymuştur. Bu bilgilerden yola çıkıldığında Sağlık Kurumları İşletmeciliği programında ortak alan/alan dışı akademik personelin fazla sayıda olması makul karşılanmaktadır. Ancak Güngör Önen ve Önen (2018)'in yapmış oldukları araştırmaya göre 48 tane üniversitede Sağlık Yönetimi yüksek lisans programı olduğu ortaya konmuştur. Söylemez ve Kaya (2020)'nin çalışmasında ise toplamda 19 üniversitede Sağlık Yönetimi doktora programı bulunmaktadır. Bu açıklamalardan yola çıkıldığında Sağlık Kurumları İşletmeciliği programları gibi Sağlık Yönetimi kapsamında değerlendirilebilecek bir programda öğretim elemanı ihtiyacının yine Sağlık Yönetimi alanında yetişmiş ya da yetişmekte olan kişilerce karşılanması olası görünmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre; Anadolu Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Cumhuriyet Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi'nin lisans mezunları Sağlık Kurumları İşletmeciliği programında daha fazla istihdam edilmektedir. Yüksek lisans mezuniyeti olarak Süleyman Demirel ve Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı kadrolarında daha fazla yer aldığı görülmektedir. Doktora mezunu ya da eğitimine devam eden kişiler açısından Süleyman Demirel Üniversitesi'nin diğer üniversitelere göre ön planda olduğu görülmektedir. Türkiye'de Sağlık Yönetimi alanında ilk eğitim veren kurum Hacettepe Üniversitesi olduğu gibi Ankara Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi bu anlamda başı çekmiştir (Alkan, 2022). Hacettepe Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi öğrencilerinin Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında öğretim elemanı olarak istihdam düzeylerinin daha yüksek olması beklenirken bu anlamda ön plana çıkan Anadolu Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi ve Cumhuriyet Üniversitesi olmuştur. Anadolu üniversitesi açık öğretim programlarının ikinci üniversite imkânı sunması bu alanda ön plana çıkmasına sebep olmaktadır. Ayrıca Süleyman Demirel Üniversitesi ve Cumhuriyet üniversitesi ise Sağlık Yönetimi alanında lisans programının yanı sıra yüksek lisans ve doktora programlarının bulunması akademisyen ve akademisyen adaylarının bu üniversitelere yönelmesine sebep olabilmektedir.

Bu araştırmaya göre; Sağlık Yönetimi alanı yeni bir disiplin olmamasına karşın Türkiye'de meslekleşebilmesi uzun sürdüğü için Sağlık Yönetimi ile ilgili alanlarda, çeşitli seviyelerdeki akademik birim ve kadrolarda yer alan kişilerin bu alan dışında diğer bilim dallarında eğitim görmüş kişilerden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında ağırlıklı olarak İşletme mezunu bireylerin yer aldığı ayrıca alan dışı sayılabilecek pek çok akademisyenin görev yaptığı görülmüştür. Akademik yaşamda akademisyenlerin başarısına ve aidiyet duygusuna ve akademik kimliklerine etki eden faktörlerden biri de uzmanlık alanı ve alan hâkimiyetidir (Tüfekçi Akcan, Malkoç ve Kızıltan, 2018: 576; Memiş Sağır, 2021: 244). Dolayısıyla alan dışı istihdam edilen öğretim elemanlarının derslere hâkimiyet, aidiyet ve başarı gibi birçok konuda zorluk yaşayabileceklerini ifade etmek mümkündür. Bu açıdan Sağlık Kurumları İşletmeciliği programlarında, Sağlık Yönetimi mezunu olan kişilerin istihdam edilirken öncelikli olması önerilmektedir. Öte yandan Sağlık Yönetimi alanında lisans ve lisansüstü eğitim



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

veren kurumların sayısı arttığı için ilerleyen dönemde bu programda alan mezunu kişilerin daha fazla istihdam edilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın veri toplama sürecinde, üniversitelerin resmî web sitelerinde; akademik kadro ve birimler ile ilgili bilgilerin eksikliği ve güncel olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla üniversitelerin web sitelerini güncel tutmaları gerek yapılacak araştırmalarda katkı sağlayacak gerekse üniversite tercih döneminde adayların üniversite hakkında daha fazla bilgi edinebilmesine olanak sağlayacaktır. Ayrıca bazı akademik personelin, üniversite web sitesinde yer almasına rağmen, CV'lerinin bulunmadığı, eğitim bilgilerinin güncel olmadığı tespit edilmiştir. Söz konusu durum araştırmanın bir kısıtı olmaktadır. Üniversite web sitelerinden CV'lerine ulaşılamayan akademisyenlerin YÖKSİS veri tabanına girdikleri bilgileri YÖKAKADEMİK sayfası üzerinden tespit edilmeye çalışılmıştır. Ancak yine birçok akademisyenin CV'lerinin güncel olmadığı ya da eksik bilgi içerdiği görülmüştür. Bu anlamda akademisyenlerin YÖKSİS veri tabanında yer alan CV'lerini güncel tutmaları, eğitim bilgilerinin tam ve eksiksiz bir şekilde doldurmaları gerektiği anlaşılmıştır. Araştırma yapılırken üniversitelerin sitelerinin akademik personele ait bilgileri (bölüm/program) yansıtma noktasında yetersiz olduğu görülmüştür. Bu açıdan üniversitelerdeki ilgili birimlerde çalışan personelin ilgilere ve araştırmacılara kolay bir şekilde bilgi sağlayabilmesi adına ilgili kısımları düzenlemesi önerilmektedir.

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makalenin veri setinin oluşturulması, veri toplama, verilerin analizi ve yorumlanması aşamalarından ikinci yazar veri toplama, tartışma ve sonuç bölümü yazım aşamasından üçüncü yazar literatür taraması, veri toplama, şekil şartlarının düzenlenmesi ve eleştirel okumadan sorumludur.

Çatışma Beyanı: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Akcan Tüfekçi, A., Malkoç, S., Kızıltan, Ö. (2018). Akademisyenlere Göre Akademi ve Akademik Kültür. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18 (1), 569-591.
- Akdemir, A. vd. (2018). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Mesleki, Sosyal ve Entelektüel Eğilimlerinin Araştırılması. *Journal of Business Research Turk*. 12(1), 493-527.
- Akgün, Z. (2020). Bireysel Yenilikçilik Eğilimi ve Yeniliğin Önündeki Engeller Açısından Kadın Akademisyen Profilleri: 2006 Yılından Sonra Kurulan Üniversitelerde Bir Durum Analizi. *World Women Studies Journal*, 5(5), 1-24.
- Aldırmaz, Y. (2020). Türkiye'de Akademi Cinsiyet Eşit (siz) liği Raporu: 2020. https://www.researchgate.net/profile/Yasar-Aldirmaz/publication/342511353_Turkiye'de_Akademi_Cinsiyet_Esitsizligi_Raporu_2020_Gender_Inequality_Report_at_the_Academy_in_Turkey_2020/links/5ef892c892851c52d60418e6/Tuerkiyed-e-Akademi-Cinsiyet-Esitsizligi-Raporu-2020-Gender-Inequality-Report-at-the-Academy-in-Turkey-2020.pdf Erişim Tarihi: 26.3.2022.
- Alkan, A. (2022). "Sağlık Yönetimi Eğitiminin Dünü Bugünü", içinde R. Erdem ve S. Bostan (Ed.), *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, (ss. 99-121), 1. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Sakarya: Sakarya Yayıncılık, 2012.
- Boyras, M., & Kabakulak, A. (2020). Türkiye'deki Turizm Rehberliği Bölümlerinde Görev Yapan Akademisyenlerin Bilimsel Yayınlarının Bibliyometrik Analizi. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 2152-2163.

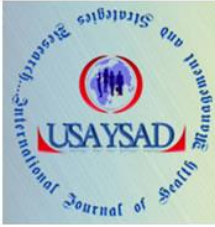


ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Dalkılıç, S. (2015). Sağlık Kurumları İşletmeciliği Lisans Programlarının Müfredatlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, Ankara.
- Doğan, T. & Esen, A. (2009). Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Öğretmenlik Mesleğine Yönelik Tutumları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 34(153), 157-168.
- Erişti, B. (2013). Türk Üniversitelerinde Eğitim Programları ve Öğretim Anabilim Dalında Görev Yapan Öğretim Elemanlarının Profilleri. *Eğitim ve Bilim*, 38(167), 312-326.
- Ersan, H., Türkmen, İ., & Kaya, R. R. (2021). Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programlarının Ders Çeşitliliğinin Analizi. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 792-809.
- Güngör Önlen, B., & Öngel, V. (2018). Türkiye'de Sağlık Yöneticiliği Eğitimi ve Yüksek Lisans Öğrencilerinin Öz Değerlendirmeleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, Geybullu Ramazanoğlu Özel Sayısı, 887-903.
- Hilsenrath, P. E. (2012). Healthcare Management Education Settings in the United States: History and Perspective, *Journal of Management History*, 18(4), 386-401.
- Kaptanoğlu, A. Y. (2011). Sağlık Yönetimi, Sağlık Yönetimi Kitabı İçinde (Editör: Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu), *İstanbul, Beşir Kitabevi*.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Yayınevi, 3. Baskı, Ankara.
- Kıracı, K., Bayrak, Ü., & Kurt, Y. (2013). Türkiye'deki Sivil Hava Ulaştırma İşletmeciliği Bölümü Öğretim Elemanı ve Yardımcılarının Akademik Özgeçmişlerinin Nicel Görünümü. II. *Ulusal Havacılık Teknolojisi ve Uygulamaları Kongresi Bildiri Kitabı*, 29-30.
- Memiş Sağır, P. (2021). Akademisyenliğin Mesleki Kimliğini Belirleyen Koşulların Değişimi. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 5 (2) , 238-255.
- Nazlı, İ. & Aktaş, H. (2018). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Geleceğe İlişkin Meslek Kaygısı: Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi.
- Öğretim Üyesi Dışındaki Öğretim Elemanı Kadrolarına Yapılacak Atamalarda Uygulanacak Merkezi Sınav ile Giriş Sınavlarına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. Tarih: 2018. Sayı: 30590.
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi. <https://gsmyo.sbu.edu.tr/Akademik/SaglikKurumlariIsletmeciligiProgrami> Erişim Tarihi: 28.02.2022
- Söylemez, Ş. Ç., & Kaya, Ş. D. (2020). Mesleki Uygulama Beklentilerinin Kariyer Motivasyonu Üzerine Etkisi: Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(28), 855-874.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., & Işık, O. (2009). Sağlık Kurumları İşletmeciliği. *Ankara: Nobel Yayıncılık*.
- Thompson, J. M., Buchbinder, S. B., & Shanks, N. H. (2012). An Overview of Healthcare Management, *Introduction to Health Care Management*, 1-16.
- TÜİK, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635> Erişim Tarihi: 26.3.2022.
- Turan, S. (2002). Teknolojinin Okul Yönetiminde Etkin Kullanımında Eğitim Yöneticisinin Rolü. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 30(30), 271-281.
- Ulus, L., Tuncer, N., & Sözen, Ş. (2015). Mesleki Eğitim, Gelişim ve Yeterlilik Açısından Meslek Yüksekokullarının Önemi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, Ekim(5), 168-185.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Ünlü, S., Atabek, N., & Taşçı, D. (2012). Türkiye'deki İletişim Fakültelerinde Öğretim Elemanı Profili. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Hakemli Dergisi*, 13, 333-352.
- White, K. R. & Clement, D. G., (2015). Healthcare Professionals, in B. F. Fried and M. D. Fottler, Human Resources in Healthcare Managing for Success, (pp, 79-106), Fourth edition, , Chicago :Health Administration Press.
- Yorulmaz, M., & Gençtürk, M. (2018). Türkiye’de Sağlık Yönetimi Mesleğinin Karşılaştığı Temel Sorunlar: Nitel Bir Çalışma. *Business & Management Studies: An International Journal*, 6(4), 1310-1321.
- Yüksek Öğretim Kanunu (2547). Resmî Gazete. Tarih: 1981; Sayı: 17506.
- Yükseköğretim Kurulu (2013, Eylül 9). Yükseköğretim Kurulu Mevcut Programlara Ön Lisans Öğrenci Alınması İçin Ölçütler ve Başvuru Formatı: <https://www.yok.gov.tr/kurumsal/idari-birimler/egitim-ogretim-dairesi/meslek/myo-kurma-program-acma-ogrenci-alma> adresinden alınmıştır.



**SAĞLIK EKONOMİSİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK HARCAMALARININ¹
EKONOMİK KALKINMA VE BÜYÜMEYE ETKİSİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA**
**A PRACTICE FOR THE IMPACT OF HEALTH EXPENDITURES ON
ECONOMIC DEVELOPMENT AND GROWTH WITHIN THE FRAMEWORK OF
HEALTH ECONOMICS**

Dr. Elçin GÜVEN

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

Prof. Dr. Arman Teksin TEVFİK

Haliç Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İstanbul, armantevfik@gmail.com, orcid.org/000 0003 09102850

Makale Gönderim -Kabul Tarihi (03.05.2022-30.08. 2022)

Öz

Son yıllarda ekonominin her alanında olduğu gibi sağlık sektöründe de kaynakların verimli kullanılması önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin ekonomik yönden analizi, sağlık ekonomisinin konusunu oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisi, hem sağlık hizmetlerini hem de sağlık hizmetleri finansman faaliyetlerini tek noktada buluşturmaktadır. Sağlık ekonomisinin gelişmesinin en önemli nedenleri; kaynak ihtiyacının artması, sağlık finansman yöntemleri ve sağlık harcamalarıdır. Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar tıbbi kuruluşlar oldukları kadar ekonomik ve sosyal amaçları da olan yapılardır. Sağlık sistemi ve ekonomik sistem birbirinden bağımsız değildir. Ekonomik ve sosyal şartlar, sağlık üzerinde önemli sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artması için daha fazla harcama yapmak gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan ve nasıl karşılanacağı, finansman yöntemleri önemli bir konudur. Bu çalışmanın uygulama kısmında panel veri analizi yöntemiyle, Amerika, İngiltere, Almanya, Japonya, Türkiye'nin sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının, brüt ulusal harcamaların, hekim sayısının, ekonomik büyüme oranlarına etkisi ölçülmüştür. Çalışmada ikincil veriler kullanılmıştır. Dönemsel olmayan rassal etkili panel veri analizi sonuçlarına bakıldığında ekonomik Büyüme bağımlı değişkeni için Sağlık Harcamaları (X1), İlaç Harcamaları (X2), Brüt Ulusal Harcamalar (X3), Doktor Sayısı, 1000 kişiye düşen(X4), değişkenleri arasında anlamlı şekilde ($p<0,05$) etki göstermektedir. Bu durumda yıllık göstergelerden bağımsız uzun dönemde Sağlık Harcamaları (X1), İlaç Harcamaları (X2), Brüt Ulusal Harcamalar (X3), Doktor Sayısı 1000 kişiye düşen (X4), değişkenleri Ekonomik Büyüme değişkenini %59,05 oranında etkilemektedir.

¹ *Prof. Dr. Arman Teksin TEVFİK'İN danışmanlığında yürütülen, Elçin GÜVEN'in hazırladığı Sağlık Ekonomisinde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Finansman Yöntemleri: Bir Uygulama adlı doktora tezinden türetilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Abstract

Nowadays, the efficient use of resources has been a trending topic in any field as well as health care sector. The health economics combines medical services and health care financing. The rising demand for resources, medical financing methods and medical expenses are some of the most important reasons for the development of health economics. Health care service organizations are not only medical institutions but also financial and social institutions. Health system and economy are not independent of one another. Financial and social terms have significant implications on medicine. Boosting the quantity and the quality of medical services require more spending. It is important to determine how and from what source the financing should be found so that the expenses of the organizations offering medical services are met on regular basis. The practice section of the study involves panel data analysis to measure the impact of medical expenses, medication expenses, gross national expenses, the number of physicians in the US, the UK, Germany, Japan, and Turkey on financial growth rates. The study makes use of secondary data. When the non-periodic random panel data is analysed, the dependent variable for the Economic growth include Medical Expenses (X1), Medication Expenses (X2), Gross National Expenses (X3), The number of physicians per 1000 individuals (X4). Regardless of the annual implications, the variable for the Economic growth is influenced %59,05 by Medical Expenses (X1), Medication Expenses (X2), Gross National Expenses (X3), The number of physicians per 1000 individuals (X4) in the long run.

Keywords: Health, Health Economics, Health Care Financing

GİRİŞ

Dünya nüfusunda günümüzde, gelişen teknolojiyle birlikte, sağlığa talep artmıştır (Özer ve Songur, 2012). Tüm sağlık hizmet müdahalelerini içeren sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve geliştirmek için yapılan çalışmalara sağlık ekonomisi denir (Santos vd., 2017). Sağlık ekonomisinin temel konuları; sağlık hizmetlerinin finansmanı ve kaynak kullanımı, sağlık kurumlarının yönetimi ve hizmet sunumları, halk sağlığı, sağlık sektöründeki kaynak tahsisi gibi konulardır. Sağlık ekonomisi ile ilgili ilk çalışmalar, 1931 yılında Amerikan Tıp Birliği'nin (American Medical Association), Tıbbi Ekonomi Bürosu'nu urmasıyla başlamıştır. Tıbbi Ekonomi Bürosu, sağlık ekonomisiyle ilgili ilk çalışmaları yapmıştır. Yapılan çalışmalarda, tıbbi teknoloji, sağlık sektöründeki piyasa ve maliyetler gibi konular ele alınmıştır. 1972 yılında Grossman'ın sağlığı ele aldığı çalışması sağlık ekonomisinin temeli kabul edilmiştir. Grossman'ın çalışmasında kurduğu modelde iki unsur vardır. Bunlar; sermaye stoğu ve sağlık hizmetlerinin üretilmesidir. Başlangıçta bireylerde sağlık birikimi bulunmaktadır fakat zamanla azalmalar olmaktadır. Bu azalmalar, bireylerin sağlıklarına yatırım yapmaları ile giderilmektedir (Ulutürk, 2015). Ülkelerin ekonomik büyümeleri ile sağlık harcamaları birbiriyle bağlantılıdır. Ekonomi ve sağlık arasındaki ilişkinin sonucu olarak sağlık harcamaları, ekonomik büyümeye katkıda bulunmaktadır. Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik büyümelerinde etkili olması sonucunda pozitif dışsallıklar ortaya çıkmaktadır (Beraldo vd., 2005). Bu sebeple sağlığa yapılan harcamalar, iş gücü verimliliği ve getirdiği ekonomik yük nedeniyle ekonomik büyümeyi etkileyen en önemli unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir. Sağlığın, toplumun tüm kesimlerini, yatırım ve tasarruf miktarlarını, beşeri sermaye faktörlerini, toplumun gelir düzeyini, doğrudan etkilemesi artan önemini açıklamaktadır (Güven vd., 2018:42).

Literatür Özeti

Uluslararası sağlık göstergeleri, kalkınma, ekonomik büyüme gibi konulardan dolayı sağlık ekonomisi hızla gelişme göstermektedir (Trujillo vd., 2015). 1929 yılında gerçekleşen, Dünya Ekonomik Bunalımı, sağlık ekonomisinde meydana gelen önemli olaylardandır. Sağlık ekonomisinin araştırma alanları; sağlık hizmetlerinin ulusal ve uluslararası düzeydeki etkisi, sağlık hizmeti kaynaklarının etkinliği, verimliliği, finansmanı konularını incelemektedir. Sağlık ekonomisinin alt segmentleri; ulusal ve uluslararası düzeyde etkisi bulunan sağlığa ayrılan kaynakların artması, tanı-tedavi olanaklarının gelişmesi, sağlık hizmetlerinde kapasitenin etkin kullanılması, sağlık hizmetlerinin verimliliği, sağlık personeli, gelişen tıbbi teknoloji, finansman kaynakları gibi önemli unsurlar, sağlık ekonomisinin mevcut durumunu göstermektedir. Sağlık sektörü, sağlıkta üretim ve tüketimin alt sektörlerinin birbirlerini etkilemesi sonucunda meydana gelmiştir. Ülkelerin ekonomik büyüme oranlarında sağlık hizmetleri ve finansmanı önemli paya sahiptir (Karaman vd., 2015). Sağlık sektörüne yapılan yatırımlar, tıbbi teknolojinin ilerlemesini desteklemekte ve ekonomik büyümeyi etkilemektedir. Söz konusu ekonomik büyüme, sağlık harcamalarının artmasını sağlayarak 'sağlığa dayalı büyüme hipotezi' şeklinde ifade edilmektedir. Sağlığa dayalı büyüme hipotezine göre ekonomik büyümeyi sağlığa yapılan yatırımlar pozitif yönde etkilemektedir. Bu olumlu etkinin nedenleri şunlardır; beşeri sermayeyi sağlıklı bireyler pozitif etkilemektedir, çalışan ve sağlıklı bireyler daha verimli çalışmaktadır, yaşam sürelerinin uzaması sonucunda yatırımlarda artışlar olmuştur. Sağlık harcamalarına ne kadar pay ayrılacağını belirleyen unsurlar, sağlık hizmetlerinin finansmanında yer almaktadır. Bunlar; sağlık politikası ve sosyo-kültürel etmenlerdir. Sağlık harcamalarının değerlendirilmesinde, 2 temel ölçek olan kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması ve sağlık harcamasının Gayri Safi Milli Hasıla içindeki payı kullanılmaktadır. Sağlık harcamalarının kaynaklarında kullanılan genel ölçek; özel ve kamu harcama payının toplam harcama içindeki oranıdır (Paksoy, 2017:12).

Ekonomik büyüme, sağlığı içeren tüm alanları, sağlığa yapılan yatırımları kapsamaktadır (Frenk, 2014). Kişilerin bütçelerine bakmadan, sağlık hizmetine olan gereksinimleri, sağlık hizmetine ulaşmayı ifade etmektedir. Şartlar ne olursa olsun, sağlık hizmet taleplerinin karşılanması gerekmektedir. Sosyal güvenlik kurumuna bağlı olarak devlet tarafından sağlık hizmeti verilmektedir. Bunun sonucu olarak, sağlık hizmetleri devlete bağlı tüm kurumlarda kar amaçlı değil, sosyal amaçlıdır. Sağlık standartlarının ve kalitesinin belirlenmesini sağlamak verimliliği arttırmak, hizmete ulaşımı kolaylaştırmak, memnuniyeti arttırmak, yapılan tüm harcamaları denetlemek, sağlanan kaynakların etkili kullanılmasını sağlamak, sağlık ekonomisinin özelliklerindedir (Boyacıoğlu, 2012). Sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin önemli unsurlarındandır. Tıbbi bakım, tedavi, tanı için finansman mekanizması olarak sağlık sigortası hizmet etmektedir. Dolayısıyla bireylerin sağlığı üzerinde etkiye sahiptir. Sağlığa gerçekleşen yoğun talepten, sağlık sigortası değerinin türetilebileceğini ve ampirik olarak sağlık sigortasına erişimi büyük oranda arttırmıştır (Santerre ve Hilliard, 2009). Böylece sağlık sigortasına olan erişimin artmasıyla birlikte, sağlık harcamalarında artışlar yaşanmakta, hem ulusal hem uluslararası düzeyde sağlık politikası ve sağlık finansmanı uygulama ve geliştirme süreçlerinde farklı yaklaşımlara sebep olmaktadır. Uluslararası çerçevede politika uygulayan ve geliştiren kurumlar sağlık harcamaları ile ilgili raporlar yayımlamaktadır. Bu kurumlardan en önemlilerinden biri olan 'Dünya Sağlık Örgütü' sağlık harcamalarında, sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliğinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Uluslararası alanda devletlerin sağlık harcamalarını karşılaştırmak için, satın alma gücü paritesi değerleri ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının ortak para birimi (çoğunlukla dolar) üzerinden hesaplanmaktadır. Satın alma gücü paritesi, ekonomik karşılaştırmalar yapmak için en güvenilir araç olarak kabul edilmektedir. Ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdığı kaynaklar ve bu kaynakların zamanla nasıl değiştiği, ekonomik ve

sosyal faktörlerin yanında organizasyon yapılarının ve finansman modellerinin bir sonucudur (Aydın, Yenimahalleli-Yaşar, 2020:64).

Cumhuriyet dönemi ile başlayan sağlık harcamaları, 1960-2011 yıllarında hastane yatak sayılarında, hastane sayılarında artma, sağlık personeli başına düşen kişi sayılarında azalma olmuştur. 1967 yılında 1.Beş Yıllık Kalkınma Planının yürürlüğe girmesiyle sosyal güvenlik kurumları tek kurumda toplanmıştır. 1972’de Bağ-Kur, 1992’de yeşil kart uygulaması başlamış, 1999-2008 yılları arasında sağlık harcamaları 10 kat artmış, 2003 yılında SSK sağlık sigorta kurumu haline gelmiştir. 2002-2013 yılları arasında değişim programı kapsamında gerçekleştirilen projeler ile sağlık harcamaları nominal %333 reel %56 artış göstermiştir (Uçan ve Atay, 2016:216). 2013 yılından sonra 2014’te 94.750 Milyon TL, 2015’te 104.568 milyon TL, 2016’da 119.756 milyon TL, 2017’de 140.647 milyon TL toplam sağlık harcaması yapılmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2020).

Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler: Sağlık harcamalarının artması yaşam beklentisi, kişilerin finansal gücünü etkilemektedir. Ülkeler uzun dönemde sağlık harcamalarını planlarken yüksek gelirli ülkeleri baz almaktadırlar (Castro, 2016). Hastalık ve sağlık kavramlarını anlaşılır kılmak için farklı harcama faktörleri vardır (Birn vd., 2009). Sağlık harcamalarını etkileyen faktörler aşağıdaki gibidir:

- **Kişi Başına Düşen Gelirin Artması;** Sağlık harcamalarının büyük bölümünün kamu kesimi tarafından karşılandığı ülkelerde, kişisel gelirin artmasının sağlık harcamalarına talebin artacağı sonucunu doğurmaktadır. Sonuç olarak, kişisel gelirin ve milli gelirin artması, özel veya kamu kurumları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin talebini arttıracaktır. Sağlık hizmetleri için fonlara kolay ulaşmak için birçok devlet, milli geliri arttırmaktadır. Böylece sağlık hizmetleri için devletlerin yapacakları harcamalar artacaktır (Mutlu ve Işık, 2012).
- **Eğitim Seviyesinin ve Sağlık Bilincinin Gelişmesi;** Eğitim seviyesinin artması sağlıklı yaşama önem verilmesini beraberinde getirmektedir. Birçok alanda kişileri etkileyen sağlık hizmetlerinin, eğitim alanında da büyük önemi vardır. Bireylerin eğitim seviyeleri yükseldikçe, sağlık hizmetlerine taleplerde ve dolayısıyla yapılacak sağlık harcamalarında değişiklikler olacaktır. Kişilerin yaşam standartlarının yükselmesi ve iletişim ağlarındaki gelişmeler, sağlık kurumlarından kaliteli ve verimli hizmet beklentisi meydana getirmektedir (Kekeç vd., 2018).
- **Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi;** Ülkelerdeki, yaşam süreleri, sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları arasında yakın ilişki vardır. Ülkelerde yaşam süreleriyle paralel olarak sağlık harcamaları artmaktadır. Bu durumun temel nedeni yaşlılık dönemlerinde sağlık hizmetlerine talebin daha fazla artmasıdır. Bu sebeple sağlık harcamalarındaki artış ile ilgili önlemlerin alınması ve stratejilerin belirlenmesi gerekmektedir (Warnes, 1995). Düşük kamu harcamaları, gelişmemiş ülkelerde, sağlık sistemlerini ve hizmetlerini zayıflatmaktadır. Devlete ait sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerine çabuk erişememenin nedenlerinden bazıları, kalitesiz bakım hizmetleri ve uzun bekleme süreleri yer almaktadır (Rout ve Mahapatra, 2019).
- **Toplumsal Düzendeki Meydana Gelen Değişimler;** Günümüzde önemli nitelik kazanmış fakat geçmişte pahalı olan teşhis ve tedavi yöntemleri bulunmaktadır (Demir ve Tanyıldız, 2017). Yaşam standartlarının ve değer yargılarının değişmesi ile sağlık problemleri meydana gelmiştir. Sağlıklı yaşam farkındalığı eğitim seviyesi ile artmıştır ve böylece sağlıkla ilgili endişeler oluşmaya başlamıştır. Bunun sonucunda sağlık harcamalarında

artışlar olmuştur. Sağlık harcamalarını arttıran temel sebeplerden biri de alkol ve uyuşturucu bağımlılığının artmasıdır. Örneğin; Amerika ve İngiltere’de ki sağlık harcamaları, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ile ciddi boyutlara ulaşmıştır (Edgman vd., 1996).

- Teknolojik Gelişmeler; Uzman sağlık personelinin yetişmesi, teknolojik gelişmelere paralel olarak meydana gelen yeni teşhis ve tedavi yöntemleri, tıbbi cihazların bakım-onarımı sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Kurtulmuş, 1998). Gelişmiş tıbbi teknolojilerle birlikte sağlık hizmetlerine talebin artması, hizmetlerin kaliteli olması sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Uğurlu, 2016). Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkeler tıbbi teknoloji ile ilgili gelişmiş ülkelere bağımlıdır ve bu ülkeler pazar niteliğindedir. Gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkeler tıbbi teknoloji ile ilgili düzenlemeler yeterli olmadığı için, sağlık harcamaları artmaktadır (Şemin, 1999).

2007-2015 yılları arasındaki, Türkiye, Amerika, İngiltere, Fransa, Almanya, İtalya’nın sağlık harcamaları, devletin yaptığı sağlık harcamaları, kızamık aşılama, tüberküloz insidansı, 1000 kişiye düşen hekim sayısı oranları aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir. Çalışmanın uygulama kısmında Türkiye, İngiltere, Amerika, Almanya, Kanada ve Japonya’nın 1970-2017 yılları arasındaki Gayri Safi Yurt İçi Hasıla, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, Gayri Safi Milli Harcama, 1000 kişi başına düşen doktor sayısı değişkenleri kullanılmıştır. Bunun sebebi uygulamada kullanılan değişkenlerin 47 yıla ait verilerinin OECD ve TÜİK’te eksiksiz olmasıdır. Tablo 1’den Tablo 6’ya kadar olan Amerika, İngiltere, Fransa, İtalya, Türkiye’ye ait sağlık göstergelerinin 2007-2015 yıllarına ait verilerine eksiksiz ulaşıldığı ve sağlıkla ilgili farklı verilerin çalışmaya daha fazla katkı sağlayacağı düşünüldüğü için farklı veriler tablolarla çalışmaya dahil edilmiştir.

Tablo 1: Amerika Birleşik Devleti Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları (% GSYH)	14,9	15,2	16,3	16,3	16,3	16,3	16,3	16,5	16,8
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları (% (GSYH)	6,9	7,2	7,8	7,9	7,9	7,9	7,9	8,2	8,4
Kızamık Aşılama %	92	92	90	92	92	91	92	92	92
Tüberküloz İnsidansı (100.000 kişide)	4,9	4,3	4,2	3,9	3,7	3,3	3,2	3,3	3,1
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	2,41	2,41	2,42	2,42	2,45	2,49	2,55	2,56	-

Kaynak: Worldbank(2019)

Amerika Birleşik Devleti'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında ve 1000 kişiye düşen hekim sayısında artış görülmektedir. Devletin yaptığı sağlık harcamaları 2007 yılında 6,9'dur ve 2015 yılına kadar 8,4'e çıkmıştır. 2010-2013 yılları arasında devletin yaptığı sağlık harcamalarında değişim olmamıştır. Kızamık aşılama oranlarında değişim % 1 oranındadır. Tüberküloz insidansı (100.000 kişide) oranlarında düşüş vardır.

Tablo 2: İngiltere Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları(% GSYH)	7,4	7,7	8,5	8,5	8,4	8,4	9,8	9,7	9,8
Devletin Yapıtığı Sağlık Harcamaları (% GSYH)	6,2	6,5	7,3	7,2	7,1	7	7,9	7,8	7,9
Kızamık Aşılama %	86	86	86	89	90	92	93	93	95
Tüberküloz İnsidansı (100.000 kişide)	15	15	15	14	15	14	13	11	10
1000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	-	-	-	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
1000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	-	-	-	2,6	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8
1000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	-	-	-	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8

Kaynak: Worldbank(2019)

İngiltere'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında, kızamık aşılama oranlarında artış görülmektedir. Tüberküloz insidansı (100.000 kişide) oranlarında düşüş vardır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen hekim sayısı, 1000 kişiye düşen eczacı sayısında 2007 ve 2009 yılları arasındaki veriler bulunmamaktadır. 2010 yılı itibarıyla 0,1 oranında artış vardır.

Tablo 3: Fransa Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları (% GSYH)	9,9	10,10	10,8	10,7	10,7	10,8	10,9	11	11
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları (% GSYH)	7,8	7,9	8,4	8,3	8,3	8,4	8,5	8,5	8,7
Kızamık Aşılama %	90	89	89	89	89	90	89	91	91
Tüberküloz İnsidansı (100.000 kişide)	10	10	9,1	8,8	8,7	8,6	8,6	8,2	8,1
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
1000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	3,6	-	-	-	3,1	3,1	3,1	3,2	3,2
1000 Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Kaynak: Worldbank(2019)

Fransa'nın sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında, kızamık aşılama oranlarında artış görülmektedir. Tüberküloz insidansı (100.000 kişide) oranlarında düşüş vardır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında, 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısı 2007 yılında 3,6'dır fakat 2011 yılından itibaren düşüş göstermiştir. 2008-2010 yıllarının verileri yoktur.

Tablo 4: Almanya Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları (% GSYH)	9,9	10,1	11,1	11	10,7	10,8	10,9	11	11,1
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları (% GSYH)	7,6	7,7	9,3	9,2	8,9	8,9	9,1	9,3	9,4
Kızamık Aşılama %	97	97	97	97	97	97	97	97	97
Tüberküloz İnsidansı (100.000 kişide)	6,6	5,9	5,9	5,8	5,8	5,7	5,9	6,1	8
1000 Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısı	-	-	-	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
1000 Kişiyeye Düşen Hekim Sayısı	3,4	3,5	-	3,7	3,8	3,9	4	4,1	4,1
1000 Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısı	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

Kaynak: Worldbank(2019)

Almanya'nın sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında, tüberküloz insidansı (100.000 kişide) oranlarında ve 1000 kişiye düşen hekim sayısında artış görülmektedir. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında, kızamık aşılama oranlarında ve 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında 2007-2009 yılları arasındaki oranlar yoktur.

Tablo 5: İtalya Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları (% GSYH)	8,1	8,5	8,9	8,9	8,8	8,9	8,9	9	8,9
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları (% GSYH)	6,3	6,6	7	7	6,8	6,8	6,8	6,8	6,7
Kızamık Aşılama %	90	90	90	91	90	90	90	87	85
Tüberküloz İnsidansı (100.000 kişide)	5,3	8	7,9	8,7	6,6	6	5,8	6,5	6,7
1000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	-	-	-	-	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	-	4,2	3,8	-	-	3,8	3,9	3,9	3,8
1000 Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	-	-	-	-	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

Kaynak: Worldbank(2019)

İtalya'nın sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında ve tüberküloz insidansı (100.000 kişide) oranlarında artış görülmektedir. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında, 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur ve 2007-2010 yılları arasındaki veriler bulunmamaktadır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında, kızamık aşılama oranlarında azalma vardır.

Tablo 6: Türkiye Sağlık Göstergeleri

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Harcamaları (% GSYH)	5,2	5,2	5,5	5	4,6	4,4	4,4	4,3	4,1
Devletin Yaptığı Sağlık Harcamaları (% GSYH)	3,6	3,8	4,4	-	3,7	3,5	3,4	3,3	3,2
Kızamık Aşılama %	96	97	97	97	98	96	98	94	97
Tüberküloz İnsidansı (100.000 kişide)	31	29	27	25	24	22	20	20	18
1000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
1000 Kişiye Düşen Hekim Sayısı	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	-
1000 Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

Kaynak: Worldbank(2019)

Türkiye'nin sağlık göstergelerine bakıldığında, 2007-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamalarında, devletin yaptığı sağlık harcamalarında ve tüberküloz insidansı (100.000 kişide) oranlarında azalma vardır. 1000 kişiye düşen eczacı sayısında değişim yoktur. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısında 2007 ve 2014 yılları arasında değişim görülmemektedir. 2015 yılında 0,1'lik artış vardır. 1000 kişiye düşen hekim sayısında 2008-2009 yıllarında ve 2010-2014'te değişim yoktur. 2007'den 2014 yılına kadar 0,2'lik artış vardır.

Veri Seti ve Yöntem

Çalışmanın uygulama bölümünde, panel veri analizi yapılmıştır ve 2.cil veriler kullanılmıştır. 1970 ve 2017 yıllarının verileridir. 1970'den başlayıp 2017'ye kadar uzunlamasına toplanmıştır. Veriler OECD ve TÜİK adreslerinden alınmıştır. Makalede 2.cil veriler kullanıldığı için etik kurul onayı gerekmemektedir.

Panel veri analizinde, önce, panel birim kök testi yapılmakta; Im, Peseran ve Shin'in önerdikleri panel birim kök testi kullanılmaktadır. Daha sonra, rassal etki ve sabit etki modellerinden

hangisinin istatistiksel olarak geçerli olduğuna ilk aşamada karar verilecektir. Hausman testi, karar vermek için kullanılacaktır. Hausman testinin sonucuna göre model kurulmuştur.

Kullanılan ülkeler; Türkiye, İngiltere, Amerika, Almanya, Kanada, Japonya'dır. Gelişmekte olan ülkelerin arasında yer alan Türkiye ile gelişmiş seçili ülkelere Amerika, Almanya, Kanada, Japonya'nın verilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ekonomik büyümeyi etkileyen tek bir değişken değil, dört değişken ele alınmıştır. Ülkelere ait değişkenler; ekonomik büyüme, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, brüt ulusal harcamalar ve 1000 kişiye düşen doktor sayıdır. Amaç; sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının, brüt ulusal harcamaların, 1000 kişiye düşen doktor sayısının, ekonomik büyümeye etkisini ölçmektir.

Panel veriler, zaman serilerine ait kesit verileri ya da kesitlere ait zaman serileri olarak tanımlanmaktadır (Greene, 2003). Ülkeler, firmalar gibi değişkenlerden oluşan yatay kesit gözlemlerinin, zaman boyutuyla tanımlanması olarak da ifade edilebilir (Baltagi, 2001). Panel regresyon modelleri arasında; tesadüfi etkiler modeli, çift yönlü ve tek yönlü sabit etkiler modeli, genelleştirilmiş EKK gibi birçok yöntemler vardır. Bu çalışmada, tek yönlü sabit etkiler ve tesadüfi etkiler modeli kullanılmıştır.

Panel Birim Kök Testi

Bu çalışmada, önce, panel birim kök testi yapılmakta; Im, Peseran ve Shin (2003)'in önerdikleri panel birim kök testi kullanılmaktadır. Im, Peseran ve Shin, Dickey Fuller (ADF) test istatistiğini kullanarak, her bir birim için ADF hesaplamıştır. Bunun sonucunda, ADF'lerin ortalama test istatistiğine bakılmaktadır (Saraçoğlu ve Doğan, 2005).

T zaman serisi ve N yatay kesit panel birim kök testinde uygulanmaktadır. yit birinci dereceden otoregresif süreçte, $\Delta y_{it} = \alpha_i + \beta_i y_{i,t-1} + e_{it}$, $i = 1, \dots, N$, $t = 1, \dots, T$, olarak tanımlanmaktadır (Im, Peseran ve Shin, 2003). Söz konusu sınamada,

$$H_0 : \beta_i = 0, \text{ bütün } i\text{'ler için}$$

$$H_1 : \beta_i < 0, i = 1, 2, \dots, N_1, \beta_i = 0, i = N_1 + 1, N_1 + 2, \dots, N.$$

H_0 hipotezinin kabulü, panel birim kökün varlığıdır. Alternatif hipotezin kabulü, panel birim kökün olmadığını anlatmaktadır. Im, Peseran ve Shin (2003), t-bar istatistiği ile "birim kök yoktur" hipotezini test etmektedir.

Tablo 7: Veri Seti

EB	GDP-Ekonomik Büyüme(Y)	Türkiye
SH	Sağlık Harcamaları (X1)	İngiltere
İH	İlaç Harcamaları (X2)	Amerika
GSMH	Gayri Safi Milli Harcama (X3)	Almanya
DS	1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı (X4)	Kanada
		Japonya

Veriler yukarıdaki gibi kısaltılmıştır.

1970 ve 2017 yıllarının verileridir. 1970'den başlayıp 2017'ye kadar uzunlamasına toplanmıştır. Veriler OECD ve TÜİK adreslerinden alınmıştır.

Bulgular

Tablo 8: Değişkenlerin Newey-West ve Bartlett Kernel Panel Verisine ADF ve PP Birim Kök Testi Sonuçları

		χ^2	p
Ekonomik Büyüme(Y)	ADF	111,420	0.0001
	PP	117.364	0.0001
Sağlık Harcamaları (X1)	ADF	41.6706	0.0265
	PP	123.740	0.0001
İlaç Harcamaları (X2)	ADF	351.968	0.0001
	PP	303.948	0.0001
Gayri Safi Milli Harcama (X3)	ADF	341.881	0.0001
	PP	269.027	0.0001
1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı (X4)	ADF	392.539	0.0001
	PP	283.730	0.0001

ADF: Augmented Dickey-Fuller birim kök testi

PP: Phillips Perron birim kök testi

Panel veri analizi için gerekli önkoşullardan birim kök testi sonucunda hem ADF hemde PP testleri sonucunda ($p < 0,05$) panel verinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 9: Ekonomik Büyüme ile Bağımsız Değişkenler Arasında Panel Veri Analizi-Hausman Testi

Test Summary	χ^2	s.d	p
Hausman Test	0,0001	10	0,999

Bireylerin etkilerini görmek için, panel verilerde, rassal ve sabit etki modelleri ile parametreler tahmin edilecektir. Rassal etki ve sabit etki modellerinden hangisinin istatistiksel olarak geçerli olduğuna ilk aşamada karar verilecektir. Hausman testi, karar vermek için kullanılacaktır. Hausman testi, yokluk hipotezinde, “rassal etki modeli”, alternatif hipotezde “sabit etki modeli” kullanılmalıdır diye model kurulur. Çıkan sonuçtan, Prob. (Anlamlılık düzeyi) değeri ile Tablo

değeri (α) karşılaştırılır. Örneğimizde; Prob. = 0.999 > 0.050 olduğu için H_0 hipotezi kabul edilebilir. Yani rastsal etki vardır denilebilir. Bu durumda modeli rastsal etki ile tahmin etmek gereklidir. Rastsal etki tahmin sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 10:Ekonomik Büyüme ve Diğer Bağımsız Değişkenler Arasında Rastsal Etkili Panel Veri Analizi

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	14.24638	3.254914	4.376885	0.0000
SH	-0.038273	0.067631	-0.565905	0.5723
İH	-0.067514	0.050691	-1.331894	0.1849
GSMH	-0.079555	0.030802	-2.582751	0.0108
DS	-1.113243	0.308360	-3.610207	0.0004
Random Effects (Cross)				
TURKIYEC	0.000001			
İNGİLTERE--C	0.000001			
AMERİKA--C	0.000001			
ALMANYA--C	0.000001			
KANADA--C	0.000001			
JAPONYA--C	0.000001			
Effects Specification				
			S.D.	Rho
Cross-section random			0.000000	0.0000
Idiosyncratic random			1.946812	1.0000
Weighted Statistics				
R-squared	0.590523	Mean dependent var		2.578729
Adjusted R-squared	0.568645	S.D. dependent var		2.247841
S.E. of regression	2.049551	Sum squared resid		621.6978
F-statistic	8.708530	Durbin-Watson stat		1.452319
Prob(F-statistic)	0.000002			
Unweighted Statistics				

R-squared	0.190523	Mean dependent var	2.578729
Sum squared resid	621.6978	Durbin-Watson stat	1.452319

Dönemsel olmayan rassal etkili panel veri analizine baktığımızda GDP bağımlı değişkeni için Sağlık Harcamaları (X1), İlaç Harcamaları (X2), Gayri Safi Milli Harcama (X3), 1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı (X4), değişkenleri arasında anlamlı şekilde ($p < 0,05$) etki göstermektedir. Bu durumda dönemsel olmayan açıklama oranı %59,05 olarak belirlenmiştir. Türkiye, İngiltere, Amerika, Almanya, Kanada ve Japonya ülkeleri için bu model aşağıda verilen denklemlerle tahmin edilebilir olarak belirlenmiştir. Yıllık göstergelerden bağımsız uzun dönemde Sağlık Harcamaları (X1), İlaç Harcamaları (X2), Gayri Safi Milli Harcama (X3), 1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı (X4), değişkenleri GDP değişkenini %59,05 oranında etkilemektedir.

Ülke bazlı tahmin denklemleri aşağıdaki gibi kullanılabilir:

$$EB_TURKIYE = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * SH_TURKIYE - 0.0675144122502 * PS_TURKIYE - 0.0795549400194 * GSMH_TURKIYE - 1.11324316483 * DS_TURKIYE$$

$$EB_INGiltere = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * SH_UNITEDKINGDOM - 0.0675144122502 * PS_INGiltere - 0.0795549400194 * GSMH_UNITEDKINGDOM - 1.11324316483 * DS_INGiltere$$

$$EB_AMERIKA = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * SH_AMERIKA - 0.0675144122502 * PS_AMERIKA - 0.0795549400194 * GSMH_AMERIKA - 1.11324316483 * DS_AMERIKA$$

$$EB_ALMANYA = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * SH_ALMANYA - 0.0675144122502 * PS_ALMANYA - 0.0795549400194 * GSMH_ALMANYA - 1.11324316483 * DS_ALMANYA$$

$$EB_KANADA = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * SH_KANADA - 0.0675144122502 * PS_KANADA - 0.0795549400194 * GSMH_KANADA - 1.11324316483 * DS_KANADA$$

$$EB_JAPONYA = 0 + 14.2463833577 - 0.0382725965851 * SH_JAPONYA - 0.0675144122502 * PS_JAPONYA - 0.0795549400194 * GSMH_JAPONYA - 1.11324316483 * DS_JAPONYA$$

Yıllık göstergelerden bağımsız uzun dönemde sağlık Harcamaları (X1), ilaç Harcamaları (X2), gayri safi milli harcama (X3), 1000 kişi başına düşen doktor sayısı (X4) değişkenleri, ekonomik büyümeyi (GDP) değişkenini %59,05 oranında etkilediği görülmektedir.

SONUÇ

Tıp, sağlık ve ekonomiye yüzyıllardır, birçok ülkede, önem verilmiştir. İnsanlar çeşitli tıbbi yöntemlerle, sağlık kurumlarında tedavi olmuşlardır. Ekonominin bir alt dalı olan sağlık ekonomisi, ekonomi ve sağlığın bir araya gelmesiyle, hem teorik hem uygulamalı bir bilim olarak doğmuştur. Ekonomi ve sağlığa ait değerler bugüne kadar birçok araştırmanın konusu olmuştur. Ekonomik yönden gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine verilen önemin ekonomi ve sağlık çerçevesinde değerlendirildiği görülmektedir. Sağlık ekonomisi, sağlık piyasasındaki arz ve talep verilerini, sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerinin finansmanını, sağlık politikalarını, sağlığın hukuki boyutunu, sağlık harcamalarını ekonomik analizler kapsamında değerlendirmektedir. Sağlık sektörü Türkiye’de merkeziyetçi yapıya sahiptir. Yapılan birçok reform çalışmaları sonucunda bu yapının değişmesi mümkün olmamıştır. Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren sağlık hizmetlerini geliştirmeyi amaç edinen Sağlık Bakanlığı, birçok reform çalışması gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı; sağlığın geliştirilmesi, sağlık bilgi sistemleri, sağlık araştırmaları, sağlık yatırımları, acil sağlık hizmetleri, gibi genel müdürlükler aracılığıyla çalışmalarını gerçekleştirmektedir. Türkiye’de, sağlığın geliştirilmesi, tedavi edici, koruyucu, rehabilitasyon hizmetleriyle verilen sağlık hizmetlerine kolay ulaşılabilirliği, verimliliği sağlamaktadır. Hastalıkların teşhis ve tedavisi için farklı sağlık hizmetleri ve kurumlarıyla hizmet verilmektedir. Hizmet kapsamı bakımından; birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Çalışmada, 2013-2017 yılları arasındaki sağlık harcamaları oranlarında 2013 yılından itibaren artışlar vardır.

Çalışmanın uygulama bölümünde; panel veri analizi yapılmıştır. Kullanılan ülkeler; Türkiye, İngiltere, Amerika, Almanya, Kanada, Japonya’dır. Ülkelere ait değişkenler; ekonomik büyüme, sağlık harcamaları, ilaç harcamaları, brüt ulusal harcamalar ve 1000 kişiye düşen doktor sayıdır. Amaç; gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye ile gelişmiş 5 ülkenin sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının, brüt ulusal harcamaların, 1000 kişiye düşen doktor sayısının, ekonomik büyümeye etkisini ölçmektir. Bu çalışmada, önce, panel birim kök testi yapılmakta; Im, Peseran ve Shin’in önerdikleri panel birim kök testi kullanılmaktadır. Panel veri analizi için gerekli önkoşullardan birim kök testi sonucunda hem ADF hemde PP testleri sonucunda ($p < 0,05$) panel verinin durağan olduğu sonucuna varılmıştır. Hausman testi, karar vermek için kullanılmıştır. Örneğimizde; $Prob. = 0.999 > 0.050$ olduğu için H_0 hipotezi kabul edilebilir. Yani rastsal etki vardır denilebilir. Bu durumda modeli rassal etki ile tahmin etmek gereklidir. Dönemsel olmayan rassal etkili panel veri analizine baktığımızda GDP bağımlı değişkeni için Sağlık Harcamaları (X1), İlaç Harcamaları (X2), Gayri Safi Milli Harcama (X3), 1000 Kişi Başına Düşen Doktor Sayısı (X4), değişkenleri arasında anlamlı şekilde ($p < 0,05$) etki göstermektedir. Bu durumda dönemsel olmayan açıklama oranı %59,05 olarak belirlenmiştir.

Uygulamanın sonucunda seçilen ülkelerdeki bağımsız değişkenler, ekonomik büyümeyi %59,5 oranında etkilemektedir. Devletler, ekonomik büyümeyi doğrudan etkileyen sağlık harcamaları ile ilgili ekonomik yaklaşımlar çerçevesinde sağlık politikalarını belirlemeye başlamışlardır (Aydemir ve Baylan, 2015:433). Sağlık politikaları çerçevesinde özellikle üniversitelerde yetiştirilen sağlık personellerinin eğitimlerine önem verilmeli, çeşitli projelerle eğitimleri desteklenmelidir. Sağlık harcamalarına ayrılan payı ve sunulan hizmet kalitesini arttıracak sağlık politikalarının uygulanması sonucunda ekonomik büyümede pozitif yönde artış olacağı düşünülmektedir.

YAZARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %80 oranında, ikinci 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

- Aydemir, C., Baylan, S. (2015). Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama, *DÜSBED*, 7(13):417-435. (Erişim Tarihi: 06.05.2019).
- Aydın, J. C., Yenimahalleli-Yaşar G. (2020). Sağlık Harcamalarının Gelir Esnekliği Açısından Değerlendirilmesi: Sistematik Bir Derleme, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1):63-80. (Erişim Tarihi: 03.14.2019).
- Baltagi, B. (2001). *Econometric Analysis of Panel Data*. 2nd Ed., UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Beraldo, S., Monolio, D. ve Turati, G. (2005). *Healthy, Educated and Wealthy: Is the Welfare State Really Harmful for Growth?*, (Electronics Journal). <http://www.siepwet.it/siepwet/images/joom>. (Erişim Tarihi: 01.10.2020)
- Birn, A. Pillay. Y. ve Holtz, TH. (2009). *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*. Third Edition, Oxford University Press, New York.
- Boyacıoğlu, E. (2012). Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 4(2), 13-23. (Elektronik Dergi) http://www.sobiad.org/eJOURNALS/dergi_EBD. (Erişim Tarihi: 01.10.2020)
- Castro, J. (2016). Financing For Health: Where There's a Will. *The Lancet Global Health*, 4(10):663, (Electronics Journals). <https://www.thelancet.com/journals/langlo>. (Erişim Tarihi:02.20.2020).
- Demir, Ö. ve Tanyıldız, İ. (2017). Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi. İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(1), 89-119. (Erişim Tarihi: 10.10.2019).
- Edgmand, M., Moomaw R. ve Olson K., (1996). *Economics and and Contemporary Issues*. The Dryden Press, Orlando USA.
- Frenk, J. (2014). *Health and the Economy*. Harvard International Review, 4(35), 62-64 <https://miami.pure.elsevier.com/en>. (Erişim Tarihi: 15.09.2019).
- Greenec, William. H. (2003). *Econometric Analysis*. 5th Ed., New York: Prentice Hall.
- Güven, D. & T. Şimşek & A. Güven (2018), "Sağlık Yönetimi Kapsamında Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: MENA Ülkeleri Üzerine Bir Panel Regresyon Analizi", *Sosyoekonomi*, Vol. 26(37), 33-55. (Erişim Tarihi: 23.12.2019).
- Karaman, E., Güven, E. ve Staub, S. (2015). Türkiye'de Sağlık Ekonomisinin ve Sağlık Bakanlığı Finansmanının Gelişimi. *Sağlık Dergisi*, Sayı:277 (Elektronik Dergi). <http://www.saglikdergisi.com.tr>. (Erişim Tarihi: 23.02.2019).
- Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. 1. Baskı, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Im, K., M. Pesaran H. ve Shin Y. (2003). Testing for Unit Roots in Heterogeneous Panels. *Journal of Econometrics*, 115(1), 53-74. (Electronics Journals). <https://www.sciencedirect.com/science>. (24.12.2019).
- Kekeç, M. Yıldırım, Z. ve Polat, A. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(14), 550-563. (09.09.2019).
- Mutlu, A. ve Işık, K. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Yayınevi.
- Paksoy V.M., (2017). Sağlık Ekonomisi Perspektifinden Teletıp Uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1):9-16. (Erişim Tarihi: 08.09.2019).
- Rout, S. ve Mahapatra, S. (2018). Has the Public Health System Provided Adequate Financial Risk Protection for Child Birth Conditions – Evidences From an Eastern Indian State. *International Journal of Health Policy and Management*, 8(3), 145–149 (Electronics Journal).<http://ijhpm.com> Int J Health Policy Manag. (15.06.2019).
- Özer, Ö. ve Songur, C. (2012). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69-81. (28.09.2019).
- Santerre, R. ve Hilliard, J. (2009). The Health Economy And Health. *Insurance Research In The JRI* 12(1), 67-79.
- Santos, J., Palumbo, F., Molsen, D.-E. et al. (9 more authors), (2017). This Is a Repository Copy of ISPOR Code of Ethics (4th Edition), *Value in Health*. pp. 1227-1242. (Erişim Tarihi: 05.05.2019).
- Saraçoğlu, B. ve Doğan, N. (2005). Avrupa Birliği Ülkeleri ve Avrupa Birliğine Aday Ülkelerin Yakınsama Analizi. *VII. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu*, İstanbul.
- Şemin, S. (1999). Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji, *Türk Tabipler Birliği*, (Elektronik Dergi). http://www.ttb.org.tr/yayin_goster. (Erişim Tarihi: 07.07.2019).
- Trujillo, Antonio J., Glassman, Amanda, Fleisher, Lisa K., Divya N. ve Duran, D. (2015). Applying Behavioural Economics to Health Systems of Low- and Middle-Income Countries: What are Policymakers' and Practitioners' Views?. *Health Policy & Planning*. 30(6), 747-758. (08.09.2019).
- Türkiye İstatistik Kurumu, 2020, www.tuik.gov.tr, (Erişim Tarihi: 25.04.2019).
- Uçan, O., Atay S., Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 9(3):215-222. (Erişim Tarihi: 09.05.2019).
- Uğurlu, M. (2016). Sağlık Teknoloji Değerlendirmesinin Artan Önemi, www.medimagazin.com.tr/authors/murat-ugurlu, (Erişim Tarihi:09.04.2019).
- Ulutürk, S. (2015). Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği. *Finans Politik, Ekonomik Yorumlar*, 52(603), 47-63. (Erişim Tarihi: 19.03.2019).
- Warnes, M. A. (1995). Socio-economic Change and The Health Of Elderly People, Future Aspects For The Developing World. *Health and Development Routledge*, London and Newyork.
- <http://data.worldbank.org/> World Health Organization (Erişim Tarihi: 05.05.2018)



COVID-19 PANDEMİSİNİN HASTANE MALİYETLERİNE ETKİSİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

THE EFFECT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON HOSPITAL COSTS: A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL EXAMPLE

Doç. Dr. Aslı HAYKIR SOLAY

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dr.asli.hs@gmail.com, orcid.org/0000-0002-1326-9776

Zekiye ERSOY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, zekiwersoy@yahoo.com.tr, orcid.org/0000-0003-0621-9292

Nursen KARADOĞAN CEYLAN

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, karadogan.nursenn@gmail.com, 0000-0002-6256-2952

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, agirbas@ankara.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1664-5159

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (18.05.2022-30.08.2022)

Öz

Bu çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesine COVID-19 tanısı ile yatırılmış olan hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, Mart-Haziran 2020 arasında COVID-19 tanısı ile hastaneye yatırılmış olan hastaların dosyaları, mali kayıtları retrospektif olarak incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Hastaların demografik, klinik ve maliyet bilgileri excel ortamına aktarılarak analiz edilmiştir. Hastaların 203'ü (%55) erkek, 163'ü (%45) kadındır. Hastaların yaşa göre dağılımında %39,07 ile en büyük grubu 25-49 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. COVID-19 tanısı almış 366 hastadan 165'inde riskli ek hastalık saptanmıştır. Hipertansiyon 105 (%33,98) hastada görülürken, kalp ve damar hastalıkları 56 (%18,12) hastada, diyabetes mellitus 56 (%18,12) hastada ve akciğer hastalıkları 51 (%16,51) hastada görülmüştür. Hastanede tüm hastalar için ortalama yatış süresi sekiz gün olarak hesaplanmıştır. Sigara içme durumlarına göre sınıflandırılan 366 hastanın 239 (%65,30)'u hiç sigara kullanmamıştır. COVID-19 hastane harcamalarının en büyük harcama kalemini 1.658.238,45 TL (%68,62) ile pandemi bakım hizmeti oluşturmuştur. Harcama tutarının diğer önemli kısmını ise 401.403,08 TL (%16,61) ile yoğun bakım maliyeti oluşturmuştur. COVID-19 tanısı almış hastaların tedavi maliyetleri, hastaların cinsiyetine, yaşına, riskli hastalık sayısına, yatış süresine, sigara içme durumlarına ve sigara içip aynı zamanda riskli hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre farklılık göstermiştir. Bu araştırmanın, etkili kararların verilmesi ve hasta tedavilerinin planlanmasında, aşılama programlarının öneminin anlaşılmasında, riskli hastalıkları önleme programlarının uygulanmasında, hastane maliyetlerinin



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

yönetilmesinde sağlık yöneticilerine, sağlık politikacılarına ve daha kapsamlı araştırmaların yapılması konusunda araştırmacılara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, hastane maliyetleri, sağlık hizmetleri yönetimi.

Abstract

In this study, it was aimed to determine the cost of health services provided to patients hospitalized with the diagnosis of COVID-19 in a training and research hospital. In the study, the files and financial records of patients who were hospitalized with the diagnosis of COVID-19 between March and June 2020 were retrospectively reviewed and evaluated. Demographic, clinical and cost information of the patients were analyzed by transferring them to excel. Of the patients, 203 (55%) were male and 163 (45%) were female. In the distribution of patients by age, the largest group is composed of patients aged 25-49 with 39.07%. Additional risky diseases were detected in 165 of 366 patients diagnosed with COVID-19. While hypertension was observed in 105 (33.98%) patients, cardiovascular diseases were observed in 56 (18.12%) patients, diabetes mellitus was observed in 56 (18.12%) patients, and lung diseases were observed in 51 (16.51%) patients. The average length of stay in the hospital was calculated as 8 days for all patients. Of 366 patients classified according to their smoking status, 239 (65.30%) never smoked. The largest expenditure item of COVID-19 hospital expenditures was the pandemic care service with 1,658,238.45 TL (68,62%). Another important part of the expenditure amount was the intensive care cost with 401.403.08 TL (16.61%). The treatment costs of patients diagnosed with COVID-19 differed according to the gender, age, number of risky diseases, length of stay, smoking status, and whether they smoke and also have a risky disease. It is thought that this research will guide health administrators and health politicians in making effective decisions and planning patient treatments, understanding the importance of vaccination programs, implementing risky disease prevention programs and managing hospital costs. It is also thought that it will guide researchers in conducting more comprehensive research.

Keywords: COVID-19, hospital costs, healthcare management.

GİRİŞ

Aralık ayının sonunda Çin'in Hubei Eyaleti, Vuhan şehrinde yeni tip koronavirüs (2019-nCoV) tespit edilerek Dünya Sağlık Örgütüne bildirilmiş ve kısa süre içerisinde hastalık dünya çapında hızla yayılmıştır (WHO, 2020a). COVID-19, 11 Mart 2020'de 113 ülkeyi etkilemiş ve Dünya Sağlık Örgütü COVID-19'un bir pandemi olarak nitelendirilebileceği değerlendirmesini yapmıştır (WHO, 2020b). COVID-19'un yayılmasını yavaşlatmak için sosyal mesafe ve karantina gibi ihtiyati tedbirler, psikolojik sağlığı ve kişiler arası yaşamları etkilerken, özellikle sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı topluluklarda ekonomik gerilemeye ve iş kayıplarına yol açmıştır (Nicola ve ark., 2020; Hatem ve ark., 2020). Aynı zamanda COVID-19 pandemisi ile birlikte tüm dünyada hastaneler ve sağlık sistemleri, katastrofik finansal zorluklarla karşılaşmıştır (AHA, 2020). COVID-19 pandemisi nedeniyle hastanelerin sağlık hizmeti sunumunda ve faturalandırılabilir hizmetlerinde değişiklikler meydana gelmiş, birçok hastane, hastalığın yayılmasını sınırlamak, ek yatan hasta kapasitesini ve personelini sağlamak için ayakta tedavi hizmetlerini kapatmak ve çeşitli hizmetleri, seçmeli randevuları ve ziyaretleri ertelemek ve iptal etmek durumunda kalmıştır (Khullar ve ark., 2020). Artan maliyetler ve azalan gelirler, hastanelerin finansal sürdürülebilirlikleri açısından tehdit olarak algılanmıştır (Grimm, 2020).

COVID-19 öncelikle solunum sistemini ve ardından kardiyovasküler, hepatik, renal, gastrointestinal ve merkezi sinir sistemlerini etkilemektedir. Nefes darlığı ve solunum yetmezliği

158

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(SOLAY, AH / ERSOY Z, CEYLAN NK, AĞIRBAŞ İ)

dahil olmak üzere pnömoni ile ilişkili solunum semptomları, COVID-19'un yaygın klinik belirtileridir (Miller ve ark., 2020). Önceki raporlara göre, hastanede yatan tüm COVID-19 hastalarının yaklaşık %14-30'unda akut solunum sıkıntısı sendromu gelişmiştir ve buna bağlı ölüm oranı %45-75'tir (Tzotzos ve ark., 2020; Potere ve ark., 2020). Mevcut veriler, COVID-19 hastalarının %5-20'sinin hastaneye yatırılması gerektiğini ve bunların %14 ile %20'sinin yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul edilmesi gerektiğini göstermektedir (Richardson ve ark., 2020; Grant ve ark., 2020). Şiddetli veya kritik hastalığı olan COVID-19'dan kurtulanların yaklaşık üçte birinin, erken ölüm riskinin artmasıyla birlikte uzun vadeli klinik ve zihinsel sağlık komplikasyonları olması muhtemeldir (Best ve ark., 2020). Altta yatan tıbbi durumların ve hasta özelliklerinin, hastalığın şiddeti ve sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, komorbiditeler, daha uzun hastanede kalış süresi, mekanik ventilasyon veya diyaliz ile sonuçlanabileceğinden kaynak ve tedavi gereksinimlerini de etkilemektedir (Richardson ve ark., 2020; Guan ve ark., 2020; Cummings ve ark., 2020). Bu nedenle COVID-19 vakaları ile ilişkili kaynakların ve maliyetlerin belirlenmesi, etkili tedavi planlamaları ve kaynak kullanımı açısından önem arz etmektedir. Dünyada ve Türkiye'de COVID-19 ile hastaneye yatırılan hastaların maliyetlerini inceleyen araştırmaların sınırlı olması araştırmamızın özgünlüğünü ortaya koymasından önemlidir.

YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 11.03.2020 - 30.06.2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısı almış ve yatarak tedavi gören 18 yaş üstü hastaların klinik ve mali verileri oluşturmaktadır. Belirtilen tarihler arasında dosyalarına ulaşılan 366 hastanın klinik ve mali verileri değerlendirilmiştir. Hastanede yatış süresinin uzamasına ve maliyetin artmasına neden olabilecek hastalıklar; hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp ve damar, akciğer, böbrek hastalıkları, kanser, hematolojik hastalıklar olarak tanımlanmıştır. Hastaların sigara içme durumları ve süreleri kaydedilmiştir. Örneklem seçilmemiştir.

Araştırmanın Yöntemi

Araştırma grubunun maliyetleri retrospektif olarak hastane ve Sosyal Güvenlik Kurumu perspektifinden ele alınmıştır. Maliyetler, hastaların yaşı, cinsiyeti, ek hastalıkları, yatış süreleri ve sigara içme durumlarına göre incelenmiştir. Toplam maliyet, ilaç, tıbbi malzeme, yatak, tahlil ve tetkik gibi hizmet grupları hesaplanarak elde edilmiştir. Araştırma ile ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı'ndan alınan izin ile birlikte 20.07.2020 tarih ve 92/09 karar numarası ile yerel etik kurul izni alınmıştır.

Verilerin Toplanması

İşlemlere ilişkin maliyetler hastane otomasyon sisteminde kayıtlı olan hasta faturalarından, klinik veriler hasta dosyaları ve epikrizlerinden elde edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Hastaların yaşı, cinsiyeti, komorbidite durumu ve sayısı, hastanede kalış süresi ve sigara içme durumlarının tedavi maliyetleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla IBM SPSS 26 paket programı kullanılarak bir değerlendirme yapılmıştır. Maliyet değişkenine ait verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için aritmetik ortalama, medyan, çarpıklık, basıklık katsayıları ve Kolmogorov-Simirnov analizi incelenmiş ve verilerin normal dağılım göstermediği

belirlenmiştir. Bu nedenle karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis non-parametrik testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamızda 11.03.2020 – 30.06.2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısı ile araştırma hastanesine yatırılarak tedavi ve takibi yapılan 366 hastanın dosyası incelenmiştir. Hastaların yaşa, cinsiyete, komorbidite varlığına ve sayısına, hastanede yatış sürelerine ve sigara içme durumlarına göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Hastanede tüm hastalar için ortalama yatış süresi sekiz gün (minimum: 1, maksimum: 38) olarak hesaplanmıştır. Yoğun bakımda tedavi alan hastaların ortalama yatış süresi ise 16 gün (minimum: 5, maksimum: 38) olarak hesaplanmıştır. Hastaların 169’u (%46.17) 4-7 gün, 74 hasta 8-11 gün, 60 hasta ise 12-15 gün hastanede kalmıştır. Hastaların 22’si pandemi hastaları için ayrılmış servislerde takip edilirken durumlarının kötüleşmesi üzerine yoğun bakıma sevk edilmiştir. Hastalardan 316’sı haliyle, 38’i şifa ile taburcu edilmiş, bir hasta ise vefat etmiştir. Hastaların dördü daha ileri tetkik ve tedavilerinin sağlanabileceği başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilmiş, yedisi ise tedaviden vazgeçmiştir.

Tablo 1. Hastaların Özellikleri

	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	163	45
Erkek	203	55
Toplam	366	100,0
Yaş		
0-24	41	11.20
25-49	143	39.07
50-64	94	25.69
65-79	66	18.03
80 ve üzeri	22	6.01
Toplam	366	100.0
Komorbidite Sayısı		
0	201	54.92
1	82	22.40
2	46	12.57
3	21	5.74
4	9	2.46
>4	7	1.91
Toplam	366	100.0
Ek Hastalıklar (Komorbidite)		
Hipertansiyon	105	33.98
Diyabetes Mellitus	56	18.12
Kalp ve Damar Hastalıkları	56	18.12
Akciğer Hastalıkları	51	16.51
Romatizmal Hastalıklar	11	3.56
Venöz Emboli ve Tromboz	10	3.24
Renal Transplantasyon	2	0.65

Böbrek Hastalıkları	9	2.91
Kanser Hastalıkları	4	1.29
Hematoloji Hastalıkları	5	1.62
Toplam	309	100.0
Yatış Süresi		
0-3	44	12.02
4-7	169	46.17
8-11	74	20.23
12-15	60	16.39
>16	19	5.19
Toplam	366	100.0
Sigara İçme Durumu		
İçen	79	21.58
İçmeyen	239	65.30
Bırakmış	48	13.12
Toplam	366	100.0

Sigara içme durumlarına göre sınıflandırılan 366 hastanın 239 (%65,30)'u hiç sigara kullanmamıştır. Hastaların 48 (%13,12)'i ise sigarayı sonradan bırakmış olup, 45 hasta sigara içtiği süre boyunca ortalama 25 paket/yıl sigara kullanmıştır. Sigarayı bırakmış hastalardan üçünün sigara içme süresi hakkında bilgiye ulaşılammıştır. Sigara içme alışkanlığı olan 79 hasta (%21,58) ortalama 24 paket/yıl sigara içmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Sigara İçen Hastaların Sigara Kullanım Sürelerine Göre Dağılımı

Sigara Kullanım Süresi (Paket Yıl)	Sayı	Yüzde (%)
0-5	24	30.38
6-10	10	12.65
11-15	7	8.86
16-20	7	8.86
21-25	2	2.53
26-30	8	10.13
31-40	8	10.13
41-50	8	10.13
>50	5	6.33
Toplam	79	100.0

Tablo 3'de COVID-19 tedavi maliyetlerinin harcama kalemlerine göre dağılımı gösterilmiştir. En büyük harcama kalemini 1.658.238,45 TL (%68.62) ile pandemi bakım hizmeti oluşturmaktadır. Harcama tutarının diğer önemli kısmını ise 401.403,08 TL (%16.61) ile yoğun bakım maliyeti oluşturmaktadır. Yoğun bakımda tedavi gören bir hastanın ortalama tedavi maliyeti 18.245,59 TL, pandemi servislerinde yoğun bakım tedavisi almadan tedavi gören bir hastanın ortalama maliyeti ise 5.413,93 TL olarak hesaplanmıştır. Pandemi servislerindeki bir günlük tedavi maliyeti 729,19 TL, yoğun bakımdaki bir günlük tedavi maliyeti ise 1.379,27 TL bulunmuştur. Risk içeren en az bir ek hastalığı olan bir hastanın ortalama maliyeti 8.101,23 TL, COVID-19 açısından risk içeren herhangi bir hastalığı olmayan bir hastanın ortalama maliyeti ise 5.371,97 TL olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. Hastane Toplam Maliyeti ve COVID-19 Tedavi Maliyetinin Harcama Kalemlerine Göre Dağılımı

Harcama Kalemleri	Tedavi Maliyeti	Oran (%)
Muayene	21.743,61	0.90
İlaç	79.325,45	3.28
Tetkik	118.035,91	4.88
Görüntüleme	22.238,61	0.92
Tıbbi Malzeme	5.700,86	0.24
Yatak	93.420,80	3.87
Yoğun Bakım Yatak Ücreti	210.828,81	8.72
Yoğun Bakım Hizmeti	7.764,95	0.32
Pandemi Bakım Hizmeti	1.658.238,45	68.62
Pandemi Yoğun Bakım Hizmeti	182.809,32	7.57
Diğer Tedavi Uygulamaları	7.960,33	0.33
Diğer	8.401,26	0.35
Genel Toplam	2.416.468,36	100.0

*Diğer: Taze donmuş plazma, kan veya kan ürünleri transfüzyonu, Kızılay'dan temin edilen eritrosit süspansiyonu ve uzman hekim raporlarını kapsamaktadır.

COVID-19 tanısı almış ve yatarak tedavi gören hastaların maliyetlerinin cinsiyete, yaşa, riskli hastalık sayısına, yatış süresine, sigara içme durumuna ve sigara içip aynı zamanda riskli hastalığa sahip olup olmama durumuna göre farklılık analizi Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Maliyetlerin Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişken	Cinsiyet	n	Ortalama	S.D	U	p
Maliyet	Kadın	163	7596.92	8074.74	13022.0	.000*
	Erkek	203	5803.78	6993.39		
Değişken	Yaş	n	Ortalama	S.D	K-W	p
Maliyet	0-24	41	5103.71	3361.35	28.110	.000*
	25-49	143	4854.39	3611.69		
	50-64	94	7263.74	7249.32		
	65-79	66	8906.06	11175.93		
	80 ve üzeri	22	11020.19	13926.10		
Değişken	Riskli Hastalık Sayısı	n	Ortalama	S.D	K-W	p
Maliyet	0	201	5371.96	5537.00	33.781	.000*
	1	82	6360.77	6170.79		
	2	46	9140.46	11848.05		
	3	21	8394.73	6462.68		
	4	9	9266.06	7122.88		
	>4	7	19282.04	18691.89		
	Değişken	Yatış Süresi (gün)	n	Ortalama		
Maliyet	0-3	44	1478.83	716.03	226.375	.000*
	4-7	169	4215.84	1550.87		

Değişken	Sigara İçme Durumu	n	Ortalama	S.D	U	p
	8-11	74	6609.63	2699.70		
	12-15	60	10954.57	5157.88		
	>16	19	25922.86	20894.51		
Değişken	Riskli Hastalık	n	Ortalama	S.D	U	p
Maliyet	İçmiyor	287	7126.81	8304.17	9015.00	.005*
	İçiyor	79	4697.13	2874.70		
Maliyet	Yok	56	4394.86	2869.51	454.0	.040*
	Var	23	5433.10	2913.40		

*p<0,05

COVID-19 tanısı almış hastaların tedavi maliyetlerinin farklılık analizi, hastaların cinsiyetine, yaşına, riskli hastalık sayısına, yatış süresine, sigara içme durumlarına ve sigara içip aynı zamanda riskli hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre anlamlı bulunmuştur. Genel olarak yaş arttıkça maliyetlerin arttığı görülürken, kadınların tedavi maliyetleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Yatış süreleri uzadıkça maliyetler artmakta; genel olarak birden daha fazla riskli hastalığı olanlarda maliyetler daha yüksek seyrederken hastalık sayısı dördün üzerine çıktığında maliyetlerde önemli ölçüde artış görülmektedir. Sigara kullanımı tedavi maliyetlerini etkilememiş, sigara içmeyenlerde maliyetler içenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara içip riskli hastalığa sahip olan hastaların maliyeti ise sigara içip herhangi bir hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. COVID-19 tanısı almış hastaların tedavi maliyetlerinin, riskli hastalık türlerine göre karşılaştırılması Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Maliyetlerin Riskli Hastalık Türlerine Göre Karşılaştırılması

Riskli Hastalık Türleri	Maliyet											
	0-2.500 TL		2.501-5.000 TL		5.001-7.500 TL		7.501-10.000 TL		10.001-12.500 TL		>12.500 TL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertansiyon	12	11.4	20	19.0	32	30.5	15	14.3	13	12.4	13	12.4
Kalp ve Damar Hastalıkları	5	8.9	13	23.2	15	26.8	9	16.1	5	8.9	9	16.1
Diyabetes Mellitus	8	14.3	11	19.6	15	26.8	7	12.5	7	12.5	8	14.3
Akciğer Hastalıkları	8	15.7	11	21.6	12	23.5	3	5.9	9	17.6	8	15.7
Romatizmal Hastalıklar	3	27.3	1	9.1	5	45.5	1	9.1	1	9.1	0	0.0
Venöz Emboli ve Tromboz	1	10.0	0	0.0	3	30.0	0	0.0	3	30.0	3	30.0
Böbrek Hastalıkları	0	0.0	0	0.0	3	33.3	1	11.1	3	33.3	2	22.2
Kanser Hastalıkları	1	25.0	1	25.0	1	25.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0
Hematoloji Hastalıkları	0	0.0	2	40.0	1	20.0	1	20.0	1	20.0	0	0.0
Renal Transplantasyon	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	1	50.0

$\chi^2=64.812$

p=0,078

COVID-19 tanısı almış hastaların tedavi maliyetlerinin farklılık analizi hastaların ek hastalık türüne göre anlamlı bulunmamıştır. Hastalık türü, maliyetler arasında farklılık oluşturmamış ancak hastalardaki ek hastalık sayısı arttıkça maliyeler artış göstermiştir.

TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri maliyetinde sürekli artış yaşanmaktadır. Hastaneler, toplam sağlık harcamasının % 48,2'sini oluşturmaktadır. Toplam sağlık harcaması, 2019 yılında bir önceki yıla göre % 21,7 artarak 201 milyar 31 milyon TL'na, kişi başına sağlık harcaması ise 2010 yılında 843 TL, 2014 yılında 1.228 TL iken, 2019 yılında 2.434 TL'na yükselmiştir (TÜİK, 2021). Sağlık harcamalarının artmasının nedenleri arasında, yaşam süresinin uzaması ve nüfusun giderek yaşlanması, kronik hastalıkların artması, bilgi kaynaklarına kolay erişim, hastaların ve sağlık hizmeti sunanların en son teknolojiye yararlanma isteği vs. sayılabilir (Orhaner, 2014). Bu nedenlerin arasında kronik hastalıkların en önemli özelliği, genetik ve aile öyküsü gibi temel bazı değiştirilemez etkenlerin dışında altta yatan nedenlerin bir kısmının tamamen önlenemez risk faktörleri olmasıdır. Bu risk faktörlerinin başlıcaları, sağlıksız beslenme, obezite, tütün kullanımı ve yetersiz harekettir (Akalın, 2012). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve hareketsiz yaşam gibi risk faktörlerinin ortadan kaldırılması durumunda kalp hastalıkları, felç, tip 2 diyabet vakalarının %80'i, kanser vakalarının ise üçte birden fazlası önlenmektedir (WHO, 2008). Bu çerçevede risk faktörlerini önleyici programların (sigara ve aşırı alkol tüketimini bırakma, sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliği artırma, stres yönetimi vs.) hastaların COVID-19 hastalığını geçirme şiddetini ve hastane maliyetlerini dolaylı olarak etkileyeceği düşünülmektedir.

Araştırma grubunda COVID-19 tanısı almış hastaların en büyük bölümü erkeklerden oluşmaktadır (%55). Hastaların ortalama yaşı 50 olmakla birlikte yaş grubu olarak en büyük grubu 25-49 yaş (%39.07) arası hastalar, oluşturmaktadır. 65 yaş ve üzeri hasta sayısı ise 88 (%24.04) olarak tespit edilmiştir. Araştırma bulgularına göre kadın hastaların maliyeti, erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuş; 25-49 yaş aralığından sonraki gruplarda maliyetlerde belirgin artışlar görülmüş ve yaşın artmasıyla birlikte maliyetlerde de artış olmuştur. Benzer şekilde Fusco ve ark. (2021) tarafından yapılan araştırmada da hastane maliyetlerinin yaş gruplarına göre değiştiği bulunmuş ve yatan hastaların ortalama yaşı 63 olarak hesaplanmıştır. Maliyetin 65-74 yaş arası hastalar için 14.791 dolar olduğu belirtilmiştir. Thai ve ark. (2020)'nin, yaptıkları araştırmada hastaların %73.7'sini 48 yaş ve daha altı yaş grubu hastalar oluşturmuştur. Morais ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada özellikle 65 yaş üzeri olmak üzere ileri yaştaki ve komorbiditeleri olan kişilerin şiddetli semptomlarla enfeksiyon geliştirme ve ölüm riski altında olma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Yapılan araştırmalar, ölümlerin % 80'inin 65 yaş üzerinde olduğunu ve COVID-19 ile ilişkili ölümlerin %94'ünün en az bir eşlik eden sistematik hastalığa sahip olduğunu göstermektedir. Özellikle kanser, kronik böbrek hastalığı, KOAH, obezite, diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, immünsüpresif durumlar ve sigaranın COVID-19 için risk teşkil ettiği belirtilmektedir (Johns Hopkins Medicine, 2021; Fusco ve ark., 2021). COVID-19 hastalığının seyrinde morbidite ve mortalite nedeni olan hastalıklar yatış süresini ve bakım hizmetini ve dolayısı ile maliyeti de arttırmaktadır. Araştırmaya dahil edilen 366 hastada tespit edilen hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp ve damar hastalıkları, akciğer hastalıkları, romatizmal hastalıklar, venöz emboli ve tromboz, renal transplantasyon, böbrek hastalıkları, kanser hastalıkları ve hematoloji hastalıkları, COVID-19 hastaları için risk teşkil eden hastalıklar olarak

belirlenmiştir. En sık görülen hastalıklar hipertansiyon (%33.98), kalp ve damar hastalıkları (%18.12), diyabetes mellitus (%18.12) ve akciğer hastalıkları (%16.51) olmuştur. Morais ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada hastaların % 40'ında iki veya üç, %13.9'unda üçten daha fazla eşlik eden hastalık saptanmıştır. Araştırma bulgularıyla benzer şekilde en sık eşlik eden hastalıklar hipertansiyon (%48.1), diabetes mellitus (%30.5), daha önce veya halen sigara içimi (%24.6) ve obezite (%23) olarak tespit edilmiştir. Richardson ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada da en yaygın eşlik eden hastalıkların hipertansiyon (%56.6), obezite (%41.7) ve diyabet (%33.8) olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza göre hastalardaki riskli hastalık sayısı arttıkça maliyetlerin de arttığı görülmüştür. Risk içeren en az bir eşlik eden hastalığı olan bir hastanın ortalama maliyeti 8.101,23 TL, COVID-19 açısından risk içeren herhangi bir hastalığı olmayan bir hastanın ortalama maliyeti ise 5.371,97 TL olarak hesaplanmıştır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada, hastaların yüzde 43'ünde eşlik eden hastalıklar tespit edilmiş ve eşlik eden hastalıklarla birlikte maliyette bir artışın söz konusu olduğu saptanmıştır. Bu hastalar içinde % 22.9 ile hipertansiyon, % 13.6 ile diyabet, % 9.1 ile astım, %8.1 ile istemik kalp hastalığı ve % 7.6 ile kanser hastaları yer almaktadır (TÜSAP, 2021).

Araştırma bulgularına göre hastaların hastanede ortalama kalış süresi sekiz gün olarak hesaplanmıştır. Yoğun bakım hizmeti alan hastaların ortalama hastanede kalış süresi ise 16 gün olarak bulunmuş ve yatış süresi uzadıkça maliyetlerde belirgin artışlar görülmüştür. Yoğun bakımda tedavi gören bir hastanın ortalama tedavi maliyeti 18.245,59 TL, pandemi servislerinde yoğun bakım tedavisi almadan tedavi gören bir hastanın ortalama maliyeti ise 5.413,93 TL olarak hesaplanmıştır. Pandemi servislerindeki bir günlük tedavi maliyeti 729,19 TL, yoğun bakımdaki bir günlük tedavi maliyeti ise 1.379,27 TL bulunmuştur. Yoğun bakım hastalarının tedavi maliyeti toplam tedavi maliyetinin %16.61'ni oluşturmuştur. Kavalcı (2021)'nin yaptığı çalışmada, COVID-19 hastalarının yoğun bakım ünitesinde ortalama kalış süresi 11.5 gün bulunmuştur. Söz konusu çalışmada, yoğun bakım ünitesinde kalış süresi ile tedavi maliyeti arasında pozitif, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve yoğun bakım ünitesinde kalış süresinin uzamasıyla tedavi maliyetinin de arttığı belirtilmiştir. Kavalcı (2021)'nin yaptığı çalışma bu yönüyle araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Thai ve ark. (2020)'nin, yaptıkları çalışmada ortalama hastanede kalış süresi 21 gün olarak bulunmuştur. Ekingen & Yıldız (2021)'in yaptığı çalışmada, ortalama kalış süresinin 5.38 gün olduğu tespit edilmiştir. Fusco ve ark. (2021)'nin yaptıkları çalışmada ise ortalama hastanede kalış süresi 5 gün bulunmuş olup bu sürenin yoğun bakım ve vantilatör kullanımı ile arttığı ve en uzun hastanede kalış süresinin 15 gün olduğu belirtilmiştir. Ayrıca COVID-19 hastalarını tedavi etmenin daha masraflı olduğu tespit edilmiştir. Jang ve ark. (2021)'nin yaptıkları çalışmada ise ortalama hastanede kalış süresi 5 gün olarak bulunmuş ve daha fazla sayıda eşlik eden hastalığı olan hastaların hastanede kalış süresini ve tedavi maliyetlerini arttırdığını saptamıştır. Kanser, KOAH, istemik kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabeti olan COVID-19 hastalarının daha uzun süre hastanede kaldığı ve buna bağlı olarak tıbbi harcamaların daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla Jang ve ark. (2021)'nin yaptıkları çalışma bu yönüyle araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Araştırma hastanesinde COVID-19 tedavisi için 11.03.2020 - 30.06.2020 tarihleri arasında Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilen muayene, ilaç, tetkik, görüntüleme (direk grafi, bilgisayarlı tomografi), tıbbi malzeme, yatak, pandemi ve yoğun bakım hizmeti ve diğer tedavi uygulamalarının toplam maliyeti 2.416.468,36 TL olarak hesaplanmıştır. Bu tutar, belirlenen tarihler arasındaki toplam tedavi maliyetinin yaklaşık % 7'sini oluşturmuştur. Hastanelerde COVID-19 pandemisi ile birlikte ek maliyetler ortaya çıkarken hastanenin sunduğu hizmetlerde meydana gelen kesintiler nedeniyle de hastane gelirlerinde azalmalar olmuştur. Amerikan

Hastaneler Birliğinin (AHA, 2020) yayınladığı bir raporda, hastanelerin karşılaştığı finansal zorluklardan bahsedilmiştir. Bu raporda, söz konusu finansal zorlukları ölçmek için dört analiz gerçekleştirilmiştir. Bu analizler, COVID-19 tanısı almış hastaların yatışlarının hastane maliyetlerine etkisi; COVID-19'un neden olduğu, iptal edilen ve vazgeçilen hizmetlerin hastane gelirleri üzerindeki etkisi; gerekli kişisel koruyucu ekipmanın satın alınmasıyla ilgili ek maliyetler ve bazı hastanelerin çalışanlarına sağladığı ek desteğin maliyetleridir. 1 Mart 2020 ile 30 Haziran 2020 arasındaki dört aylık dönemdeki etkilerle sınırlı olan bu analizlere dayanarak, Amerikan Hastaneler Birliği, toplam dört aylık mali durumu tespit etmiştir. Bu ölçümlere göre Amerikan Hastaneler Birliği, Amerika'daki hastaneler ve sağlık sistemleri üzerindeki finansal etkinin, aylık ortalama 50,7 milyar dolar, dört aylık 202,6 milyar dolar mali kayba yol açtığını belirtmiştir. Amerika'da COVID-19 salgını sonucu hastane ve sağlık sistemi gelirleri, keskin bir düşüş göstermiş ve bu gelir kayıpları, pandeminin başlangıcından bu yana hastaneler için maliyetlerde önemli bir artışla karşılanmıştır. Bazı hastaneler de, sağlık çalışanlarını desteklemek için maliyetlere katlanmıştır. Bartsch ve ark. (2020)'nin, kaynak kullanımı ve direkt tıbbi maliyetleri tahmin etmeye çalıştıkları bir araştırmada, tek bir semptomatik COVID-19 vakasının, tek başına enfeksiyon sırasında, ortalama 3.045 dolar ile direkt tıbbi maliyete neden olabildiği bulunmuştur. Araştırma sonuçları, COVID-19 vakasının direkt tıbbi maliyetinin, diğer yaygın enfeksiyon hastalıklarından önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ekingen & Yıldız'ın (2021) yaptığı bir araştırmada, her bir hasta için ortalama fatura tutarı 653,03 dolar olarak hesaplanmış ve kişi başı günlük ortalama fatura 121,37 dolar bulunmuştur. Söz konusu araştırmada, COVID-19'un tedavi maliyetlerinin oldukça yüksek olduğu, COVID-19 nedeniyle tedavi gören hasta sayısına bağlı olarak tedavi maliyetlerinin yükselebileceği tespit edilmiştir.

Kesin olmamakla birlikte grip gibi diğer solunum yolu hastalıklarında sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre enfeksiyona yakalanma oranının daha yüksek olduğu düşünüldüğünde sigara içmenin COVID-19 için bir risk faktörü olduğu söylenebilir (Lawrence ve ark., 2019). Bu doğrultuda sigara içen bir hastanın COVID-19'a yakalandığında daha fazla olumsuz sonuçla karşılaşması ve daha fazla tedavi maliyetine neden olması muhtemeldir. Araştırma sonuçlarına göre sigara kullanımı tedavi maliyetlerini etkilememiş olmakla birlikte sigara içip riskli hastalığa sahip olan hastaların maliyeti, sigara içip herhangi bir hastalığı olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

COVID-19 tanısı almış hastaların tedavi maliyetleri, hastaların cinsiyetine, yaşına, riskli hastalık sayısına, yatış süresine, sigara içme durumlarına ve sigara içip aynı zamanda riskli hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre farklılık göstermiştir. Benzer şekilde Jang ve ark. (2021)'nin yaptığı araştırmaya göre de cinsiyet, yaş, ek hastalık sayısı, ek hastalık türü (kanser, iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet), tıbbi ekipman kullanımı (YBÜ, toraks tomografisi, mekanik ekipman) ve ilaç kullanımı COVID-19 hastalarında tıbbi harcamaları etkilemiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi, sağlık sistemleri ve hastaneler üzerinde önemli finansal yük oluşturmuştur. Hastane hizmetlerinin durma noktasına geldiği, bazı hizmetlerin verilemediği ve birçok servisin COVID-19 servisi olarak çalıştığı bir dönemde hem hizmet verilemeyen servislerin maliyetine hem de COVID-19 tanısı ile tedavi gören hastaların maliyetine katlanılmıştır. Araştırma bulguları, COVID-19 tanısı almış hastaların yaşı, cinsiyeti, riskli hastalık sayısı, yatış süresi, sigara içme durumları gibi demografik ve klinik özelliklerinin tedavi



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

maliyetlerini etkilediğini göstermiştir. Bu durum, COVID-19 için belirli risk faktörlerinin varlığına dikkat çekmektedir. Riskli grupların belirlenmesi ve takip edilmesi hem COVID-19 vakalarının önlenmesi ve azaltılması hem de maliyetlerin kontrol edilmesi noktasında önem taşımaktadır.

COVID-19 veya gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık risklerini dikkate alacak şekilde önlemlerin alınması, hastalıkların sağlık sistemleri üzerindeki finansal yükünün azaltılması noktasında fayda sağlayabilecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkaracak politikaların uygulanması, hasta tedavilerinin planlanması, maliyet etkililik çalışmalarının yapılması, sağlık hizmetlerinde kaynak kullanımının (örneğin, sağlık insan gücü dağılımı, sağlık tesisleri, tıbbi cihaz ve malzemelerin durumu, yoğun bakım hasta yatak sayıları, hastanede kalış süresi vs.) ve maliyetlerin tespit edilmesi önemli uygulamalar olarak düşünülebilir. COVID-19 pandemisi süresince edinilen tecrübeler, salgın hastalıklarla mücadelenin planlanmasında ve yönetilmesinde, bütçe ve kaynakların tahsis edilmesinde, stratejilerin geliştirilmesinde kullanılabilir. Kaynak kullanımı ve maliyetlerle ilgili elde edilen bilgiler, hastalık yükü tahminlerinde ve ekonomik modellere girdi oluşturulmasında faydalı olabilir.

COVID-19 ile ilişkili hastane tedavi maliyetlerini, hastaların demografik ve klinik verilerine göre inceleyen bu araştırmanın, etkili kararların verilmesinde, aşılama programlarının planlanmasında, riskli hastalıkları önleme programlarının uygulanmasında, hastane maliyetlerinin yönetilmesinde sağlık yöneticilerine, sağlık politikacılarına ve daha kapsamlı araştırmaların yapılması konusunda araştırmacılara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırma, zaman ve maliyet kısıtları nedeniyle araştırma hastanesi ile sınırlandırılmıştır. Salgının poliklinik başvuru sayısını ve hizmet maliyetini de artırdığı aşikardır. Poliklinik hizmetlerinde hastanede izole bir alan ayrılma ihtiyacı oluşmuş, personel ihtiyacı, tetkik ve tedavi giderleri artmıştır. Fakat pandemi hastalarının muayenesinden sonra yapılan tetkik ve verilen ilaçlar ayrı sistemler üzerinden yapıldığından ve eşleştirmeleri yapılamadığından maliyetleri hesaplanamamıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Etik Kurul Beyanı

Araştırma ile ilgili olarak, Sağlık Bakanlığı'ndan alınan izin ile birlikte 20.07.2020 tarih ve 92/09 karar numarası ile yerel etik kurul izni alınmıştır.

Katkı Oranı Beyanı

Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

KAYNAKÇA

AHA (2020, June 14). Hospitals and health systems face unprecedented financial pressures due to COVID 19. <https://www.aha.org/guidesreports/2020-05-05-hospitals-and-health-systems-face-unprecedented-financial-pressures-due>

Akalın, E., Tanrıöver, M. D., Sayran, F (2012). Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü, Haziran 2012. Yayın No: TÜSİAD-T/2012-06/529.

- Bartsch, S. M., Ferguson, M. C., Mckinnell, J. A., O'Shea, K. J., Wedlock, P. T., Siegmund, S. S., & Lee, B. Y. (2020). The potential health care costs and resource use associated with COVID-19 in the United States. *Health Affairs*, 39(6), 927-935. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00426>
- Best, J. H., Mohan, S. V., Kong, A. M., Patel, K., Pagel, J. M., Ivanov, B., Brawley, O. W., Parikh, K. J., Zazzali, J. L., & Pauk, J. (2020). Baseline demographics and clinical characteristics among 3471 US patients hospitalized with COVID-19 and pulmonary involvement: a retrospective study. *Advances in Therapy*, 37, 4981-4995. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01510-y>
- Cummings, M. J., Baldwin, M. R., Abrams, D., Jacobson, S. D., Meyer, B. J., Balough, E. M., Aaron, J. G., Claassen, J., Rabbani, L. E., Hastie, J., Hochman, B. R., Schicchi, J. S., Yip, N. H., Brodie, D., & O'Donnell, M. R. (2020). Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet*, 395(10239), s1763-1770. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31189-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31189-2)
- Ekingen, E., Yıldız, A. (2021). Türkiye'de COVID-19 tedavi maliyetleri: Sosyal güvenlik kurumuna yükü ve belirleyicileri. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 262-270. <https://doi.org/10.25204/iktisad.844714>
- Fusco, M. D., Shea, K. M., Lin, J., Nguyen, J. L., Angulo, F. J., Benigno, M., Malhotra, D., Emir, B., Sung, A. H., Hammond, J. L., Stoychev, S., & Charos, A. (2021). Health outcomes and economic burden of hospitalized COVID-19 patients in the United States. *Journal of Medical Economics*, 24(1), 308-317. <https://doi.org/10.1080/13696998.2021.1886109>
- Grant, M. C., Geoghegan, L., Arbyn, M., Mohammed, Z., McGuinness, L., Clarke, E. L., & Wade, R. G. (2020). The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. *PLoS One*, 15(6), e0234765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234765>
- Guan, W., Ni, Z., Y., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Hui, D. S. C., Du, B., Li, L., Zeng, G., Yuen, K. Y., Chen, R., Tang, C., Wang, T., Chen, P., Xiang, J., Li, S., Wang, J., Liang, Z., Peng, Y., Wei, L., Liu, Y., Hu, Y., Peng, P., Wang, J., Liu, J., Chen, Z., Li, G., Zheng, Z., Qiu, S., Luo, J., Ye, C., Zhu, S., & Zhong, N. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*, 382:1708-1720. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>
- Hatef, E., Chang, H. Y., Kitchen, C., Weiner, J. P., & Kharrazi, H. (2020). Assessing the impact of neighborhood socioeconomic characteristics on COVID-19 prevalence across seven states in the United States. *Front Public Health*. 8:571808. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.571808>
- Grimm, C. A. (2020, June 30). Hospital experiences responding to the COVID-19 pandemic: results of a national pulse survey march 23-27, 2020. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General. <https://catalog.libraries.psu.edu/catalog/30281747>
- Jang, S., Y., Seon, J. Y., Yoon, S. J., Park, S. Y., Lee, S. H., & Oh, I. H. (2021). Comorbidities and factors determining medical expenses and length of stay for admitted COVID-19 patients in Korea. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 2021-2033. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S292538>
- Johns Hopkins Medicine (2021, February 22). Coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2). https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_ABX_Guide/540747/all/Coronavirus_COVID_19_SARS_CoV_2



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Kavalcı, G. (2021). Comparison of the treatment cost of COVID-19 and non-COVID-19 patients in the intensive care unit. *Erciyes Medical Journal*, 43(4), 393-396. <https://doi.org/10.14744/etd.2020.97572>
- Khullar, D., Bond, A. M., & Schpero, W. L. (2020). COVID-19 and the financial health of us hospitals, *Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2127-2128. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6269>
- Lawrence, H., Hunter, A., Murray, R., Lim, W. S., & McKeever, T. (2019). Cigarette smoking and the occurrence of influenza - systematic review. *Journal of Infection*, 79(5), 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2019.08.014>
- Miller, I. F., Becker, A. D., Grenfell, B.T., & Metcalf, C. J. E. (2020). Disease and healthcare burden of COVID-19 in the United States. *Nature Medicine*, 26, 1212-1217. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0952-y>
- Morais, A. M., Cassenote, A., Piva, H., Takunaga, E., Cobello V., Gonçalves F., A., R., G., Lobo, R., A., S., Trindade, E., D'Albuquerque, L., A., C., & Haddad, L., B., P. (2020). Unraveling COVID-19-related hospital costs: the impact of clinical and demographic conditions. MedRxiv, 1-25. <https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2020/12/30/2020.12.24.20248633.full.pdf>
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Losifidis, C., Agha, M., & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery*, 78, 185-193. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
- Orhaner, E (2014). Türkiye’de Sağlık Sigortası, Siyasal Kitabevi, 1. Baskı, Eylül 2014.
- Potere, N., Valeriani, E., Candeloro, M., Tana, M., Porreca, E., Abbate, A., Spoto, S., Rutjes, A. W. S., & Nisio, M. D. (2020). Acute complications and mortality in hospitalized patients with coronavirus disease 2019: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 24: 389. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03022-1>
- Richardson, S., Hirsch, J. S., Narasimhan, M., Crawford, J. M., McGinn T, & Davidson, K. W. (2020). Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York city area. *Journal of the American Medical Association*. 323(20), 2052-2059. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6775>
- Thai, P. Q., Toan, D. T. T., Son, D., T., Van, H. T. H., Minh, L. N., Hung, L. X., Toan, N. V., Hoat, L. N., Luong, D. H., Khue, L. N., Khoa, N. T., & Huong, L. T. (2020). Factors associated with the duration of hospitalisation among COVID-19 patients in vietnam: a survival analysis. *Epidemiology and Infection*. 148(114), 1-7. <https://doi.org/10.1017/S0950268820001259>
- TÜİK (2021, 14 Haziran). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. Haber Bülteni. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659>
- TÜSAP (2021, 5 Mart). COVID-19’un Türkiye sağlık ekonomisi üzerindeki mali yükü, TÜSAP COVID-19 Tedavisinin Ekonomik Yükü Sağlık Finansmanı Raporu. https://tusap.org/wp-content/uploads/2021/09/2021_2-TOPLANTI.pdf



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Tzotzos, S. J., Fischer, B., Fischer, H., & Zeitlinger, M. (2020). Incidence of ARDS and outcomes in hospitalized patients with COVID-19: A global literature survey. *Critical Care*, 24: 516. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03240-7>

WHO (2008). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

WHO (2020a, May 25). Novel Coronavirüs (2019-nCov) Situation Report-1. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

WHO (2020b, June 14). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Situation Report- 51. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>



ANALYSIS OF THE CHANGE IN THE DISTRIBUTION OF HEALTH HUMAN RESOURCES AT THE PROVINCIAL LEVEL IN TURKEY IN 2014-2019

2014-2019 YILLARINDA TÜRKİYE'DE SAĞLIK İNSAN KAYNAKLARI DAĞILIMININ İLLER DÜZEYİNDEKİ DEĞİŞİMİNİN ANALİZİ

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Bahadır ŞİMŞEK

Gümüşhane Üniversitesi, abahadirsimsek@gumushane.edu.tr, orcid.org/0000-0002-7276-2376

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (14.06.2022-30.08.2022)

Abstract

The analysis of policies in the public sector is monitored with various indicators and new policies are determined according to the changes. The official reports highlighted that the distribution of health human resources, which should be benefited equally by all individuals in public health services in Turkey, is not equal on a provincial basis and that policies tolerating this are implemented. In this study, the change in the distribution of health human resources in 81 provinces of Turkey between the years 2014 and 2019 was analyzed using multi-criteria decision-making techniques. The study differs from its counterparts in the literature with its macro and micro suggestions, focusing only on the distribution of human resources at the provincial level. The findings obtained as the result of the analysis can be listed as follows. i) To eliminate the inequities between provinces, the priorities of health human resources have been determined. ii) In different periods, the rank of the provinces expressing the relative status of the health human resources compared to the country has been determined. iii) Interpretations of the obtained rankings from different perspectives are presented.

Keywords: health human resources, multi-criteria decision making, human resource management

Öz

Kamu sektöründe politikaların analizi çeşitli göstergelerle izlenmekte ve göstergelerdeki değişimlere göre yeni politikalar belirlenmektedir. Türkiye'de kamu ağırlıklı olarak sunulan sağlık hizmetlerinde tüm bireylerin eşit olarak yararlanması gereken sağlık insan kaynağının il bazındaki dağılımının eşit olmadığı ve bunu tolere edici politikaların uygulandığı resmi raporlarda vurgulanmaktadır. Bu çalışmada 2014-2019 yılları arasında Türkiye'nin 81 ilindeki sağlık insan kaynağı dağılımındaki değişim çok kriterli karar verme teknikleriyle analiz edilmiştir. Çalışma sadece insan kaynağının il düzeyindeki dağılımına odaklanarak sunduğu makro ve mikro



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

önerilerle literatürdeki benzerlerinden ayrılmaktadır. Analiz neticesinde ulaşılan bulgular şöyle listelenebilir. i) İller arasındaki farklılığın giderilmesi için sağlık insan kaynaklarının öncelikleri belirlenmiştir. ii) Farklı dönemlerde illerin ülkenin geneline göre sahip olduğu sağlık insan kaynağının göreceli durumunu ifade eden sırası belirlenmiştir. iii) Elde edilen sıralamaların farklı perspektiflerden yorumları sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: sağlık insan kaynağı, çok kriterli karar verme, insan kaynakları yönetimi

INTRODUCTION

In the service sector, quality is directly related to the service provider (Wisniewski & Donnelly, 2010). In public-dominated sectors such as education and healthcare, supplying sufficient and competent professionals to satisfy the demand requires comprehensive planning and management. In other words, effective human resources management is needed in the public service sector (Brown, 2007). Unlike the private sector, all processes from recruitment to promotion, from punishment to retirement of public personnel are regulated by the law (Pynes, 2008). The term personnel management may be more appropriate as all personnel operations are restricted by legal regulations (Kaya & Taş, 2015). However, the opposite is claimed due to the key role of human resources management in achieving the missions of the organization (Hassani et al., 2013). Despite the differences of opinion, the undisputed main focus of health personnel planning is ensuring the right number of health care providers with the right qualifications, in the right place, and at the right time. (Spinks & Moore, 2007).

Human resources planning in healthcare is based on the development of strategies that will keep the balance between personnel supply and demand (Avcı & Ağaoğlu, 2014). The volatility of supply/demand is observed by policymakers with indicators such as patient waiting time and population per health professional. High volatility signals the necessity of controlling existing policies and making new strategic decisions. Monitoring every policy or decision regarding health human resources is vital for the efficient use of scarce health professionals. As a basic health policy, all individuals in a health system should have equal access to health services (Gulzar, 1999; Khan & Bhardwaj, 1994). Health human resources indicators play a key role in checking this policy on a regional basis and trying to identify and reduce the inequity between regions (Gupta et al., 2003). The health literature considers population-adjusted indicators, such as population per health professional or the number of health professionals per 10000 people, to reflect workloads. It is common to examine the distribution of health human resources on a regional basis, taking into account similar indicators (Al-Hanawi et al., 2019; Anand et al., 2008; Çınaroğlu, 2021; Nawaz et al., 2021; Shan et al., 2013).

In the report titled "*Human Resources in Health 2023 Vision*" published by the Republic of Turkey Ministry of Health (Akdağ et al., 2011), the issues related to human resources in the health system were examined in detail and the policy changes and reforms were discussed by making projections from the past to the future. Our deductions from the report regarding our study are as follows: i) Lack of health human resources and inequity of regional distribution are one of the chronic problems of the Turkish health system. Although this problem has been on the agenda since the establishment of the country and tried to be solved with various practices, no permanent solution has been found. ii) While the education of a health professional takes a long time, the limited quotas of medical faculties restrict the supply of personnel, and the rapidly increasing population and immigration explode the demand. In addition, the socio-economic homogeneity of the cities strengthens the tendency of the limited human resources to gather in relatively more developed cities. iii) A sustainable information system is needed for the effective management of health human resources, especially for the monitoring of personnel mobility. New methods are needed to make consistent assessments across the country.

172

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ŞİMŞEK, A.B.)

Consequently, the necessity for all individuals to utilize equally the already scarce health human resource, which is increasing slowly according to demand and concentrated in relatively developed regions, motivates the consistent measurement of regional imbalance.

In this study, the change in the distribution of health human resources at the provincial level in Turkey between 2014 and 2019 was analyzed. Population per Specialist, General Practitioner, Dentist, Pharmacist, Nurse, Midwife were used as evaluation indicators. In the analysis, the combined consensus solution (CoCoSo) method, which stands out with its consistency and accuracy in the results, was used. The criteria weights were determined by taking the average of the weights obtained by the CRITIC and ENTROPY methods, which are objective weight determination techniques, to prevent decision-maker bias.

The contribution of the study to researchers and practitioners interested in health human resource management can be listed as follows. i) It ensures the prioritization of human resource types in improving the distribution of human resources. ii) It makes it possible to monitor the change in health resources at the provincial level from a micro point of view.

The paper is organized as follows. Section 2 covers the presentation of related studies. Section 3 introduces the methods used in the assessment. Section 4 contains interpretations of practice and findings. Conclusions and recommendations are given in Section 5.

RELATED STUDIES

The evaluation of the performance of the units with MCDA techniques to provide managerial insight into health policies is of interest to researchers (Otay et al., 2017; Torkayesh, Pamucar, et al., 2021). Many focus on health human resources and evaluate the performance of units such as cities and countries with health human resource indicators. In this section, similar studies focused on Turkey are examined in terms of approach and method.

Clustering-oriented studies investigating the differences between clusters formed by similar units are discussed below. Çınaroğlu (2021) examined the distribution of health personnel at the provincial level in Turkey and made policy recommendations. In the study, how 81 provinces were grouped based on the number of physicians, nurses, midwives, dentists, pharmacists, and other health workers in 2017 investigated. Provinces were divided into three clusters using the K-means algorithm, which is based on the evaluation units being included in the closest cluster. Descriptive statistical comparison of the clusters pointed to inequity in terms of human resource distribution among the clusters. It was emphasized that personnel management policies should be reviewed for a strong health system, taking into account the inadequacy of human resources in health and regional inequalities. Çelik (2013) classified the provinces in Turkey according to health indicators with cluster analysis. 8 out of 10 indicators were related to health human resources. In the study, hierarchical and non-hierarchical clustering techniques are used to compare the consistency of the clusters. As a result of the comparison, regional differences were emphasized and it was stated that small and underdeveloped provinces should be supported in terms of health personnel. Tekin (2015) grouped the provinces in Turkey with the hierarchical clustering method in terms of basic health indicators. 7 out of 16 indicators were related to health human resources. The clusters were compared with the socio-economic development rankings and health development levels of the provinces. As a result of the study, the inequity between the east and west of the country was emphasized.

Although the cluster-focused studies examined can provide macro-level information about the health human resource distribution imbalance between regions, they are insufficient from an individual

perspective. Handling the units in clusters prevents comments on their performances and the effectiveness of policies.

In the literature, in addition to cluster-focused studies, some studies make evaluations based on the Nomenclature of Regional Statistical Units (NUTS) with a similar approach. Öksüzkaya (2017) evaluated the efficiency of hospitals affiliated with the Ministry of Health in 12 NUTS regions in Turkey. Data envelopment analysis, which is a non-parametric efficiency measurement tool, was preferred in the study. 4 out of 5 inputs are health human resources indicators. Targets have been set for inefficient regions. While interpreting the target values for the input indicators, it was stated that the health human resources should be shifted to the regions where they are needed more, emphasizing the regional inequality. Aydın (2021) evaluated the health services of 12 NUTS regions in Turkey using multi-criteria decision-making techniques. 5 out of 32 inputs are health human resources indicators. In the study, the TOPSIS method, which is one of the multi-criteria decision-making techniques that allows the evaluation of many alternatives with many criteria, was preferred. MCDM techniques are sensitive to criterion weights. In the study, criteria weights were determined by using the CRITIC method, one of the objective weighting techniques. In line with the findings, it has been suggested to increase the resources allocated to the underdeveloped regions in health services. Although different techniques and indicators have been used in NUTS-based studies, it is seen that similar results have been achieved in cluster-focused studies.

It is seen that different approaches are adopted in the provincial-based evaluations at the micro-level. Çağlar and Keten (2019) proposed an index that will allow a relative comparison of 81 provinces in Turkey according to their health indicators. The proposed index is formed from the average of 4 sub-indices, 1 of which is health human resources, and the health human resources index is formed from 7 health human resources indicators. One of the DEA-Like models based on linear programming was used to calculate the index. The health human resources index has shown that there are serious differences between the east and west of the country, and the provincial indices especially in the east and southeast regions are low. Karaer & Tatlıdil (2019) evaluated 81 provinces in Turkey with the help of some health indicators, principal component analysis, and gray relational analysis, and compared the consistency of the results of both analyzes. Health human resources are also included in the evaluation criteria. It has been emphasized that the results obtained may be guided in terms of providing the necessary information to the decision-makers in the policies to be formed in the future in health services. Studies conducted at the provincial level are more promising than cluster-based studies in the monitor and adjustment of policies by enabling the change in health human resources to be followed at the micro level.

Apart from the cluster and individual-based assessments, the distribution of health human resources has also been examined from a spatial perspective. Genel and Kaçmaz (2016) evaluated the spatial distribution and change in the number of health personnel between the years 2000 and 2013 in Turkey through geographic information systems. In the study, the geographical characteristics of the regions and the health human resources data were synthesized together, and the health geography, which allows the spatial association of health services and problems and the development of policies, was emphasized. It has been shown that thematic maps produced regarding the distribution and mobility of health human resources are an effective tool that can be used in personnel management.

The evaluation made based on countries can provide information about the general condition of Turkey. Demir Uslu (2021) compared OECD countries with TOPSIS and VIKOR methods using health resource indicators. 2 out of 8 criteria are health human resources indicators. In the study, the criteria weights were accepted as equal and the consistency of the results obtained by both methods

was examined. It was emphasized that Turkey, which is in the last place, needs additional resources and that the existing resources should be directed to the field of medical technology.

If the mentioned studies are evaluated together, it is clear that researchers are interested in examining countries and regions with health resource indicators. Multi-period analyzes allow monitoring and interpretation of the impact of policies over time. Health human resources constitute some of the indicators taken into account in studies. However, evaluating the distribution between regions with only human resource indicators, which is a scarce and difficult to supply resource, can provide more specific findings.

METHODOLOGY

In this study, the change in the distribution of health human resources in 81 provinces of Turkey between 2014 and 2019 were analyzed with 6 indicators: population per health human resource (specialist, general practitioner, dentist, pharmacist, nurse, midwife). For this purpose, firstly, the health human resource numbers and populations of the provinces for the relevant years were obtained from the health statistics yearbooks published by the Ministry of Health of the Republic of Turkey. (Secondary data was used in the study. Ethics committee approval is not required.) Then, the health human resource indicators used in the analysis as data were calculated by dividing the population by the number of health human resources. Afterward, the data for all years were processed with CRITIC and ENTROPY methods and the weights of the indicators were determined by the average of the results of both techniques. Finally, the rankings of the provinces in all years were determined by the CoCoSo method, and the change over the years was analyzed. The techniques used are explained in the rest of the section.

Combined compromise solution (CoCoSo) method

The Combined Compromise Solution method called CoCoSo was introduced by Yazdani et al. (2019) and it is based on the combination of three compromise score functions and thus can provide solutions with highly reliable results (Torkayesh, Ecer, et al., 2021). The method is often preferred for problems seeking a compromise solution (Lahane & Kant, 2021; Lai et al., 2020; Zolfani et al., 2020). The steps of the method are as follows (Yazdani et al., 2019).

Step 1. The decision matrix and basic notations

m alternatives (A_1, A_2, \dots, A_m), n criteria (C_1, C_2, \dots, C_n) and $W = \{w_1, \dots, w_n\}$ w_j is the weight of the criterion C_j .

$$x_{ij} = \begin{bmatrix} x_{11} & \dots & x_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ x_{m1} & \dots & x_{mn} \end{bmatrix}; i = 1, 2, \dots, m; j = 1, 2, \dots, n \quad (1)$$

Step 2. Normalize the decision matrix

$$r_{ij} = \left\{ \left(\frac{x_{ij} - \min_i x_{ij}}{\max_i x_{ij} - \min_i x_{ij}} \mid j \in I \right) \text{ or } \left(\frac{\max_i x_{ij} - x_{ij}}{\max_i x_{ij} - \min_i x_{ij}} \mid j \in J \right) \right\}; j = 1, 2, \dots, n \quad (2)$$

Sets I and J cover the benefit and cost criteria, respectively.

Step 3. Calculate the sum of the weighted normalized decision matrix (S_i) and power-weighted normalized decision matrix sequences (P_i) for each alternative.

$$S_i = \sum_{j=1}^n (w_j r_{ij}); P_i = \sum_{j=1}^n (r_{ij})^{w_j}; i = 1, 2, \dots, m \quad (3)$$

Step 4. Calculate the value in three different aggregation strategies (a, b, c) for each alternative.

$$k_{ia} = \frac{P_i + S_i}{\sum_{i=1}^m (P_i + S_i)} \quad (4)$$

$$k_{ib} = \frac{S_i}{\min_i S_i} + \frac{P_i}{\min_i P_i} \quad (5)$$

$$k_{ic} = \frac{\lambda(S_i) + (1 - \lambda)(P_i)}{\lambda \max_i S_i + (1 - \lambda) \max_i P_i}; 0 \leq \lambda \leq 1 \quad (6)$$

a expresses the average of sums of S and P , b states a sum of relative scores of S and P compared to the best, c provides the trade-off between S and P with λ . λ is generally accepted to be 0.5.

Step 5. Determine the evaluation scores for each alternative.

$$k_i = (k_{ia} k_{ib} k_{ic})^{\frac{1}{3}} + \frac{1}{3} (k_{ia} + k_{ib} + k_{ic}) \quad (7)$$

k is sorted in descending order to obtain the order of the alternatives.

CRITIC method

It is an approach proposed by Diakoulaki, Mavrotas, & Papayannakis (1995) for the objective determination of criterion weights. The standard deviations of the criteria and the correlation between the criteria are used in determining the criterion weights. The stages of the CRITIC method are as follows.

Step 1. The decision matrix and basic notations

In case there are m alternatives ($A_1, A_2, \dots, A_m | i = 1, 2, \dots, m$) and n criteria ($C_1, C_2, \dots, C_n | j = 1, 2, \dots, n$), the performance of the A_i in the C_j is shown as x_{ij} .

Step 2. Normalizing the decision matrix

$$r_{ij} = \left\{ \left(\frac{x_{ij} - \min_i x_{ij}}{\max_i x_{ij} - \min_i x_{ij}} | j \in I \right), \left(\frac{\max_i x_{ij} - x_{ij}}{\max_i x_{ij} - \min_i x_{ij}} | j \in J \right) \right\}, j = 1, 2, \dots, n \quad (8)$$

Sets I and J cover the benefit and cost criteria, respectively.

Step 3. Calculation of correlation of criteria

$$\rho_{jk} = \frac{\sum_{i=1}^m (r_{ij} - \bar{r}_j) * (r_{ik} - \bar{r}_k)}{\sqrt{\sum_{i=1}^m (r_{ij} - \bar{r}_j)^2 * \sum_{i=1}^m (r_{ik} - \bar{r}_k)^2}}, j, k = 1, 2, \dots, n \quad (9)$$

Step 4. Calculation of the amount of information for each criterion

$$C_j = \sigma_j \sum_{k=1}^n (1 - \rho_{jk}), j = 1, \dots, n \quad (10)$$

Step 5. Determination of criterion weights

$$W_j = \frac{C_j}{\sum_{k=1}^n C_k}, j = 1, \dots, n \quad (11)$$

ENTROPY method

The entropy method, like the CRITIC method, is a technique that allows the weights of the criteria to be determined objectively by using the data in the decision matrix. The Entropy technique, which focuses on the differentiation in criteria, follows the following stages (Wang & Lee, 2009; Zhu et al., 2020).

Step 1. The decision matrix and basic notations

In case there are m alternatives ($A_1, A_2, \dots, A_m | i = 1, 2, \dots, m$) and n criteria ($C_1, C_2, \dots, C_n | j = 1, 2, \dots, n$), the performance of the A_i in the C_j is shown as x_{ij} .

Step 2. Normalizing the decision matrix

$$p_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sum_{i=1}^m x_{ij}} \quad (12)$$

Step 3. Calculating the Entropy values of the criteria

$$E_j = \frac{-1}{\ln(n)} \sum_{i=1}^m (p_{ij} * \ln(p_{ij})) \quad (13)$$

Step 4. Determination of criterion weights

$$w_j = \frac{1 - E_j}{\sum_{i=1}^m (1 - E_j)}, j = 1, 2, \dots, n \quad (14)$$

IMPLEMENTATION AND FINDINGS

In the implementation phase, the numbers of human resources (specialists, general practitioners, dentists, pharmacists, nurses, midwives) in Turkey's 81 provinces between 2014-2019, are publicly available, were obtained from the health statistics yearbook of the Ministry of Health of the Republic of Turkey¹. In the analysis, the indicators were calculated as the population per human resource. Indicator weights determined by Entropy and Critic methods are shown in Table 1. The bottom line is the weight set to be used in the analysis.

Table 1. Weights Calculated by CRITIC and ENTROPY by Years

Years	Specialist Physician	General Practitioner	Dentist	Pharmacist	Nurse	Midwife
2014	23.1%	3.8%	23.7%	17.7%	10.4%	21.3%

¹ <https://www.saglik.gov.tr/TR,84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>

	2015	2016	2017	2018	2019	Average	
	24.0%	23.7%	20.5%	22.8%	20.4%	20.3%	
	4.3%	5.2%	6.6%	6.7%	8.4%	18.1%	
	24.2%	24.7%	30.1%	29.5%	25.0%	21.0%	
	17.1%	16.6%	17.5%	12.4%	11.4%	14.4%	
	9.7%	9.5%	8.4%	9.2%	19.4%	10.8%	
	20.7%	20.3%	17.0%	19.4%	15.3%	15.4%	
CRITIC	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Average
	19.4%	18.6%	18.1%	18.5%	17.9%	17.0%	20.3%
	30.3%	33.1%	37.0%	31.5%	21.9%	28.1%	18.1%
	16.5%	15.6%	14.9%	17.2%	15.4%	14.6%	21.0%
	12.0%	13.0%	13.6%	13.9%	12.2%	16.0%	14.4%
	10.4%	9.9%	8.5%	9.0%	10.0%	15.0%	10.8%
	11.4%	9.8%	7.9%	9.8%	22.5%	9.3%	15.4%

Table 1 signals two different biases in the weighting process. First, if the weights in each technique are compared yearly, data bias is detected. The sensitivity of the techniques to the data caused the same technique to produce different weight sets with data from different years. Secondly, if the weights in different techniques for the same year are compared, technical bias is detected. The algorithm of techniques caused them to produce different weight sets with the same data. Averaging all weight sets reduced both biases, assessing objective as possible.

The main objective of the weights is to determine to what extent the indicators will affect the result. In other words, the weights determine which indicator is more decisive in separating the alternatives. Accordingly, the weights show the power of the indicators to distinguish the provinces in terms of health human resources distribution. High-weighted indicators have high inter-provincial volatility, and vice versa. If the distribution of health human resources were fair, the indicator weights would be expected to be equal or close to each other. Then, since the weights will express the degree of inequity in the distribution, the order of health human resources from largest to smallest according to the degree of inequity is as follows: *Dentist* > *Specialist* > *General Practitioner* > *Midwife* > *Pharmacist* > *Nurse*. This order also determines the policy priorities to improve the inequity in the distribution of health human resources. Accordingly, it can be claimed that the actions to support the increase in the supply of dentists and specialists are urgent.

The rankings of the provinces and the standard deviations and trends of these rankings are shown in Table 2. Changes in the ranking of a province depend on two components: *i) change in health human resources, ii) change in population*. The standard deviation (σ) symbolizes the magnitude of the effect created by the composite influence of both components. The last column (T) shows the trend of rank. Let φ be the rank difference between 2014 and 2019. If $-3 \leq \varphi \leq 3$, the trend is considered stationary and symbolized by \leftrightarrow . If $\varphi > 3$, the trend is in the upward direction and is symbolized by \uparrow . If $\varphi < -3$, the trend is down and is symbolized by \downarrow .

Table 2. Ranking of Cities by Years

Cities	2014	2015	2016	2017	2018	2019	σ	φ	T
Adana	33	32	39	36	26	34	4.0	-1	\leftrightarrow
Adiyaman	71	71	66	67	50	45	10.3	26	\uparrow
Afyonkarahisar	56	50	45	52	52	47	3.6	9	\uparrow
Cities	2014	2015	2016	2017	2018	2019	σ	φ	T
Ağrı	79	79	78	79	79	81	0.9	-2	\leftrightarrow
Amasya	28	27	34	25	43	29	6.0	-1	\leftrightarrow
Ankara	14	19	46	34	15	32	11.6	-18	\downarrow

Cities	2014	2015	2016	2017	2018	2019	σ	φ	T
Antalya	8	10	17	24	6	12	6.1	-4	↓
Artvin	38	44	26	12	46	28	11.7	10	↑
Aydın	9	8	12	16	12	18	3.5	-9	↓
Bahkesir	24	29	33	31	32	27	3.1	-3	↔
Bilecik	58	59	48	55	59	56	3.8	2	↔
Bingöl	69	70	68	62	69	61	3.6	8	↑
Bitlis	72	73	73	71	73	70	1.2	2	↔
Bolu	4	3	8	3	2	5	2.0	-1	↔
Burdur	11	13	3	22	18	22	6.7	-11	↓
Bursa	42	49	53	53	47	58	5.1	-16	↓
Çanakkale	13	9	6	11	19	17	4.5	-4	↓
Çankırı	41	45	43	39	66	50	9.0	-9	↓
Çorum	47	42	37	41	39	37	3.5	10	↑
Denizli	12	14	18	21	23	21	4.0	-9	↓
Diyarbakır	64	68	70	64	64	63	2.6	1	↔
Edirne	3	4	1	2	3	4	1.1	-1	↔
Elazığ	20	24	23	20	16	9	5.0	11	↑
Erzincan	27	31	28	28	28	6	8.4	21	↑
Erzurum	43	40	25	30	14	19	10.5	24	↑
Eskişehir	5	6	10	17	9	14	4.2	-9	↓
Gaziantep	68	67	71	68	63	68	2.4	0	↔
Giresun	32	34	24	23	30	24	4.3	8	↑
Gümüşhane	61	60	69	66	67	69	3.6	-8	↓
Hakkari	80	80	79	80	80	78	0.8	2	↔
Hatay	59	57	56	56	51	74	7.2	-15	↓
Isparta	1	1	4	1	1	1	1.1	0	↔
Mersin	39	47	44	46	40	43	2.9	-4	↓
İstanbul	67	62	58	72	37	76	12.7	-9	↓
İzmir	7	11	20	19	7	23	6.4	-16	↓
Kars	60	63	62	60	68	53	4.5	7	↑
Kastamonu	48	51	50	50	48	51	1.2	-3	↔
Kayseri	30	33	38	43	24	35	6.0	-5	↓
Kırklareli	26	26	13	26	29	25	5.1	1	↔
Kırşehir	31	23	27	29	44	30	6.5	1	↔
Kocaeli	51	55	51	49	77	67	10.2	-16	↓
Konya	36	36	36	42	25	44	6.0	-8	↓
Kütahya	55	46	52	54	42	55	5.0	0	↔
Malatya	16	16	9	8	8	7	3.8	9	↑
Manisa	25	37	35	40	38	36	4.8	-11	↓
Kahramanmaraş	66	66	61	59	61	60	2.8	6	↑

Cities	2014	2015	2016	2017	2018	2019	σ	φ	T
Mardin	74	76	74	73	71	66	3.2	8	↑
Muğla	6	5	2	5	11	8	2.8	-2	↔
Muş	77	78	80	78	78	79	0.9	-2	↔
Nevşehir	53	54	54	57	53	52	1.6	1	↔
Niğde	65	64	64	61	62	62	1.4	3	↔
Ordu	40	38	31	32	33	26	4.6	14	↑
Rize	17	20	22	13	10	15	4.1	2	↔
Sakarya	54	53	60	58	54	54	2.6	0	↔
Samsun	19	18	19	14	13	16	2.4	3	↔
Siirt	78	75	76	75	72	71	2.4	7	↑
Sinop	34	25	29	45	34	38	6.4	-4	↓
Sivas	23	21	11	10	17	11	5.2	12	↑
Tekirdağ	46	58	59	65	60	65	6.4	-19	↓
Tokat	44	39	32	37	36	33	4.0	11	↑
Trabzon	2	2	5	6	5	31	10.2	-29	↓
Tunceli	22	17	14	4	22	2	8.0	20	↑
Şanlıurfa	76	74	77	77	76	75	1.1	1	↔
Uşak	21	30	21	15	27	20	4.9	1	↔
Van	75	77	75	76	75	73	1.2	2	↔
Yozgat	50	48	47	38	45	42	4.0	8	↑
Zonguldak	29	22	30	27	31	41	5.7	-12	↓
Aksaray	63	65	63	69	57	57	4.3	6	↑
Bayburt	52	41	65	35	58	59	10.5	-7	↓
Karaman	35	35	41	44	41	40	3.3	-5	↓
Kırıkkale	10	7	16	18	20	10	4.8	0	↔
Batman	70	69	67	70	70	77	3.1	-7	↓
Şırnak	81	81	81	81	81	80	0.4	1	↔
Bartın	45	43	40	48	49	49	3.3	-4	↓
Ardahan	57	61	57	33	56	46	9.5	11	↑
İğdır	73	72	72	74	74	72	0.9	1	↔
Yalova	37	28	42	47	35	39	5.9	-2	↔
Karabük	15	12	15	9	21	13	3.7	2	↔
Kilis	18	15	7	7	4	3	5.6	15	↑
Osmaniye	49	52	49	51	55	48	2.4	1	↔
Düzce	62	56	55	63	65	64	3.9	-2	↔

If Table 2 is interpreted using the σ and φ values, keeping in mind that the change in the ranking of a province is affected by the change in the two components highlighted above, it can present the following information to the decision-maker.

- Rankings by year present the relative rank of the province across the country. The relative order allows the health human resources of the province to be compared with the country in general. The provinces at the top of the ranking have relatively more health human resources, and vice versa. For example, according to the 2019 rankings, in terms of health human resources, the best three provinces are Isparta, Tunceli, and Kilis, while the three worst provinces are Ağrı, Şırnak, and Muş, respectively. Ranking can be a guide when it is desired to determine a policy that will change the distribution of health human resources for a specific province or group of provinces. For example, since the last quarter of the ranking is extremely disadvantageous in terms of human resources, short-term privileges may be granted to the provinces in this quarter.
- σ is a numerical indicator of the volatility of the population per health person resource of a province over the years. For example, Istanbul has the most volatility. The macro indicator σ is not sufficient to explain the cause of volatility. The change in factors that may cause the change in the ranking should be examined. In this way, you can have an idea of whether the problem is temporary or permanent. The change in the population and health human resources in Istanbul, with 2014 being the base year, is shown in Table 3.

Table 3. An illustrative comparison of the percentage change in population and health human resources of a province

	İstanbul	2015	2016	2017	2018	2019
Population		1.95%	1.00%	1.52%	0.26%	3.00%
Specialist Physician		5.17%	12.55%	-6.19%	10.69%	4.21%
General Practitioner		13.59%	16.29%	-5.52%	3.57%	5.18%
Dentist		7.46%	13.61%	3.33%	-1.15%	10.62%
Pharmacist		1.35%	0.90%	0.86%	10.97%	9.95%
Nurse		17.70%	-0.42%	11.40%	25.82%	1.64%
Midwife		5.13%	0.63%	3.80%	1.75%	-2.80%

This table is derived from the tables in the appendices.

Although the increase in the health and human resources according to the population is high on an annual basis, it is not at a level to keep the same Istanbul's rank constant. While the population has increased relatively consistently, the change in health human resources does not follow a pattern. The striking increase observed in the number of Specialists and General Practitioners in 2016 improved the ranking, but the decrease detected in 2017 significantly reduced the ranking. This volatility causes serious disruptions, planning, and coordination problems in health service delivery in Istanbul.

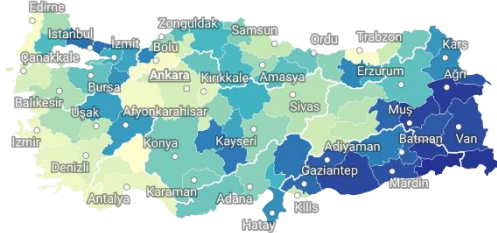
- φ provides information about the direction of the change in the distribution of health human resources in the province. Of the provinces, 22 show an increasing trend (\uparrow), 26 show a decreasing trend (\downarrow) and 33 show a stable trend (\leftrightarrow). The fact that the provinces with a decreasing trend are more than those with an increasing trend is clear evidence that

the supply of health human resources throughout the country is insufficient. In another respect, the population is increasing more than expected. This situation can be explained by migrant mobility. The implementation of policies to increase the supply of health human resources, the supply of qualified health human resources from abroad, and the search for opportunities to utilize retired health personnel can be considered a solution. Looking at the change in the trend on a provincial basis, the three provinces with a strong increasing trend are Adıyaman, Erzurum, and Erzincan, respectively, and the three provinces with a strong decreasing trend are Trabzon, Tekirdağ, and Ankara. If provinces with a high trend are considered centers of attraction for health human resources, additional practices can be developed for these provinces to protect and strengthen these characteristics.

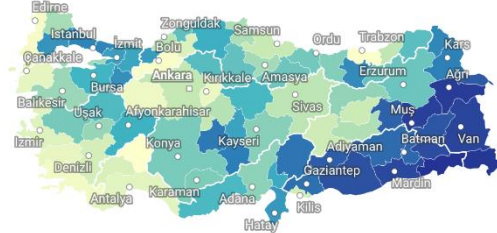
While the information in Table 2 allows making individual evaluations about the provinces, the visualization of the rankings gives the opportunity to visually control the distribution of health human resources and to observe the effects of policies. When the maps in Table 4 are examined, it is seen that the provinces in the eastern and southeastern regions of the country are at the bottom of the ranking, and the provinces in the western regions are at the top of the ranking. This outlook proves the imbalance in the distribution of health human resources. The low socio-economic level of the provinces in the eastern and southeastern regions motivates the westward mobility of health personnel. Mandatory service and attractiveness-enhancing practices cannot tolerate the impact of this mobility.

Table 4. Display of rankings on the map by years

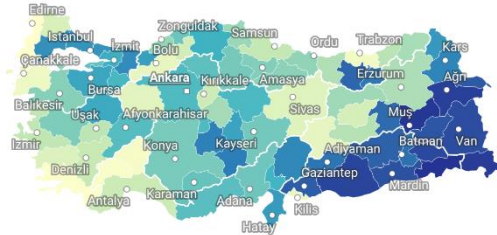
2014 Ranking



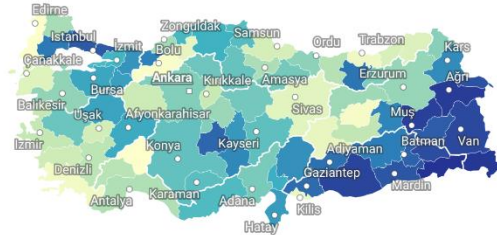
2015 Ranking



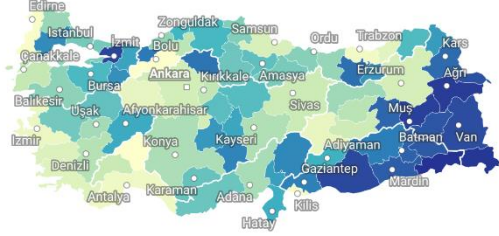
2016 Ranking



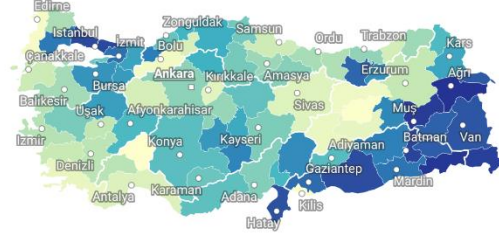
2017 Ranking



2018 Ranking



2019 Ranking



CONCLUSION

In the health sector, the planning of health human resources is important in terms of ensuring that all individuals have equal access to health services, which is the basic health policy. Provinces are monitored with health human resource indicators to determine that this policy has been allocated and to compensate for possible deviations. In this study, the distribution of health human resources at the level of 81 provinces of Turkey was analyzed.

In the analysis, the population per 6 health human resources of 81 provinces for the years 2014-2019 was used. The evaluation of the provinces for each year was carried out by the CoCoSo method and the indicator weights were determined with the help of CRITIC and ENTROPY methods.

Indicator weights indicate under which criteria the distribution of health human resources at the provincial level is uneven. The ranking of the provinces based on years allows for making comments about the health human resources of the provinces according to the country in general. The rank volatility of the provinces over the years indicates the disproportionateness of the change in the population and health human resources that affect the rank. The difference between the 2014 and 2019 rank values represents the improvement in the health human resources of the provinces. The findings of the analysis allow policymakers to observe regional differences in the country in general and the effects of practices that eliminate these differences.

Conflict of Interest Statement

There is no conflict of interest.

REFERENCES

- Akdağ, R., Nazlıoğlu, S., Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Öncül, H. G., Erkoç, Y., Çinal, A., Aydın, S., Ünüvar, N., & Tosun, N. (2011). *Human Resources in Health 2023 Vision*.
- Al-Hanawi, M. K., Khan, S. A., & Al-Borie, H. M. (2019). Healthcare human resource development in Saudi Arabia: Emerging challenges and opportunities - A critical review. *Public Health Reviews*, 40(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S40985-019-0112-4/TABLES/2>
- Anand, S., Fan, V. Y., Zhang, J., Zhang, L., Ke, Y., Dong, Z., & Chen, L. C. (2008). China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. *The Lancet*, 372(9651), 1774–1781. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61363-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61363-X)
- Avcı, K., & Ağaoglu, S. (2014). Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7(1), 83–94. <https://dergipark.org.tr/en/pub/spkd/issue/29270/313419>
- Aydın, Z. (2021). CRITIC ve TOPSIS Yöntemleriyle Türkiye’de Bölgesel Sağlık Hizmetlerinin



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

- Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(2), 412–433. <http://dergipark.gov.tr/usaysad>
- Brown, K. (2007). Human resource management in the public sector. *Https://Doi.Org/10.1080/1471903042000256501*, 6(3), 303–309. <https://doi.org/10.1080/1471903042000256501>
- Çağlar, A., & Keten, N. D. (2019). İllerin Sağlık Endeksi: Bileşik Endeks Yaklaşımı ile Bir Deneme. *Duzce Medical Journal*, 21(1), 42–53. <https://doi.org/10.18678/dtfd.521027>
- Çelik, Ş. (2013). Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye'deki İllerin Sınıflandırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(2), 175–194. <http://journal.dogus.edu.tr/index.php/duj/article/view/641>
- Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye'de İller Düzeyinde Sağlık Personeli Dağılımı ve Daha Etkin Politika İhtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235–254. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/62974/956673>
- Demir Uslu, Y. (2021). TOPSIS ve VIKOR Yöntemleri Kullanılarak OECD Ülkelerinin Sağlık Kaynağı Göstergeleri Açısından Karşılaştırılması. *OPUS International Journal of Society Researches*, 18(44), 7668–7692. <https://doi.org/10.26466/OPUS.961183>
- Diakoulaki, D., Mavrotas, G., & Papayannakis, L. (1995). Determining objective weights in multiple criteria problems: The critic method. *Computers & Operations Research*, 22(7), 763–770. [https://doi.org/10.1016/0305-0548\(94\)00059-H](https://doi.org/10.1016/0305-0548(94)00059-H)
- Genel, G., & Kaçmaz, M. (2016). Türkiye'deki 2000-2013 Yılları Arasında Sağlık Personeli Sayısındaki Mekânsal Dağılım ve Değişim. *The Journal of Social and Cultural Studies*, II(4), 197–211.
- Gulzar, L. (1999). Access to Health Care. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 13–19. <https://doi.org/10.1111/J.1547-5069.1999.TB00414.X>
- Gupta, N., Zurn, P., Diallo, K., & Dal Poz, M. R. (2003). Uses of population census data for monitoring geographical imbalance in the health workforce: snapshots from three developing countries. *International Journal for Equity in Health* 2003 2:1, 2(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-2-11>
- Hassani, S. A., Mobaraki, H., Bayat, M., & Mafimoradi, S. (2013). Right Place of Human Resource Management in the Reform of Health Sector. *Iranian Journal of Public Health*, 42(1), 56. <http://pmc/articles/PMC3595638/>
- Karaer, M., & Tatlıdil, H. (2019). Türkiye'deki 81 İlin Bazı Sağlık Göstergeleri ile Temel Bileşenler Analizi ve Gri İlişkisel Analiz Açısından Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 44–54.
- Kaya, E., & Taş, İ. (2015). Personel Yönetimi-İnsan Kaynakları Yönetimi Ayrımı. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(1), 21–28.
- Khan, A. A., & Bhardwaj, S. M. (1994). Access to Health Care: A Conceptual Framework and its Relevance to Health Care Planning. *Evaluation & the Health Professions*, 17(1), 60–76. <https://doi.org/10.1177/016327879401700104>
- Lahane, S., & Kant, R. (2021). A hybrid Pythagorean fuzzy AHP – CoCoSo framework to rank the performance outcomes of circular supply chain due to adoption of its enablers. *Waste Management*, 130, 48–60. <https://doi.org/10.1016/J.WASMAN.2021.05.013>
- Lai, H., Liao, H., Wen, Z., Zavadskas, E. K., & Al-Barakati, A. (2020). An Improved CoCoSo Method with a Maximum Variance Optimization Model for Cloud Service Provider Selection. *Engineering Economics*, 31(4), 411–424. <https://doi.org/10.5755/J01.EE.31.4.24990>
- Nawaz, R., Zhou, Z., Khalid, N., Cao, D., Liu, G., Ren, Y., Zhao, D., Zhao, Y., & Chen, Y. (2021).

- Income-related inequality in distribution of health human resource among districts of Pakistan. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/S12913-021-06102-2/TABLES/7>
- Öksüzokaya, M. (2017). Sağlık Sektöründe Bölgeler Arası Etkinliğin İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(10), 280–300. <https://dergipark.org.tr/en/pub/gusbd/issue/31087/341733>
- Otay, İ., Oztaysi, B., Cevik Onar, S., & Kahraman, C. (2017). Multi-expert performance evaluation of healthcare institutions using an integrated intuitionistic fuzzy AHP&DEA methodology. *Knowledge-Based Systems*, 133, 90–106. <https://doi.org/10.1016/J.KNOSYS.2017.06.028>
- Pynes, J. E. (2008). *Human resources management for public and nonprofit organizations: A strategic approach* (Vol. 30). John Wiley & Sons. https://www.google.com/books?hl=tr&lr=&id=IAGoBirWxqC&oi=fnd&pg=PR11&dq=law+regulates+all+processes+from+recruitment+to+promotion,+from+punishment+to+retirement+of+public+personnel&ots=gengTwLpV9&sig=80bEmmu3C7sK_O5Aj33MwYXcI_I
- Shan, H., Guo, Y., & Wei, H. (2013). The Analysis on the Current Status of Community Health Human Resource in Heilongjiang | Chinese. *Chinese Health Economics*, 12, 62–64. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-439548>
- Spinks, N., & Moore, C. (2007). The changing workforce, workplace and nature of work: implications for health human resource management. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 20(3), 26–41. <https://doi.org/10.12927/CJNL.2007.19286>
- Tekin, B. (2015). Temel Sağlık Göstergeleri Açısından Türkiye’deki İllerin Gruplandırılması: Bir Kümeleme Analizi Uygulaması. *Journal of the Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 5(2), 389–416. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ckuifbdf/issue/32905/365558?publisher=karatekin?publisher=karatekin?publisher=karatekin?publisher=karatekin>
- Torkayesh, A. E., Ecer, F., Pamucar, D., & Karamaşa, Ç. (2021). Comparative assessment of social sustainability performance: Integrated data-driven weighting system and CoCoSo model. *Sustainable Cities and Society*, 71, 102975. <https://doi.org/10.1016/J.SCS.2021.102975>
- Torkayesh, A. E., Pamucar, D., Ecer, F., & Chatterjee, P. (2021). An integrated BWM-LBWA-CoCoSo framework for evaluation of healthcare sectors in Eastern Europe. *Socio-Economic Planning Sciences*, 78, 101052. <https://doi.org/10.1016/J.SEPS.2021.101052>
- Wang, T. C., & Lee, H. Da. (2009). Developing a fuzzy TOPSIS approach based on subjective weights and objective weights. *Expert Systems with Applications*, 36(5), 8980–8985. <https://doi.org/10.1016/J.ESWA.2008.11.035>
- Wisniewski, M., & Donnelly, M. (2010). Measuring service quality in the public sector: The potential for SERVQUAL. <http://Dx.Doi.Org/10.1080/09544129650034710>, 7(4), 357–366. <https://doi.org/10.1080/09544129650034710>
- Yazdani, M., Zarate, P., Kazimieras Zavadskas, E., & Turskis, Z. (2019). A combined compromise solution (CoCoSo) method for multi-criteria decision-making problems. *Management Decision*, 57(9), 2501–2519. <https://doi.org/10.1108/MD-05-2017-0458>
- Zhu, Y., Tian, D., & Yan, F. (2020). Effectiveness of Entropy Weight Method in Decision-Making. *Mathematical Problems in Engineering*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/3564835>
- Zolfani, S. H., Yazdani, M., Torkayesh, A. E., & Derakhti, A. (2020). Application of a Gray-Based Decision Support Framework for Location Selection of a Temporary Hospital during COVID-19 Pandemic. *Symmetry* 2020, Vol. 12, Page 886, 12(6), 886. <https://doi.org/10.3390/SYM12060886>



TARİH BOYUNCA ANADOLU'DA SALGINLAR VE ÖNLEMLER EPIDEMICS AND MEASURES IN ANATOLIA THROUGHOUT HISTORY

Mustafa BOZKAYA

Milli Eğitim Bakanlığı, mustafa.bozkaya7306@gmail.com, orcid.org/0000-0002-3879-7030

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (01.03.2022-05.06.2022)

Öz

Günümüz dünyasını önemli bir şekilde etkileyen salgın hastalıklar geçmişte de toplumlara etkilemiş ve tedbirler almaya zorlamıştır. Anadolu antik çağlardan günümüze kadar salgın hastalıkların yoğunlukla yaşandığı bir coğrafyadır. Salgınlarla mücadelede ilk çağlarda din temelli uygulamalar göze çarparken, Bizans, Selçuklu ve Osmanlı döneminde sağlık hizmetleri kurumsallaşmaya başlamıştır. Anadolu'da hüküm süren Selçuklu ve Osmanlı, sağlık konusunda önemli çalışmalar gerçekleştirmiştir. İlk modern karantina uygulamaları olarak Osmanlı devletinde uygulamaya konulmuştur. Salgınla mücadelede yeni kurumlar kurulmuş ve aşılarda geliştirilmiştir. Salgın hastalıklara karşı önlem olarak Avrupalı devletler ve Osmanlı devleti konferanslar düzenlemişlerdir. Bu konferanslarda salgınla mücadelede ortak planlar ve stratejiler geliştirmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün temeli bu gelişmelerden sonra atılmıştır. Bu çalışmada Cumhuriyet öncesi dönemde Anadolu'daki salgın zamanlarındaki sağlık hizmetleri ve alınan tedbirler hakkında bilgiler derlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anadolu, karantina, salgın, bulaşıcı hastalıklar

Abstract

Epidemics that affect today's world in a significant way have also affected societies in the past and forced them to take measures. Anatolia is a geography where epidemic diseases have been experienced intensively from ancient times to the present day. While religion-based practices were prominent in the early ages in the fight against epidemics, health services began to be institutionalized during the Byzantine, Seljuk and Ottoman periods. The Seljuks and Ottomans, who ruled in Anatolia, carried out important studies on health. It was put into practice in the Ottoman Empire as the first modern quarantine practices. In the fight against the epidemic, new institutions have been established and vaccines have been developed. As a precaution against epidemic diseases, European states and the Ottoman Empire organized conferences. At these conferences, they have developed joint plans and strategies to combat the epidemic. The foundation of the World Health Organization was laid after these developments. In this study, it was tried to compile



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

information about health services and measures taken during the epidemic times in Anatolia in the pre-Republican period.

Keywords: Anatolia, quarantine, epidemic, infectious diseases

GİRİŞ

Salgın, kelimesi TDK sözlükte “Bir hastalığın veya başka bir durumun yaygınlaşması ve birçok kimseye birden bulaşması, epidemi” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Günümüzde salgın yerine kullanılan “pandemi” kelimesi Antik Yunancadan pan (tüm)+ demos (insanlar) kelimelerinin birleşmesinden oluşmaktadır ve büyük alanları etkileyen hastalıkları tanımlamakta kullanılmaktadır. Tarihteki bilinen ilk büyük salgının ise, Birinci Dünya Savaşında yayılan “İspanyol Gribi” olarak karşımıza çıkmaktadır. (Ataç ve Uçar, 2006). Anadolu’da geçmişten günümüze salgınlar hep var olmuştur. Bu salgınlarda ilk zamanlarda geleneksel tıp uygulamaları ile tedavi edilmeye çalışılmıştır. Türklerin geçmiş yaşamında önemli yeri olan Şamanizm’den diğer inanışlara sürekli şifa arayışları çeşitli ritüeller ile ilişkili olmuştur. Anadolu coğrafyasında geleneksel olarak sağlık uygulamalarına bakıldığında hekimlik kaynakları hem İslamiyet öncesindeki hem de İslamiyet sonrasındaki inanç ve uygulamalar yer almaktadır. Ayrıca Şaman kültürü köklerine örnek olarak ateşle gerçekleşen uygulamalar örnek gösterilebilir. Alevi-Bektaşî dedeleri ve ocakları vasıtasıyla hastalığa sebep verdiği düşünülen ruhsal varlıkların kovulması, kişinin içinden çıkarılması, zihinsel hastalığı olanların tedavi edilmesi örnek verilebilir. Dedelerin yılanlık, sıraca ve alazlamayı tedavi etmek için okumalarının kökenleri Şaman uygulamalarına dayandırılmaktadır (Bayat, 2006). Bunun dışında bitkisel çözümler ve hayvansal ürünler gibi doğa ile ilgili yönelimler de yer almıştır. Korku, şaşırma, tiksindirme vs. insan duygularının uyandırılması ile yapılan tedaviler, Türk Şamanları tarafından günümüzde dahi tedavi amaçlı yararlanılmaktadır. Şaman, hastanın içine giren kötü ruhla hastayı karşılaştırmakta, hastayı yaşam mücadelesi vermeğe çağırır (Bayat, 2006: 2062)

Cumhuriyet dönemi öncesinde Osmanlı, Selçuklu, Bizans, Roma, Hitit ve diğer Anadolu’da var olmuş medeniyetler sağlık açısından çözüm arayışları içerisinde olmuştur. Özellikle Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde Anadolu’da sağlık uygulamaları kurumsallaşmıştır. Anadolu’nun dört köşesinde çeşitli sağlık yapıları yapılmış ayrıca diğer dönemsel yapılarda sağlık hizmetleri sunmuşlardır. Koruyucu hekimliği önemli derecede ilk defa bu dönemde gündeme getirilmiş ve temel ilkeleri oluşturulmuştur. Ancak konu ile ilgili kaynaklarda tedaviler ve ilaçlar ile ilgili olarak detaylı bilgi sunulmamakta; temel sağlık prensiplerini belirtilmektedir, daha ziyade kolay ulaşılabilen ve çeşitli faydaları olan gıdalar ve bitkiler tavsiye edilmektedir (Tekineş,1998: 57)

Yukarıda belirtildiği üzere Anadolu’daki tedavi uygulamaları çeşitli ritüeller, bitkiler ve bunlara benzer diğer uygulamalar çevresinde şekillenmiştir. Genel olarak Anadolu coğrafyasında Cumhuriyet dönemi öncesinde salgınlara yönelik farklı sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Salgın hastalıklar göçmenler, gezginler, ticaret kervanları ve en yaygın olarak savaşlarla yayılmıştır. Birinci Dünya Savaşında askerlerin önemli bir kısmı salgın hastalıklar nedeniyle ölmüştür. Tek tanrılı dinlerde ise hastalıklar tanrının kullara bir cezası olarak da görülmektedir. Dini ve toplumsal özelliklere göre salgınlar toplulukları farklı düzeyde etkilemiştir. Salgınların önlenmesinde ilk ciddi önlemler salgının bulaşma şeklinin bulunması ile ortaya çıkmaktadır. Tarihin farklı dönemlerinde salgınların yayılım hızı bulunan coğrafya ve yaşanan olaylara bağlı olarak artmıştır. Örneğin

savaşlar, göçler ve teknolojinin gelişimi ile artan ulaşım faaliyetleri salgınların yayılmasına katkıda bulunmuştur. Savaşlarda salgın hastalıklar bazen karşı tarafı zayıflatmak amaçlı bir silah olarak kullanılmıştır. Başlıca salgınlar veba, kolera, tifüs, cüzzam ve grip çeşitleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Salgınlar devletleri yıkmış ve milletlerin yaşam biçimini değiştirmiştir (Mc Carthy, 2014:263; Ataç ve Uçar, 2006: 33-35). Bu araştırmada salgın dönemleri uygulamalarının hangi dönemde ne şekilde kurumsallığının bulunup bulunmadığı konusunda bilgiler ele alınmaktadır (Nikiforuk, 2001:30; Lyons ve Petrucelli, 1997:19). Çalışma derleme niteliğinde hazırlandığı için etik kurul raporu gerektirmemektedir.

Antik Dönemde Sağlık Hizmetleri

Anadolu'da yapılan arkeolojik kazılar ile elde edilen bilgilere göre, çakmak taşından oluşturulmuş kesici şeklindeki cerrahi aletler gibi, tıp alanında kullanmak amaçlı oluşturulmuş olan aletler de belirlenmiştir (İmir,2013:11). Antik dönemde ileri uygarlık olarak sayılabilecek Mezopotamya bölgesindeki Babiller ve Nil nehri etrafında yerleşmiş olan Mısır İmparatorluğu görülebilir. Bu iki uygarlığında birbirinden farklı tarzda bazı tıp uygulamaları bulunmaktadır. Mısırlılar dini ihtiyaçları sebebiyle insan mumyalama işlemlerinde ileri düzeydedir. Bu sebepten ötürü Mısır uygarlığının tıp uygulamaları fayda sağlayıcı ve deneye dayalı bir özellik taşımaktadır. Mezopotamya'nın tıp uygulamaları ise dini etkinlikler ve doğaüstü kavramlar öne çıkmaktadır. Anadolu'daki Hitit uygarlığı iki uygulamadan da yararlanmışlardır. Fakat Mezopotamya uygarlığının tıp görüşü, uygulamalarında ağır basmaktadır (Yalçın, Ünal, Pirdal, Selçuk, 2016:35-36). Hitit tabletlerinden edinilen bilgilere göre o zaman da salgın hastalıklar büyük bir sorun oluşturmaktadır (Çeçen, 2020).

Hitit metinlerinde temiz olmanın sağlık nedenlerinden ziyade inançları açısından önemli olduğu görülmektedir. Hastaların tedavisi dini ritüellerle gerçekleştirilmiştir. Hastalıkların tedavi edilmesi için de hastalığa neden olan bu gerekçelerin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Salgınlara gerekçelerine teolojik cevaplar aradıklarından, tedavi yöntemleri de dini içerikte yöntemler ile uygulanıyordu (Ünal, 1980: 493-495). Hititler'in Şulinkatte adında salgın hastalıklar tanrısı bulunmaktaydı. Hitit kralları II. Şuppiluliuma ve II. Arnuvanda'nın vebadan ölmesi, bu dönemde veba hastalığının yaygın olduğunu göstermektedir. Sümerler tarafından yazılan Gilgameş Destanı'nda bir veba tanrısından söz edilmektedir (Gilgameş Destanı, 2001, s. 86-87). Antik dönemin önemli şehirlerinden Efes'in nüfus azalmasının sebebi, sıtma ve veba salgınları nedeniyle şehir sakinlerinin göç etmesi gösterilmektedir (Emecen, 1991: 227). Anadolu'daki antik Helen uygarlığı başlangıç dönemlerinde hastalık sebepleri genellikle fizik dışı sebeplere dayandırılmaktadır (Yalçın, Ünal, Pirdal, Selçuk, 2016:38) Roma dönemi yerleşimlerine bakıldığında ise özellikle kente su sağlayan su kanalları büyük öneme sahiptir. Kente ticaret veya başka amaçla kent dışından gelen kişilerin ilk olarak fiziksel bir muayene ile hastalık taşıyıp taşımadıkları değerlendirilmekte ve hamama yönlendirilerek yıkanması sağlanmaktadır (Yalçın, Ünal, Pirdal, Selçuk, 2016:41)

Bizans Döneminde Sağlık Hizmetleri

Bizans döneminde Hristiyanlık benimsenmeden önce pagan ritüelleriyle tedavi edilmeye çalışılmıştır. Hristiyanlığın kabulü ile birlikte hastalar kiliselerde tedavi edilmeye başlanmıştır. Manastırlarda hastalar için misafir odaları ayrılmıştır ve eczaneler bulunmaktadır. Manastır bahçelerinde tıbbi bitkiler yetiştirilmiş ve rahip hekimler tarafından tedaviler uygulanmıştır ve tedavilerde Doğu Roma İmparatorluğunun yansımaları görülmektedir (Köroğlu, 2005a: 241).

Bitkisel tedavinin yanı sıra tedavilerde büyülerde kullanılmıştır. Hatta muska ve büyü formülleri bu dönemde çok yaygın olduğu belirtilmektedir (Yıldırım, 2020; Atak, 2019:340). Cerrahi tedavi olarak ise bitkisel veya kimyasal ilacı sorunlu bölgeye uygulayıp iltihabı boşaltılmaktadır (Bakır ve Ülgen, 2017: 31). Bizans döneminde IV. Yüzyıldan sonra İstanbul'da açılan hastane sayısı 35'i bulmuştur. Ayrıca Urfa, Kayseri ve Sivas gibi şehirlere de hastaneler açılmıştır. Bu hastaneler aynı zamanda sığınma evi, yaşlı bakım evi, çocuk yuvası ve cüzzamhane olarak da kullanılmış ve Ksenodokyum olarak adlandırılmıştır. Hastane giderleri kamu kaynaklarından karşılanmıştır. İlk veba salgınının imparator Justinianus zamanında (541-543) yıllarında yayıldığı görülmektedir (Mcevedey, 2004: 36). Bu hastalığın tanrının, insanlara bir ceza olarak gönderdiğine dair inanç yaygındır (Hardman, 2012: 55; Akyay, 1974: 209). Bizans döneminde birçok kez (1416-1417, 1447-1448 yılları) Veba salgını ile mücadele edilmiştir. Nüfusun önemli bir kısmı bu salgınlarda ölmüştür. Defnedilemeyen ölümler denize atılmıştır. (Varlık, 2018; Yıldırım, 2020).

Selçuklu Döneminde Sağlık Hizmetleri

Selçuklulardan önceki dönemlerde de Türkler tıp alanında gelişim göstermeye başlamıştır. Selçuklular döneminde ise sağlık eğitimine ve tıbbi tedaviye büyük derecede önem verilerek Anadolu'nun çeşitli bölgelerinde sağlık kurumları oluşturulmuştur. Selçukluların tıba yönelik bu yatırımlar, devletin gelişmesine ve sosyal refahın yükselmesine sebep olmuştur. Ayrıca Selçuklular, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde bu sağlık kurumlarını idare etmiş ihtiyaç sahiplerine, yolculuk yapanlara ve diğer hastalara belli bir süre ücretsiz tedavi sunmuşlardır (Kesik,2020:116). Doktorluk mesleği usta çırak yöntemi ile yetiştirilmiş ve doktorların tamamı darüşşifalara bağlı olarak çalışmışlardır (Vançelik, 2020: 55). Selçuklu Devleti'nin Anadolu'daki sağlık hizmeti ve eğitimi verdiği kurumlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir (Kesik,2020:130-136)

1. Karaca Ahmet Tekkesi
2. Amasya'daki Darü's-şifa
3. Aksaray'daki Darü's-şifa
4. Akşehir Hastanesi
5. Burdur Veli Dede Türbesi
6. Atabey Cemalettin Ferruh Darü's-şifası:
7. Erzurum Pasinler'deki Toprak Tekke
8. Harput'taki Bimaristan
9. Kastamonu-Ali b. Pervane Hastanesi
10. Kayseri -Gıyaseddin Tıp Medresesi ve Gevher Nesibe Hastanesi
11. Kayseri Erkilet Hızır İlyas Ferah abat Hastanesi (Sanatoryum)
12. Konya - Alâeddin Darü's-şifası, Miskinler-Sırçalı Sultan Tekkesi, Karatay'daki Darü's-şifa, Konya Darü's-şifası
13. Sivas-İzzettin Keykavus Şifahanesi, Sivas-Turan Melek Darü's-şifası
13. Tokat Pervane Darü's-şifası

Selçuklular baharat yolu ve Anadolu'nun farklı bölgelerinden temin ettikleri baharat ve bitkileri, hayvansal ürünleri tedavi amaçlı karışımlar şeklinde kullanmışlardır. Tedavi yöntemlerinde İslam medeniyeti ve Arap tıp yöntemlerinden etkilenmişlerdir (Koroğlu, 2005a: 241; Atak, 2019: 337). Cerrahi operasyonlar ise: mesane ve göz ameliyatları, dağlama uygulanan yöntemlerdir (Kahraman, 2011: 255; Kay, 2008: 21-22). Ayrıca bu tedavi süreçlerinde kimyasal ilaçlar ve dualar da kullanılmaktaydı (Karaman, 2011: 255). Selçuklularda görülen salgın hastalıkların başında

sıtma, veba salgınları ve cüzzam gibi salgın hastalıklar ön plandadır (Eflaki, 1973: 334; Akın, 2018: 252). Veba Selçuklu devletinde 1. Haçlı seferlerinin baş göstermesiyle birlikte Anadolu'da yayılmıştır. (Abû'l-Farac, 1987). İlk olarak karantina sistemi uygulanmıştır. Diğer bir önlem ise cesetlerin ağzına kazık tıkararak mikrobun yayılımını engellemek veya gömmek şeklinde yapılan uygulamalardır (Arık, 1991: 45).

Osmanlı Döneminde Sağlık Hizmetleri

Osmanlı dönemi tıp bilimi genel olarak bakıldığında Zorlu'nun "Osmanlı Tıbbına Bakış" adlı eserinde aşağıda belirtildiği şekilde (Klasik Dönem, Batı Tıbbını Tanıma ve Tercüme Dönemi, Batıya Açılış ve Modernleşme Dönemi (1827 Sonrası) dönemlere ve dönem içerisindeki uygulamalara ayrılmış olarak incelenmektedir.

Osmanlı Tıp Tarihinin Dönemleri:

I. 1450-1730 Arası Klasik Dönem

Bu dönemde sağlık hizmetlerindeki gelişmeler aşağıda maddeler halinde verilmiştir (Vançelik, 2020: 55):

- * Darüşşifa, cüzzamhane ve akıl hastaneleri kurulmuştur.
- * Hekimbaşı uygulaması (Fatih Sultan Mehmet döneminde başlamıştır.)
- * Hıtlar teorisi (Eski tıpta insan vücudunda bulunduğu varsayılan 4 unsurun her biri; kan, balgam, seveda, safra) yöntemi tedavide kullanılmaktadır.
- * Cerrah ve Kehhal (Göz doktoru) uygulamaları bulunmaktadır.
- * Danışman hekim uygulaması bulunmaktadır.

Veba salgını 16. Yüzyılda Osmanlı devletini derinden etkilemiş ve padişah dahi sarayını terketmek zorunda kalmıştır. Salgın esnasında dükkanların çoğu kapatılmış, mahkûmlar bırakılmıştır. (Varlık, 2018)

II. 1730-1825 Arası Batı Tıbbının Tanınması ve Tercüme Edilmesi Dönemi

Bu dönemde tıp eğitiminde yenileşme uygulamaları başlamıştır ve yabancı dilde eğitimler başlamıştır. Tıp kitaplarında klasik eserlerin yanında Batı dünyasından eserler tercüme edilmiştir. Dönem içerisinde önemli bazı kişiler; Ömer Şifai, Ali Münşi, Şanizade Mehmed Ataullah gibi isimlerdir (Vançelik, 2020: 55).

III. 1827 Sonrası Batı Dünyasına Açılma ve Tıpta Modernleşme Dönemi

Veba ve ardından kolera, tifüs ve tüberküloz gibi diğer bulaşıcı hastalıklar 19. yüzyılın başlarından 20. yüzyılın başlarına kadar Osmanlı topraklarında yaygın olarak görülmüştür. Halk sağlığı çalışmaları 1800'lü yıllarda başlamış ve kurumlar kurulmuştur. Ayrıca Gülhane'de 1827 yılında Mustafa Behçet'in çabalarıyla Tıbhane-i Amire kurulmuştur. 1827 yılında Şehzadebaşı'nda Cerrahane oluşturulmuştur. Oluşturulan kurumlar 1836 yılında birleştirilmiştir. 1839 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane isminde kurum oluşturulmuştur. Osmanlı'da batı devletlerinin baskısı ile modernleşme sebebi sonucunda, devletin sağlık sınırlarını kontrolü amaçlamasıyla karantina sistemi meydana getirilmiştir. Bu kapsamda ilk olarak İstanbul'da, daha sonra 1840 yılında İzmir karantina uygulamaları taşrada kullanılmaya başlanmıştır (Başagaoglu, 2013:30)

Osmanlı döneminde alınan önlemlerin başında, uzman yetersizliği nedeniyle Avrupa devletlerinden yabancı hekimlerin getirilmesi, dönemin modern hastanelerin kurulması gelmektedir (Artvinli, 2018; Ersoy, Gungor ve Akpınar, 2011). 19. yüzyıldaki kolera, veba, sarıhumma, sıtma ve tifüs salgınlarını önlemek ve kontrol etmek için uluslararası tedbirlerin alınması, Avrupa devletlerinin önderliğinde bir dizi Uluslararası Sağlık Konferansları düzenlenmiştir. 1851'de başlayan ve 1938'de sona bulan konferanslarda kolera, veba ve sarıhumma ile ilgili uluslararası karantina teknikleri ve salgın hastalıklarla mücadele yöntemleri belirlenmiş, bu önlemlerin uygulanması için seyahat ve göç politikaları geliştirilmiş ve ticaret yollarını korumak için bir dizi Uluslararası Sağlık Sözleşmesi onaylanmıştır. Bu konferanslardan biri de 1866 yılında İstanbul'da yapılmıştır. Uluslararası Sağlık Konferansları ve Sözleşmeleri, Dünya Sağlık Örgütü'nün ve salgın hastalıkların kontrolüne ilişkin mevcut uluslararası mevzuatın temellerini atmıştır. Konferansların sonuçlarına bakıldığında, Avrupa'daki salgın hastalıkların sıklığını ve şiddetini azaltmada da etkili olmuştur (Ersoy, Gungor ve Akpınar, 2011).

Osmanlı Döneminde alınan diğer salgın önlemleri aşağıda maddeler halinde verilmiştir:

*İlk karantina uygulamaları, özellikle liman şehirlerinde (İstanbul, Çanakkale, İzmir) 1838 yılında uygulanmaya başlamıştır. Karantina istasyonları kurulmuştur. Yabancı gemiler ve Osmanlı gemileri farklı yerlerde karantina altında bekletilmiştir (Sarıyıldız, 2015).

*Salgın hastalıklara koruyucu tedavi aşısı üretme çalışmaları amaçlı Bakteriyojihaneye-i Şahane kurulmuştur. Üretilen aşılarda diğer ülkelere de gönderilmiştir (Yıldırım, 2010).

*İstanbul Hıfzıssıhha Şûrası, karantina tedbirlerini düzenlemek üzere 1839 yılında padişah Abdülmecit'in (1839-1861) zamanında kurulmuştur (Ersoy, Gungor ve Akpınar, 2011) 10

*Karantina tedbirleri kişi ayırt etmeden uygulanmıştır. 1843'de İstanbul'a gelen Prusya Prensi Albert ve Almanya Büyükelçisi için de karantinayı geçirecekleri yer tahsis edilmiştir (Euronews, 2020).

*II. Abdülhamit döneminde Avrupa'dan etüv makinaları getirilmiştir (Böke, 2009).

*Hacılar hastalıklarının yayılmasında önemli rol aldığı için, hac bölgesinde özel önlemler alınmış ve hacdan gelenler karantina altına alınmıştır.

*Adalar da karantina alanları olarak kullanılmıştır. İzmir Uurlada 1865 yılında Urla tahaffuzhanesi yaptırılmıştır ve deniz yoluyla gelen kişiler bu adada karantinaya alınmıştır. 1830'da kolera salgınında İstanbul'daki Kız Kulesi karantina hastanesine dönüştürülmüştür. 1837'de hastalar bu adada karantinaya alınmıştır (Hürriyet, 2020).

*Hastalık vakalarının görüldüğü şehirler karantina altına alınmıştır. Şehre giriş çıkışlar kontrollü yapılmıştır. Karantina alanları yeterli gelmediği durumlarda gemiler de izolasyon alanı amaçlı kullanılmıştır.

*1889-1892 yılları arasındaki influenza salgınında İstanbul'daki bütün eğitim kurumlarında, eğitime geçici olarak ara verilmiştir. Bir başka influenza salgınında 1918 yılında eğitim kurumları ve eğlence yerleri belirli bir tarihe kadar kapatılmıştır (Yıldırım, 2020).

Osmanlı son döneminde yaşanan Osmanlı – Rus savaşları, Balkan savaşları ve I. Dünya Savaşı sürecinde yaşanmış olan ve Millî Mücadele döneminde de süren sağlıktaki sıkıntılar; frengi, tifüs, sıtma ve verem benzeri bulaşıcı hastalıkların etkili olmasına ve yaygınlaşmasına sebep olmuştur. Balkan Savaşlarının kaybedilmesi ile birlikte geri dönen askerlerde dizanteri ve kolera salgınları



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

başlamıştır. Mevcut hastaneler ve tahaffuzhaneler yeterli gelmeyince hastane görevi görebilecek tüm alanlar (hanlar oteller, camiler, mezarlıklar, çiftlikler, tren istasyonları, okullar, yalılar, kışlalar) hastaneye dönüştürülmüştür. Sıhhiye Nezareti geçici kolera hastaneleri kurmuştur. Belediye kadınlar ve göçmenler için hastane kurmuştur. İstanbul genelinde toplamda 90 civarında kolera hastanesi oluşturulmuştur. Birinci Dünya Savaşı esnasında İstanbul'a getirilen yaralı askerlerin tedavileri cemaat, azınlık ve yabancı hastaneleri dahil olmak üzere bütün hastanelerde yapılmaktaydı. Ayrıca Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti kamu kurumlarını, camileri, eğitim kurumlarını ve bazı evleri hastaneye dönüştürmüştür (Yıldırım, 2020).

Millî Mücadele sürecinde de salgın hastalıklar yanında, sağlık hizmetlerinde de yeterli olunmadığı görülmüştür. Örneğin malzeme yetersizliği sebebiyle tedavilerin karşılanamaması görülmüştür. Fakat eldeki tüm imkânlar tedavi amacıyla kullanılmaya çalışılmıştır (Arslan, 2021:397). Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık bakanı Refik Saydam döneminde salgın hastalıklara yönelik kalıcı kurumlar kurulmuş ve bakanlık teşkilatı ulusal ölçekte örgütlenmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede çalışacak insan gücü eğitilmiş, teşkilat örgütlenmesi sağlanmış ve mevzuat alt yapısı oluşturulmuştur. Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi kurulmuş, aşı ve serum geliştirilmeye başlanmış, sağlık sistemi altyapısı güçlendirilmiştir. Bu dönemde üretilen aşılardan da gönderilmiştir. (Metintaş, 2008; S.S.Y.B.,1973).

SONUÇ

Salgın hastalıklar, insanlık tarihinde olduğu gibi Anadolu coğrafyasının tarihinde de önemli bir yer edinmiştir. Geleneksel şifa arayışları ile tedavi çabaları oluşmuştur. Ruhsal ve bedensel tedavi bu arayışlar çerçevesinde şekillenmiştir. Sağlık hizmetleri, Anadolu'da özellikle Bizans'tan başlayarak Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde gelişerek kurumsallaşmıştır. Aynı coğrafyada kurulan Cumhuriyet döneminde de sağlık alanı gelişmeye devam etmiştir. Hastalıkların çeşitlerine göre farklı tedaviler uygulanması dışında, hastalık alanında uzmanlaşmış özel kurumlar da oluşturulmuştur. Karantina uygulamalarında dönem şartlarına bağlı olarak değişen imkanlar tedaviler üzerinde belirleyici olmuştur.

Salgınlarda mücadelede tedavi hizmetleri ne kadar gelişmiş olursa olsun hastalanan kişi sayısı arttığında, sağlık hizmetleri kapasitesi yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle salgının yayılmasını önleme amaçlı faaliyetler ön plana çıkmaktadır. Bir önceki salgınla başa çıkma stratejileriyle edinilen tecrübe ve uluslararası işbirliği faaliyetleri diğer önemli özelliklerdir. Salgın hastalıklar, uluslararası işbirliğini zorunlu hale getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün temelleri bu dönemde atılmıştır. Salgın hastalıklar aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yeni modellerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Geçmişteki salgınlardan incelenmesi günümüz salgınlardan çözümüne katkı sağlayabilir. Salgın hastalıkların tarihi hakkında çalışmalar yapan araştırmacılar, salgın hastalıkların yönetimini sürdüren bilim kurullarında yer almalıdırlar.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

Abül-Farac, G. (1987), Abû'l-Farac Tarihi, II, Çev. Ömer Rıza Doğrul, Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Akın, H. (2018). “Felaket Geliyorum Demişti: Ortaçağ’da Yaşanan Büyük Veba Salgını ve Toplumsal Yaşamdaki Sonuçları Üzerine Bir Değerlendirme”, Kebikeç, S: 46, ss. 247-296.
- Akyay, N. (1974), “Türkiye’de Veba Salgınları ve Veba Hakkında Eski Yayınlar”, 8(2), Mikrobiyoloji Bülteni, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınları, s.209-219.
- Arık, F.Ş. (1991), “Selçuklular Zamanında Anadolu’da Veba Salgınları” 15(26), Tarih Araştırmaları Dergisi, Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları, s.27-57.
- Arslan, M. (2021). Avrasya Uluslar arası Araştırma Dergisi, Anılarda Milli Mücadele Döneminde Sağlık Koşulları ve Verilen Sağlık Hizmetleri C9. S.27: 397-415.
- Artvinli, F. (2018) Pinel of İstanbul: Dr Luigi Mongeri (1815–82) and the Birth of Modern Psychiatry in the Ottoman Empire, History of Psychiatry, 4: 424-437.
- Ataç A. ve Uçar M. (2006). Önemli Bulaşıcı Hastalıklar ve Yaşam Sürecine Etkileri. Bilim Tarihi Araştırmaları 2006;(2):33-42.
- Atak, S. (2019) Tedavi Yöntemleri Açısından Selçuklu ve Bizans Pratikleri’nin Tahlili, Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi (SKAD) Cilt/ 5, Sayı: 11, , ss. 325-345.
- Bakır, A. ve Ülgen, P. (2017), “Bizans’ta Tababet Kültürü Bilimi ve Çalışmaları Üzerine Genel Bir Değerlendirme”, Cappadocia Journal of History and Social Sciences, Vols.1-9, Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Yayınları, s.15-39.
- Başagaoglu, İ., Aksu, M. (2013). Lokman Hekim Journal, İzmir Urla – Klazomenai Karantina Teşkilatı (VIII):30-31.
- Bayat, F. (2006). Ana Hatlarıyla Türk Şamanlığı. İstanbul: Ötüken Neşriyat.
- Böke, P. (2009). ÇTTAD, İzmir Karantina Teşkilatının Kuruluşu ve Faaliyetleri (1840-1900), VIII/18-19, (2009/Bahar-Güz):137-159.
- Çeçen, S. (2020). “Çivi Yazılı Belgelerde Anadolu’da Salgın Hastalık”, Kafdağı, Cilt 5, Sayı 1, 13-17.
- Eflaki, A. (1973), Ariflerin Menkıbeleri (Menakib al-Ârifin), Cilt 1, Çev. Tahsin Yazıcı, İstanbul: Hürriyet Yayınları.
- Emecen, F. (1991). Ayasuluk. Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi (Cilt 4, s. 225-227). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Euronews (2020). Osmanlı’da karantina nasıl başladı? 'Şeriata uygun mu?' tartışması; halkın 'istememezük!' isyanları. Euronews. https://tr.euronews.com/2020/03/26/osmanli-karantina-nasil-basladi-seriata-uygun-mu-koronavirus-covid-istememezuk-isyanlari?utm_medium=Social&utm_source=Twitter#Echobox=1585254927 (Erişim Tarihi: 09.02.2022).
- Gilgameş Destanı. (2001). (M. Ramazanoğlu, Çev.) Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.
- Hardman, L. (2012), The History of Medicine, Amerika: Lucent Books Perss.
- Hürriyet (2020). Boğaz’ın En Güzel Kızı. Hürriyet e-Gazete. <https://www.hurriyet.com.tr/seyahat/bogazin-en-guzel-kizi-41566508> (Erişim Tarihi: 20.02.2022).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

İmir, Ç. Anadoludaki Sağlık Mabedleri. <https://guncel.tgv.org.tr/journal/44/pdf/100105.pdf> (Erişim Tarihi: 29.03.2022).

Kahraman, A. (2011), “Tedavi”, Türkiye Diyanet İslam Ansiklopedisi Cilt 40, İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, s.254-256.

Kay, E. (2008), “Muyiddin Mehî'nin Müfid (Nazmü't-Teshil) Adlı Eseri (İnceleme-Metin Dizin) ve Bu Eserin XV. Yüzyıl Türk Tıp Dili'nin Oluşumundaki Yeri” (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Dili ve Edebiyatı Ana Bilim Dalı Türk Dili Bilim Dalı.

Kazancıgil, A. (2004). Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi, Türkiye’de Tıp Tarihi. C.2,S.4,213-234.

Kesik, M. (2020). Tarih Dergisi, Selçuklular’da Sağlık, Sağlık Kurumları ve Tıp Eğitimi. (2020/1): 115-144.

Köroğlu, G. (2005a), “Bizans’ta Hekim Azizler, Eyüp’teki Kosmos ve Domianos Kilisesi”, Eyüp Sultan Sempozyumu Tebliğler I-VIII, İstanbul: Eyüp Belediyesi Kültür Yayınları, s.240-246.

Lyons AS, Petrucelli RJ. (1997). Çağlar Boyu Tıp (Çev. Nilgün Güdücü). Roche. İstanbul: Omas, 19.

Mc Carthy J. (2014). Ölüm ve Sürgün. Ankara: Türk Tarih Kurumu, 263-264.

Mcevedy, C. (2004), Ortaçağ Tarih Atlası, Çev. Ayşen Anadol, İstanbul: Sabancı Üniversitesi Yayınları.

Metintaş, M. Y. (2008) Refik Sağlam’ın Yaşamı ve Kişiliği.. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Doktora Tezi.

Nikiforuk A.(2001). Mahşerin Dört Atlısı. Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi. (Çev. Selahattin Erkanlı). İstanbul: İletişim Yayınları, 30.

S.S.Y.B. (1973) Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları.

Sarıyıldız, G. (2015) Osmanlı Sıhhiye Rüşum Tarifesi ve Muhtelit Sıhhiye Rüşum Tarifesi Komisyonları: Kapitülasyona Giden Bir Süreç. Osmanlıdan Cumhuriyete Sosyo Kültürel-Siyasi Yansımalar, Prof. Dr. Ali İhsan Gencer Anısına. İstanbul: Derin Yayınları içinde: ss. 271-318.

TDK (2022). Türk Dil Kurumu Başkanlığı, <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 15.02.2022).

Ünal, A. (1980). Hitit Tıbbının Ana Hatları . BELLETEN, 44 (175) , 475-496.

Vançelik, S. (2020). Türkiye’de Sağlık Politikası ve Gelişimi. Sağlık Politikaları Anadolu Üniversitesi Yayını No: 4149.

Varlık, N. (2018) Osmanlılarda Veba Salgınları, Toplumsal Tarih, 296: 30-36.

Yalçın, B. M., Ünal M., Pirdal, H., Selçuk, Y. (2016). Türk Aile Hek Dergisi, Anadolu tıp Tarihi – Bölüm I. 20 (1): 33-44.

Yıldırım, N. (2010) İstanbul’un Sağlık Tarihi. İstanbul: Ajansfa.

Yıldırım, N. (2020). İstanbul’da Sağlık Hayatı. Cilt 4 <https://istanbultarihi.ist/107-istanbulda-saglik-hayati> (Erişim Tarihi: 01.03.2022)

Zorlu, T. (19.04.2016). Osmanlı Tıbbına Bakış. <http://betim.org.tr> (Erişim Tarihi: 19.03.2022).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Ersoy, N., Gungor, Y. ve Akpınar, A. (2011) .International Sanitary Conferences from the Ottoman Perspective (1851-1938). *Hygiea Internationalis An Interdisciplinary Journal for the History of Public Health*, 10(1), 53-79



ALKOL VE TÜTÜN KULLANIMIN İNTİHAR ORANLARI İLE İLİŞKİSİ: OECD ÜLKELERİ ÜZERİNE BİR PANEL VERİ ANALİZİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN ALCOHOL AND TOBACCO USE AND SUICIDE RATE: A PANEL DATA ANALYSIS ON OECD COUNTRIES

Assoc. Prof., Ümit ÇIRAKLI

İzmir Bakırçay Üniversitesi, umit.cirakli@bakircay.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3134-8830

Assist. Prof., Emine ÇETİN ASLAN

İzmir Bakırçay Üniversitesi, emine.aslan@bakircay.edu.tr, orcid.org/0000-0003-4326-2070

Research Assistant, Osman ŞENOL

Süleyman Demirel Üniversitesi, osmansenol@sdu.edu.tr, orcid.org/0000-0001-5626-2921

Assist. Prof., Durmuş GÖKKAYA

Yozgat Bozok Üniversitesi, durmus.gokkaya@yobu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6713-1748

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (02.07.2022-30.08.2022)

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between alcohol and tobacco use and suicide rate in OECD countries. To investigate this relationship and to reveal the impact of alcohol and tobacco use on suicide rate, data of 21 OECD countries were analyzed by panel data regression method. Within the scope of the research, the annual data of the countries for the 2000-2019 periods were used. According to the results of panel data analysis, it was detected that there is a positive relationship between the independent variables (alcohol and tobacco use) and the dependent variable (suicide rate). While the effect of alcohol use on suicide rates was statistically significant ($p < 0.05$), the positive effect of tobacco use was not statistically significant ($p > 0.05$). It is possible to say that by increasing the prices with a pricing strategy that encourages the reduction of alcohol and cigarette use in the society, a decrease in suicide cases can be achieved.

Keywords: Suicide rate, alcohol and tobacco use, OECD countries, Panel data analysis

Öz

Bu çalışmanın amacı, OECD ülkelerinde alkol ve tütün kullanımı ile intihar oranı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bu ilişkiyi araştırmak ve alkol ve tütün kullanımının intihar hızı üzerindeki etkisini ortaya çıkarmak için 21 OECD ülkesinin verileri panel veri regresyon yöntemi ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında ülkelerin 2000-2019 dönemlerine ait yıllık verileri kullanılmıştır. Panel veri analizi sonuçlarına göre bağımsız değişkenler (alkol ve tütün kullanımı) ile bağımlı değişken (intihar oranı) arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Alkol kullanımının intihar oranlarına etkisi istatistiksel olarak



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

anlamlyken ($p<0.05$), tütün kullanımının pozitif etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Toplumda alkol ve sigara kullanımının azaltılmasını teşvik eden bir fiyatlandırma stratejisi ile fiyatların yükseltilmesiyle intihar vakalarında azalma sağlanabileceğini söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: İntihar oranı, alkol ve tütün kullanımı, OECD ülkeleri, Panel veri analizi

INTRODUCTION

Suicide and suicide attempt are among the most tragic events in human life. While it causes serious problems among one's family and friends, it brings a great economic burden to the society (Rihmer et al., 2002; Echeverria et al., 2021). Since suicide is a major cause of life years lost and premature death (Gunnell et al., 2003), its prevention is receiving increasing attention (Rihmer et al., 2002). Suicide is a major public health problem (Bolton & Robinson, 2010), with more than 700,000 deaths worldwide each year (WHO, 2022). 1% of all deaths in OECD countries are caused by suicide (OECD, 2021). Suicide is the second leading cause of death worldwide in people aged 15-29 (Robins et al., 2021; WHO, 2022). In addition, it is possible that the number of suicides is higher than the reported figures due to reporting the underlying cause on death certificates (Cherpitel et al., 2004), for administrative data to have more billing purposes, or for the desire to avoid stigma (Kim et al., 2012; Echeverria et al., 2021).

Alcohol abuse and addiction is one of the prominent risk factors for suicide (Razvodovsky, 2011; Robins et al., 2021; WHO, 2022). One in five suicides can be attributed to alcohol (Robins et al., 2021). The lifetime suicide rate in people with alcohol abuse is higher than other members of the society (Borges et al., 2017; Borges & Rosovsky, 1996; Bowden et al., 2018). Studies show that lifetime prevalence of suicide in people with alcohol dependence is 10 times higher (Bowden et al., 2018; Inskip et al., 1998) and 4.8 to 6.5 times higher than the general population (Urban et al., 2020). Alcohol misuse is a predisposing factor for suicide, and alcohol consumption just before suicide is common. Positive blood alcohol concentrations were found in an average of 37% of suicide-related deaths, indicating high acute alcohol consumption before death (Bowden et al., 2018; Cherpitel et al., 2004). Acute and chronic use of alcohol can increase impulsive behaviors, trigger sadness, aggression, and suicidal thoughts, weakening prudent reasoning, barriers to self-harm, and the ability to find alternative solutions to existing problems (Urban et al., 2020).

Smoking, which is also considered as one of the types of substance addiction, is another factor associated with suicide. Although the positive relationship between alcohol use and suicide is generally accepted, the relationship between smoking and suicide is not clear and has been studied in fewer studies. Although some studies have shown that smoking significantly increases the risk of suicide (Bohnert et al., 2014; Bolton & Robinson, 2010; Breslau et al., 2005), some studies have found no effect (the effect is confounding) (Hemmingsson & Kriebel, 2005). 2003). Breslau et al. (2005) found that current smoking, Berlin et al. (2015) found that current and past tobacco use are important independent predictors of a future suicide attempt (Berlin et al., 2015). Bohnert et al. found that the risk of suicide is 1.88 times higher in smokers (Bohnert et al., 2014).

There are serious differences in suicide rates in societies, and the reasons for this difference have not been fully determined (Rihmer et al., 2002). Evaluating and formulating risk in individuals with suicidal ideation is a complex process (Wilson, 2017). Although studies on the epidemiological aspect of suicide have begun a long time ago, suicide and the events leading to suicide attempt are not well known (Borges & Rosovsky, 1996; Cherpitel et al., 2004). However, it is thought that more studies are needed on the effect of alcohol and tobacco use habits on the suicide rate. In this

196

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ÇIRAKLI, Ü. / ÇETİN ASLAN, E. / ŞENOL, O. / GÖKKAYA, D.)

study, it was aimed to determine the relationship between suicide rates and alcohol and cigarette use.

METHOD

Model and Data

The scope of the research consists of data from 38 OECD countries between the years 2000-2019. However, due to the inaccessibility of all data from 17 countries, data from 21 countries were included in the analysis. The countries whose data were analyzed in the study are Costa Rica, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Japan, Luxembourg, Mexico, the Netherlands, New Zealand, Norway, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, the United Kingdom and the United States.

Data on alcohol and tobacco use habits were obtained from the OECD database, while data on suicide were obtained from the World Bank database. Since the data were obtained from secondary sources and it is an econometric study, it does not require the approval of the Ethics Committee.

Two independent variables and a single dependent variable were used within the scope of the study. The rate of people over the age of 15 who use tobacco products in the total population and the rate of people who use alcohol over the age of 15 in the total population are taken as independent variables. The dependent variable of the study is the suicide rate per 100,000 people.

Table 1. Explanations on Variables

Variables	Abbreviation
Suicide	Sui
Tobacco	Tobac
Alcohol	Alc

In the scope of the research, a single econometric model was produced, since there is the only dependent variable. The variables to be used in the model are shown in Table 1. The natural logarithmic transformation was applied first to the variables with large numerical values. After this process, the stationarity of the series was checked and the differences of the non-stationary series were taken to make them stationary. The mathematical representation and output of the model are as follows:

Model 1 (Sui): $\ln sui_{i,t} = c + \alpha_1(\ln alc)_{i,t} + \alpha_2(\ln tobac)_{i,t} + \epsilon_{i,t}$

Output of Model 1: $\ln sui = 0.482223470348 * \ln alc + 0.0223952989601 * \ln tobac + 1.32177641017$

The left side of the model shown in the above equation represents the dependent variable. On the right side of the equation, c represents the constant variable, α represents the estimator coefficients of the independent variables, ϵ represents the error term, i represents the cross section, and finally, t represents the information about the period. In panel data analysis models, the dependent variable cannot be estimated 100% because the dependent variable is also affected by other different factors. The effect of variables that we cannot predict within the scope of the model or that are not included in the model are collected in the ϵ error term.

Determining Methods of Panel Data Model

To date, three basic panel data approach models have been developed. These approaches are the pooled model approach, the fixed effects approach and the random effects approach. Tests were developed to determine the most appropriate approach for each model to be developed. First, the F test is applied to see which is valid between the fixed effects model and the pooled model. If the fixed effects model is valid as a result of this test, the next step is to determine which of the random effects and fixed effects model is valid. The determination process in question is made by means of the Hausman test statistics. After the necessary tests, the most suitable models for the data set are determined. Eviews 9 was used to analyze the data.

FINDINGS

Models to be developed in line with panel data analysis must provide certain assumptions. Among these assumptions, the first situation to be examined is to check whether there is a variable that will cause the multicollinearity problem between the variables. Different methods and tests have been developed to detect the multicollinearity problem in panel data modeling. The most preferred method among the developed methods is to calculate the Variance Inflation Factor (VIF) values of the variables. If there is a multicollinearity problem in a model, it may lead to incorrect estimator values as stated by Gujatati (2004). In order to avoid the multicollinearity problem in the models, variables with a high correlation relationship should not be used in the same model. The way of calculating the VIF values of the variables is $(1/1-R^2)$. The R^2 value represents the percentage of the independent variables used in the model to explain the dependent variable. The threshold value of the said value is accepted as 4 to 10 in the literature (Açıkgöz, Uygurtürk, & Korkmaz, 2015). In case of variables that are above the specified threshold value, the relevant variable is discarded from the model.

Table 2. VIF Values for Variables

Variables	R ²	VIF Values
Sui	0.34	1.51
Tobac	0.14	1.16
Alc	0.27	1.36

The VIF values of the variables to be used in the model within the scope of the research are given in Table 2. It was determined that the VIF values of all the variables included in the analysis were even lower than the smallest threshold value of 4. In other words, there is no variable that will cause multicollinearity problem among the variables included in the model. For this reason, all variables will be included in the analysis.

In panel data analysis, it is necessary to determine which of the three different approaches is most appropriate for the research in question. In order to determine this, it is necessary to apply the relevant tests to the developed model and examine the test results.

Table 3. Panel Data Modeling Tests

Test	Model 1 (Sui)	
	Statistics Value	Probability
F- Fixed Effects	4.190	0.015
Hausman Test	15.79	0.000

After checking whether there are variables that may cause multicollinearity problems among the variables to be used in the models, it is necessary to determine the most appropriate approach for each model. In the model developed to determine the relationship between the suicide rate and alcohol and tobacco use, the appropriateness of the pooled model structure was checked with the F test. In the F test, which tests the validity of the pooled model, the H_0 hypothesis is rejected, and it is seen that the fixed effects model structure is appropriate. In the next step, the hausman test was performed to determine whether the fixed effects model or the random effects model within the model 1 was valid. As a result of the hausman test, which tested the validity of the random effects approach, the H_0 hypothesis was rejected and it is seen that the most appropriate approach for the model to be developed is the fixed effects approach. One of the issues to be considered after determining the most appropriate approach in panel data modeling is that there should be no autocorrelation problem. If there is an autocorrelation problem in a model, efficient estimator coefficients cannot be obtained. Different tests and methods have been developed to determine whether there is an autocorrelation problem in the models. Bhargava et al. Durbin Watson test and Baltagi-Wu LBI tests are the most preferred tests for detecting autocorrelation problem in models. In this study, these test values will be used for the detection of autocorrelation.

Table 4. Autocorrelation Test Results in Model

Test	Model 1 (Sui)	
	Statistics Value	Probability
Bhargava et al. Durbin-Watson	0.42	0.000
Baltagi-Wu LBI	0.63	0.000

In Table 4, statistical and probability values of the preferred tests are given to determine whether there is an autocorrelation problem in the developed model. As a result of the tests made for the model in question, the H_0 hypothesis that the autocorrelation coefficients are zero was rejected. In the literature, these test values are required to be close to 2. The fact that these test values for both models were considerably lower than 2 caused us to reject the H_0 hypothesis, which was established as there is no autocorrelation. In other words, there is autocorrelation in the model. In order to eliminate the effects of the said autocorrelation problem in the models, the necessary robust correction tests were performed. Another point to be considered after the detection of the autocorrelation problem in the models is to check whether there is a heteroscedasticity (changing variance) problem.

Table 5. Changing Variance Heteroscedasticity

Test	Model 1 (Sui)	
	Chi ²	Probability
Modified Wald Test	4450.14	0.000

In panel data models, models are built on constant variance. In case of a variable variance problem in a model to be developed, it may cause incorrect estimator values to be calculated. Existence of the changing variance in the models developed within the scope of this research was checked with the modified wald test. As a result of the test, the H_0 hypothesis, which was established as no changing variance, was rejected. In other words, there is a changing variance problem in the model and it needs to be corrected with robust correction tests. Another thing to consider in order to achieve the most accurate results in the model is to check whether there is a cross-section dependency.

Table 6. Cross-section Dependency Test

Test	Model 1 (Sui)	
	Statistic	Probability
Breusch-Pagan LM	807.06	0.000
Pesaran Scaled LM	29.13	0.000
Pesaran CD	3.95	0.000

In the model developed within the scope of the research, whether there is a cross-section dependency situation was checked with three different tests. In the case of cross-section dependency in a model, a shock wave that comes to any cross-sectional unit included in the analysis affects the others. The existence of this effect may cause the estimator values to be miscalculated. The H_0 hypothesis that there is no cross-section dependency in three different test types for the developed model was rejected. In other words, there is a cross-section dependency in the model. Driscoll and Kraay estimators, one of the robust correction tests, were used to solve the this problem. Thanks to the robust correction test, the models were freed from these errors and more resistant estimators were obtained.

Table 7. Panel Data Results of the Driscoll and Kraay Standard Error Model

Dependent Variable: Model 1 (DLnSui)		Period: 2000-2019		
Cross-section: 21		Total Observation: 420		
Variable	Coefficient	Drisc/Kraay Standart Error	t-Statistic	Probability
DLNTOBAC	0.059801	0.0081173	0.74	0.470
DLNALC	0.045654	0.0128592	3.55	0.002
C	2.250054	0.0352157	63.89	0.000
R^2 : 0.20	F-statistic: 6.35	Prob (F-Statistic): 0.007		

Table 7 shows the results of the model developed within the scope of the research. The estimator values of the independent variables were obtained by clearing the panel data from basic assumption errors. The suicide rate per 100,000 people was used as the dependent variable in the model. Natural logarithmic transformation was applied to the variables with high numerical values in the model. Ln expression is added to the beginning of the series to determine the logarithmic transformation. Series that are not stationary at the level are made stationary by taking the difference, and their stationary states are included in the model. In order to determine the series whose difference is taken, the letter D, which is the difference symbol, is placed at the beginning of the variable name. As an independent variable in the model; The rate of people over the age of 15 using tobacco products in the total population and the rate of people using alcohol products over the age of 15 in the total population were used. In the developed model, it has been determined that there are problems of autocorrelation, changing variance and cross-section dependence. Driscoll and Kraay estimators, one of the robust robust tests, were used to solve these problems. The values obtained with the robust correction test applied are free of errors and more effective estimator coefficients are obtained. When the F statistical value and F probability value of the model are examined, it is seen that the probability value is significant and the model is meaningful as a whole. In the model, the percentage of the independent variables explaining the dependent variable, that is, the R^2 value, is observed to be 0.20. Although there are different factors affecting the dependent variable in question, it is seen that the percentage of the variables used to explain the dependent variable is quite sufficient.

In the model, it is seen that there is a positive relationship between the independent variables and the dependent variable. The fact that the independent variables are in a positive relationship with the dependent variable means that increases in alcohol and tobacco rates can also increase an increase in the number of suicides per 100,000 people. While the effect of alcohol use on suicide rates was statistically significant ($p < 0.05$), the positive effect of tobacco use was not statistically significant ($p > 0.05$). In case of an increase of 1% in total alcohol consumption, it is predicted that there may be an increase of 0.04% in the suicide rate.

DISCUSSION

Suicide is an important public health problem affected by various personal and social factors. It is important in terms of determining the factors affecting suicide and guiding the precautions to be taken. In this study, the possible effects of alcohol and tobacco use on suicide rates were examined by panel regression analysis.

In the study, it was found that alcohol use in the community would statistically significantly increase suicide rates. Studies in the literature also support research findings (Berlin et al., 2015; Bolton & Robinson, 2010; Borges et al., 2017; Borges & Rosovsky, 1996; Bowden et al., 2018; Ducasse et al., 2015; Inskip et al., 1998; Urban et al., 2020). While the lifetime prevalence of suicide is 7% in people with alcohol dependence, it is 0.7% in the general population and is 10 times higher (Bowden et al., 2018; Inskip et al., 1998). According to another study, there is a 4.8 to 6.5 times higher lifetime risk of suicide attempt than those without any substance use disorder (Urban et al., 2020). The increase in the suicide rate of alcohol is associated with an increase in the aggression of the individuals, influencing the value judgments and facilitating the impulsivity. Alcohol plays an important role in the suicide of those who do not have a previous psychiatric history (Sher, 2006). In other words, the use of alcohol can prevent people from thinking clearly and prevent the perception of the harm it will cause to themselves.

In this study, it was found that smoking increased the suicide rate, but this relationship was not statistically significant. The results of the studies in the literature about the impact of smoking on suicide are not clear (Bohnert et al., 2014; Bolton & Robinson, 2010; Breslau et al., 2005). Some studies (Hemmingsson & Kriebel, 2003) have also found that there is no relationship between smoking and suicide. Bohnert et al. found that the risk of suicide is 1.88 times higher in smokers (Bohnert et al., 2014). As a result of the meta-analysis, it was found that the risk of suicide is 1.35 times higher in those who have quit smoking and 1.84 times higher in current smoker than those who have never smoked (Echeverria et al., 2021). Lucas et al. found that the death rate from suicide was 1.15 times higher in former smokers and 2.69 times higher in current smokers compared to non-smokers (Lucas et al., 2013). Berlin et al. (2015), on the other hand, found the increase in suicide risk for the same groups as 31% and 49%, respectively. As can be seen, the findings of studies investigating the relationship between smoking and suicide show that it increases up to three times with no effect. Current and previous studies reveal that the size of the effect may vary depending on the data set, but there is a generally positive relationship. It has been suggested that smoking may lead to suicide by causing increased hostility, impulsive/aggressive behaviors and a picture similar to depression due to the deterioration in serotonergic function (Lucas et al., 2013)

CONCLUSIONS AND SUGGESTIONS

As a result of the research, it was concluded that an increase in alcohol and cigarette use would also increase the suicide rate in the society. However, suicide is a complex phenomenon affected by many personal and social factors, and the magnitude of the effects of these variables varies from society to society. It is clear that comprehensive policies will be needed to reduce suicide rates. However, it is possible to say that reducing the rates of alcohol and cigarette use in the society may reduce the incidence of suicide.

This research has some limitations. First of all, although the aim was to evaluate OECD countries, 21 countries could be included in the study due to missing data. Second, it is possible that the official numbers for suicide, particularly suicide attempts, are actually lower. Third, only the effects of alcohol and cigarette use on suicide rates were examined in the study. However, smoking and alcohol use, which were taken as independent variables in the study; be affected by economic, social and environmental factors. Therefore, in order to reduce suicides, it is expected that the measures for the root causes will be more effective than the measures to reduce alcohol and smoking use alone. On the other hand, it is suggested that increasing the prices of these products may help to reduce consumption levels. Also, psychological support should be provided to individuals with addiction through smoking and alcohol cessation centers and hospitals. The pricing of these products should be at a level that forces people to consume significantly less according to the price elasticity of demand. For future studies, a study that includes socio-economic variables such as income, marital status, and occupation may reveal more robust results.

Contribution Rate Statement: The authors contributed equally to the study.

Statement of Support and Acknowledgment: No financial support was received from any institution in the study.

Conflict Statement: There is no conflict of interest in the study.

REFERENCES

- Açıkgöz, E., Uygurtürk, H. ve Korkmaz, T. (2015). Analysis of Factors Affecting Growth Of Pension Mutual Funds In Turkey. *International Journal of Economics and Financial Issues*, 5(2), 427- 433.
- Berlin, I., Hakes, J. K., Hu, M. C., & Covey, L. S. (2015). Tobacco use and suicide attempt: longitudinal analysis with retrospective reports. *PLOS ONE*, 10(4), e0122607. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0122607>
- Bohnert, K. M., Ilgen, M. A., Mccarthy, J. F., Ignacio, R. V., Blow, F. C., & Katz, I. R. (2014). Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction*, 109(1), 155–162. <https://doi.org/10.1111/ADD.12381>
- Bolton, J. M., & Robinson, J. (2010). Population-Attributable Fractions of Axis I and Axis II Mental Disorders for Suicide Attempts: Findings From a Representative Sample of the Adult, Noninstitutionalized US Population. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2473–2480. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192252>
- Borges, G., & Rosovsky, H. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 57(5), 543–548. <https://doi.org/10.15288/jsa.1996.57.543>
- Borges, G., Bagge, C., Cherpitel, C. J., Conner, K., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute alcohol use and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47(5), 949. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>

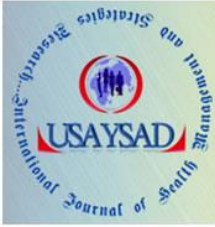


ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Bowden, B., John, A., Trefan, L., Morgan, J., Farewell, D., & Fone, D. (2018). Risk of suicide following an alcohol-related emergency hospital admission: An electronic cohort study of 2.8 million people. *PLOS ONE*, 13(4), e0194772. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0194772>
- Breslau, N., Schultz, L. R., Johnson, E. O., Peterson, E. L., & Davis, G. C. (2005). Smoking and the Risk of Suicidal Behavior: A Prospective Study of a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 62(3), 328–334. <https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.62.3.328>
- Cherptel, C. J., Borges, G. L. G., & Wilcox, H. C. (2004). Acute alcohol use and suicidal behavior: A review of the literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 18–28. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000127411.61634.14>
- Ducasse, D., Jaussent, I., Guillaume, S., Azorin, J. M., Bellivier, F., Belzeaux, R., Bougerol, T., Etain, B., Gard, S., Henry, C., Kahn, J. P., Leboyer, M., Loftus, J., Passerieux, C., Courtet, P. H., & Olié, E. (2015). Increased risk of suicide attempt in bipolar patients with severe tobacco dependence. *Journal of Affective Disorders*, 183, 113–118. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2015.04.038>
- Echeverria, I., Cotaina, M., Jovani, A., Mora, R., Haro, G., & Benito, A. (2021). Proposal for the inclusion of tobacco use in suicide risk scales: Results of a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6103. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18116103/S1>
- Gujarati, D. N. (2004). *Basic Econometrics*. McGraw Hill: New York.
- Gunnell, D., Middleton, N., Whitley, E., Dorling, D., & Frankel, S. (2003). Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly?—a time-series analysis of trends in England and Wales 1950–1998. *Social Science & Medicine*, 57(4), 595–611. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00408-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00408-2)
- Hemmingsson, T., & Kriebel, D. (2003). Smoking at age 18-20 and suicide during 26 years of follow-up-how can the association be explained? *International Journal of Epidemiology*, 32, 1000–1005. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg203>
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35–37. <https://asset-pdf.scinapse.io/prod/2059683057/2059683057.pdf>
- Kim, H., Smith, E. G., Stano, C. M., Ganoczy, D., Zivin, K., Walters, H., & Valenstein, M. (2012). Validation of key behaviourally based mental health diagnoses in administrative data: Suicide attempt, alcohol abuse, illicit drug abuse and tobacco use. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-18/TABLES/4>
- Lucas, M., O'Reilly, E. J., Mirzaei, F., Okereke, O. I., Unger, L., Miller, M., & Ascherio, A. (2013). Cigarette smoking and completed suicide: results from 3 prospectivecohorts of American adults. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 1053–1058. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2013.08.033>
- OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*.
- Razvodovsky, Y. E. (2011). Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*, 2, 67–74. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011365859&site=ehost-live>
- Rihmer, Z., Belsö, N., & Kiss, K. (2002). Strategies for suicide prevention. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(1), 83–87. <https://doi.org/10.1097/00001504-200201000-00014>
- Robins, J. E., Kalk, N. J., Ross, K. R., Pritchard, M., Curtis, V., & Morley, K. I. (2021). The association of acute alcohol use and dynamic suicide risk with variation in onward care after psychiatric crisis. *Drug and Alcohol Review*, 40(3), 499–508. <https://doi.org/10.1111/DAR.13231>
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *QJM - Monthly Journal of the Association of Physicians*, 99(1), 57–61. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci146>



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Urban, C., Arias, S. A., Segal, D. L., Camargo, C. A., Boudreaux, E. D., Miller, I., & Betz, M. E. (2020). Emergency Department Patients with Suicide Risk: Differences in Care by Acute Alcohol Use. *General Hospital Psychiatry*, 63, 83–88. <https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2018.09.010>
- WHO. (2022). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Wilson, M. (2017). Patients with Suicidal Ideation and Evidence of Alcohol Use are Discharged at Higher Rates from the Emergency Department. *International Journal of Psychology and Psychoanalysis*, 3(2), 1–5. <https://doi.org/10.23937/2572-4037.1510019>.



HASTANE İŞLETMELERİNDE GENEL YÖNETİM GİDERLERİNİN BELİRLENMESİ VE HESAPLANMASINDA YENİ BİR YAKLAŞIM; BİR KAMU HASTANESİ ARAŞTIRMASI

A NEW APPROACH TO THE DETERMINATION AND CALCULATION OF GENERAL ADMINISTRATIVE EXPENSES IN HOSPITAL OPERATIONS: A PUBLIC HOSPITAL RESEARCH

Dr. İbrahim YÜKSEL

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, i.yuksel@deu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6323-8337

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (06.07.2022-.30.08.2022)

Öz

Hastanelerde maliyet analizlerinin etkin ve verimli yapılabilmesi için maliyeti oluşturan personel, ilk madde malzeme, genel üretim ve genel yönetim giderlerinin doğru belirlenmesi ve dağıtılması gerekmektedir. Bu giderler arasında genel yönetim giderleri, maliyet içerisinde önemli bir paya sahiptir. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde genel yönetim giderlerini oluşturan alt bileşenler ve gider dağıtımları konusunda farklılıkların olduğu görülmektedir. Bu durum, yapılan maliyet hesaplamalarında da farklılıkların doğmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, çalışmanın amacı hastanelerde genel yönetim giderleri kapsamına giren alt bileşenlerin ve ilgili dağıtım anahtarlarının belirlenmesi konusunda yeni bir yaklaşım sunmaktır. Bu bağlamda, bir kamu hastanesinde yapılan süreç analizi ile genel yönetim giderleri kapsamına giren birimler, hizmetler, ödemeler ve ilgili dağıtım anahtarları belirlenmiş ve buna göre, gider dağıtımı ile ilgili örnek bir uygulama yapılmıştır. Sonuç olarak, bu çalışma ile genel yönetim giderlerinin alt bileşenlerinin tanımlanması ve dağıtımı ile ilgili yeni bir yaklaşım sunulmuş olup; çalışmanın hastane yönetimine ve akademik çalışmalara katkı sunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Genel yönetim giderleri, hastane, maliyet.

Abstract

In order to carry out cost analysis in hospitals effectively and efficiently, it is necessary to correctly determine and distribute the costs of personnel, raw materials, general production and general administrative expenses. Among these expenses, general administrative expenses have a significant share in the cost. When the studies in the literature are examined, it is seen that there are differences in the sub-components that make up the general administrative expenses and the distribution of expenses. This situation causes differences in cost calculations. For this reason, the aim of the study is to present a new approach in determining the sub-

components and related distribution keys that fall under the scope of general administrative expenses in hospitals. In this context, with the process analysis made in a public hospital, the units, services, payments and related distribution keys within the scope of general administrative expenses were determined, and accordingly, an example application was made regarding expense distribution. In conclusion, this study presents a new approach to the definition and distribution of the sub-components of general administrative expenses; It is thought that the study will contribute to hospital management and academic studies.

Keywords: General administrative expenses, hospital, cost.

GİRİŞ

Dünyada sağlık harcamaları her geçen yıl artmakta ve ülkeler sağlık harcamalarını kontrol altına almak için çeşitli politikalar geliştirmektedir. OECD ülkelerinin 1990 yılından itibaren sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı artmış ve son yıllarda ise kontrol altında tutulmaya başlanmıştır. 1990 yılında OECD sağlık harcamalarının GSYİH payı 6,5 iken 2018 yılında 8,8 ulaşmıştır (OECD Sağlık İstatistikleri, 2019).

OECD raporuna göre ise 2015-2030 yılları arasında sağlık harcamalarının yıllık ortalaması GDP'nin %2,7'si olacağı tahmin edilmekte; ancak, yapılacak etkin ve verimli maliyet analizleri ile bu oranın en düşük %2,2 olacağı öngörülmektedir. Bu oranlarda da görüldüğü üzere, hastanelerde maliyet analizlerinin önemi daha da artmaktadır (OECD, 2019: 166). Bu yüzden, sağlık harcamalarındaki düşüşün maliyet analizleri ile gerçekleşebilmesi için sağlık hizmet sürecinde oluşan giderlerin sınıflamasının ve dağıtımının doğru yapılması gerekmektedir.

Sağlık hizmet sürecinde maliyeti oluşturan giderler ilk madde ve malzeme, personel, genel üretim ve genel yönetim giderleridir. Bu giderler arasında önemli paya sahip olan genel yönetim giderleri ise sağlık hizmet sürecine endirekt (dolaylı) destek sağlayan giderlerdir. Bu kapsamda, idari hizmet giderleri ile destek hizmet alım giderleri ve mevzuat gereği yapılan genel ödemeler yer almaktadır. Bunların, doğru ve eksiksiz belirlenerek gider dağıtımlarının ilgili dağıtım ölçüleri ile yapılması, maliyet analizi için oldukça önemlidir.

Literatürde, hastanelerde sağlık hizmet maliyetleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde genel yönetim giderlerinin hangi bileşenlerden oluştuğu konusunda fikir birliği olmadığı görülmektedir. Bazı çalışmalarda sadece idari hizmet giderleri genel yönetim kapsamına alınmakta iken, bazı çalışmalarda idari hizmet dışında ulaştırma, haberleşme vb. giderler de alınmıştır. Bu bağlamda, genel yönetim giderlerinin ve ilişkili dağıtım anahtarlarının ortak tanımlanamaması maliyet analizlerinde bu giderlerin hesaplanmasının farklı olmasına neden olmaktadır.

Çalışmanın amacı, bir kamu hastanesinde yapılan araştırma sonucunda genel yönetim giderlerini oluşturan unsurların belirlenmesi ve ilgili dağıtımlarının yapılması konusunda literatürdeki çalışmalardan farklı bir bakış açısı sunmaktır. Bu kapsamda, çalışmanın, hastane yönetimlerine sağlık hizmeti maliyet analiz sürecinde genel yönetim giderlerinin belirlenmesi ve dağıtımı konusunda da yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

HASTANELERDE GİDER KAVRAMI

Hastaneler, sağlık hizmetlerinin sunulduğu ve insanlara sağlık hizmeti üreten işletmelerdir. Sağlık insanlar için önemli bir olgu olması ve hastanelerin sağlıkla ilgili her türlü hizmeti sunması, hastanelerin toplum içindeki yerinin ne kadar önemli olduğunu kanıtlamaktadır. Özellikle, kendi sağlığımızla ya da bir yakınımızın sağlığı ile ilgili bir sorun olduğunda başvurduğumuz, çare aradığımız tedavi kuruluşları hastanelerdir (Yeğinboy ve Yüksel, 2015: 410).

Hastane işletmeleri hizmet üreten işletmelerdir. Üretilen hizmetlerin önemli özelliği ise, stoklanamaması sebebiyle varlıklar arasında yer alamamasıdır. Talep eden kişiye hizmet verildiğinde, bir kısım varlıklar tüketilmiş ve yaratılan fayda karşı tarafa aktarılmış demektir. Bu nedenle hizmet üretildiğinde tüketilen kaynaklar gider kavramını oluşturmaktadır (Yüksel, 2021: 31).

Gider, ürün satma, hizmet verme ve diğer işletme faaliyetlerini yerine getirme sonucunda özsermayede meydana gelen azalışlar olarak tanımlanmaktadır (Altıntaş, 2003: 37). Diğer bir ifade ile gider kavramı, herhangi bir fayda sağlamak amacıyla kaynaklardaki tükeniştir. Bu tükeniş, kaynağın bir defalık kullanımı ile (temizlik, kırtasiye gibi stokların tükenişi ve dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetlere ödenen paralar gibi nedenlerle) veya uzun süreli kullanım sonucunda ortaya çıkan yıpranma payı şeklinde (demirbaş, makine vb.) ortaya çıkmaktadır (Yüksel, 2021: 29).

Hastanelerde sağlık hizmeti sunum sürecinde üretim faktörü olarak insan gücü, ilaç, tıbbi malzeme, tıbbi cihaz, elektrik, su, doğalgaz, gıda ürünleri, temizlik ürünleri, bina, genel demirbaş, kırtasiye vb. çok çeşitli kaynaklar kullanılmaktadır. Bu kaynakların tüketilmesi sonucunda ise giderler oluşmaktadır (Mut ve Ağırbaş, 2017: 204).

Sağlık hizmet sürecinde ortaya çıkan giderler maliyetin unsurlarını oluşturmaktadır. Üretim faktörü olarak kullanılan bu giderler, hizmet üretim sonucunda hastanelerde bölüm maliyetlerinin, hasta maliyetlerinin veya tıbbi işlem maliyetlerinin oluşmasını sağlamaktadır. Bu yüzden, hastanelerde gider tanımlamalarının ve sınıflandırmalarının doğru ve eksiksiz yapılması maliyet hesaplamalarının ve analizlerinin yapılmasında büyük önem arz etmektedir.

Hastanelerde maliyet unsurları olarak ortaya çıkan giderleri dört ana grupta toplayabiliriz. Bunlar:

- İlk madde ve malzeme giderleri
- Personel giderleri
- Sağlık hizmeti genel üretim giderleri
- Genel yönetim giderleri

Çalışmanın odak noktası genel yönetim giderleri olduğu için, bundan sonraki bölümlerde genel yönetim giderleri üzerinde durulacaktır.

HASTANELERDE GENEL YÖNETİM GİDERLERİ

Sağlık sistemi içerisinde sağlık harcamalarının en önemli payını sektörün lokomotifini olan hastaneler almaktadır. Hastaneler büyük hacimlerde sağlık hizmeti üreten ve sağlık sistemini domine eden kuruluşlardır. Sağlık harcamalarının önemli bir payını oluşturan hastanelerde maliyet analizlerinin ne kadar önemli olduğu OECD tarafından 2019 yılında yapılan projeksiyon analizinde belirtilmiştir (OECD, 2019: 166). Hastane işletmelerinde etkin maliyet analizi yapıldığı takdirde toplam sağlık harcamalarındaki düşüşe büyük katkı sağlayacaktır. Bunun için öncelikle maliyet unsurlarını oluşturan giderlerin doğru belirlenmesi ve sınıflandırılması gerekmektedir. Bu giderler kapsamında yer alan genel yönetim giderleri sağlık hizmet sunumuna indirekt destek vermekte ve ağırlıklı olarak idari hizmet sürecinde oluşmaktadır.

Hastanelerde genel yönetim giderleri doğrudan sağlık hizmet üretim sürecine dahil olmamasına rağmen toplam giderler içinde önemli bir paya sahiptir (Tan vd.,2009: 530). Çünkü, genel yönetim giderleri yapısı gereği tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de dolaylı giderler kapsamındadır. Özellikle, hizmet işletmesi olan hastanelerde, idari ve destek hizmet birimleri sağlık hizmet



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

sürecinde önemli bir hacim kaplamaktadır. Bundan dolayı, bu birimlerde oluşan dolaylı giderler, genel yönetim giderleri kapsamında önemli bir pay almaktadır. Örneğin, 2011 yılında yapılan bir araştırmada Amerika Birleşik Devletleri'nde yönetim giderlerinin hastane bütçelerindeki payı yaklaşık %25,3; Hollanda'da %19,8; İngiltere'de %15,5; Kanada 'da ise %12'dir (Healthmanagement, 2020). Himmelstein ve diğerlerinin (2014) yaptıkları çalışmada hastane genel yönetim giderlerinin 2010 yılı GSYİH içindeki payı, Amerika'da 1,43; Kanada'da 0,41; Hollanda'da 0,77; İngiltere'de 0,63'tür (Himmelstein vd., 2014: 1590). Himmelstein ve diğerlerinin (2017) yaptığı çalışmada, Amerika'da hastanelerdeki genel yönetim giderlerinin hastanelerdeki toplam sağlık harcamaları içindeki payı %26,6 iken, Kanada'da bu oran %13,1'dir (Himmelstein vd., 2020: 4). Kalman ve diğerlerinin (2015) Medicare Maliyet Raporu Formuna Göre Maliyet Merkezlerinin Sınıflandırılması (Classification of Cost Centers According to the Medicare Cost Report Form) verilerine ve tanımlamaları temelinde yaptıkları çalışmada 1996 -2010 yılları arasında Amerika 'daki hastanelerde genel yönetim giderlerinin toplam hastane giderleri içindeki oranı %46,1 civarındadır. Yüksel (2013) yaptığı hasta bazlı maliyet çalışmasında genel yönetim giderlerinin payı %14,84 olarak çıkmıştır. Özkan ve diğerlerinin (Özkan vd.,2014) bir devlet hastanesinde yaptığı çalışmada genel yönetim giderleri toplam giderlerin yaklaşık %10 unu kapsamaktadır. Palteki'nin (2019) bir kamu hastanesinde yaptığı çalışmada ise genel yönetim giderleri toplam giderlerin %17'sini kapsamaktadır.

Literatür Taraması

Literatürde genel yönetim giderlerinin belirlenmesi ve dağıtımı kapsamında yapılan çalışmalarda genel yönetim giderlerinin toplam giderdeki payı göz ardı edilmeyecek kadar önemli olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar incelendiğinde, hastanelerde genel yönetim giderlerinin belirlenmesinde ülkelerin geri ödeme sistemlerinin ve ilgili hastaneler üzerinde yapılmış çalışmalarda yer alan uygulamada kullanılan maliyet yöntemlerinin etkili olduğu görülmüştür.

90'lı yılların başında Amerika'da idari maliyetlerin azalması ile elde edilecek potansiyel tasarruf; araştırmacılar, sigortacılar, hastane yöneticileri, hekimler, tüketiciler ve işverenler arasında önemli bir tartışma yarattı. Bu tartışma büyük ölçüde, idari maliyetlerin nasıl tanımlanacağı konusunda fikir birliği eksikliğinden kaynaklanmaktaydı. Bu tartışmaya yanıt olarak, Robert Wood Johnson Vakfı, girişimi altında, Sağlık Bakım Finansmanı ve Organizasyonunda Değişiklikler (HCFO) kapsamında bir çalıştay yapıldı. Bu çalıştayın amaçlarından biri genel yönetim giderlerini tanımlamak, ölçmek ve toplam harcamalardaki ağırlığını tespit etmektir (Gauthier vd., 1992: 308). Buradan yola çıkacak olursak genel yönetim giderlerinin önemi 30 yıl öncesine dayandığı görülmektedir.

Karasioğlu ve Çam (2008) Karaman Devlet Hastanesi Kardiyoloji Bölümü maliyet analizi çalışmasında genel yönetim giderleri kapsamına sadece ulaştırma, haberleşme ile diğer çeşitli giderleri almışlar ve dağıtım anahtarı olarak hasta sayısını kullanmışlardır.

Tan ve diğerlerinin (2009) çalışmasında ise genel yönetim giderleri genel giderler ve sermaye giderleri olarak iki grupta toplanmaktadır. Genel giderleri içinde, genel harcamalar, yönetim ve idari hizmet giderleri, enerji, bakım-onarım, sigorta, hasta bazlı kliniklerde çalışmayan personel giderleri yer almaktadır. Sermaye giderleri içinde ise, demirbaşların amortismanı bulunmaktadır. Bu giderler ise, servislerin kullanım ağırlığına, personel çalışma süresine ve yatan hasta gün sayısına göre dağıtılmışlardır.

Yaman (2009), Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptığı maliyet analiz çalışmasında hastanenin genel yönetim giderlerini sınıflamadığı, tüm giderleri 740 Hizmet Üretimi maliyeti hesabına kaydettiği görülmektedir.

Kalman ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada kullandıkları Medicare Maliyet Raporu Formuna Göre Maliyet Merkezlerinin Sınıflandırılması raporunda genel yönetim giderleri aşağıdaki unsurlardan oluşmaktadır:

- Eski sermayeyle ilgili maliyetler: binalar ve demirbaşlar
- Eski sermaye ile ilgili maliyetler: taşınabilir ekipman
- Yeni sermaye ile ilgili maliyetler: binalar ve demirbaşlar
- Yeni sermaye ile ilgili maliyetler: taşınabilir ekipman
- Çalışanlara sağlanan faydalar
- Genel idari
- Bakım ve onarım
- Çamaşır ve çarşaf servisi
- Kat hizmetleri
- Diyet ve beslenme hizmetleri
- Personel sağlık hizmetleri
- Hemşirelik yönetim hizmetleri
- Tedarik hizmetleri
- Eczane birim hizmetleri (ilaç maliyetleri hariç)
- Tıbbi istatistik ve arşiv hizmetleri
- Sosyal hizmetler
- Fizikçi olmayan anestezi uzmanları
- Hemşirelik okul hizmetleri
- Stajyer ve yerleşik hizmet: maaş ve kıyafetler
- Stajyer ve ikamet eden diğer program maliyetleri
- Paramedikal eğitim programı

Health Management (2016) dergisinde yayınlanan bir çalışmada genel yönetim giderleri, yönetim, dokümantasyon ve faturalama ile ilgili süreçlerde ortaya çıkan giderlerden oluştuğu belirtilmiştir.

Şener (2018) hazırladığı doktora tezinde genel yönetim gideri olarak sadece idari birimleri almış; ancak, bu birimleri net olarak tanımlamamıştır. Genel yönetim giderleri ise, bölümlere çalışan sayısına göre dağıtılmıştır.

Palteki (2019) bir kamu hastanesindeki çalışmasında ise genel yönetim giderlerinin başhekimlik, hastane müdürlüğü, insan kaynakları, hasta kabul, satın alma, döner sermaye saymanlığı, faturalandırma, ayniyat (taşınır kayıt), sağlık kurulu birimlerinin giderlerinden oluştuğu görülmüştür. Bu çalışmada genel yönetim giderleri bölümlere dağıtılmamıştır.

Teker ve diğerleri (2019) özel bir hastanede yaptıkları çalışmada genel yönetim giderleri kapsamına sadece idari hizmet birimlerini almışlar; ancak, bu birimler belirtilmemiştir. Genel yönetim giderlerinin dağıtımında ölçüt olarak personel sayısı kullanılmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Cutler (2020) göre ise Amerika’da genel yönetim giderleri sigorta ve fatura işlemleri ile bunların dışındaki yönetsel giderler olarak ikiye ayırmıştır. Yönetsel giderler ise, genel idari hizmet, kalite geliştirme hizmet, müşteri hizmetleri, elektronik tıbbi kayıt hizmetlerin güncellenmesi, kimlik doğrulama ile ilgili giderlerden oluşmaktadır.

Yukarıda yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere, genel yönetim giderlerini oluşturan unsurlar ve dağıtım ölçüleri ile ilgili genel olarak fikir birliği bulunmamaktadır. Bazı çalışmalarda, maliyet hesaplamalarında genel yönetim giderlerinin kapsamı belirtilmeden doğrudan gider tutarları belirtilmiştir. Hastanelerde maliyet hesaplamalarında gider unsurlarının ve dağıtım ölçülerinin farklı tanımlanması ve bu konuda standartların oluşmaması maliyet hesaplamalarında da farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu yüzden, genel yönetim giderleri kapsamına giren birimlerin hizmetlerin ve diğer ödemeler ile dağıtım anahtarlarının net olarak tanımlanarak bir standart haline getirilmesinin uygulamadaki ve akademik çalışmalardaki farklılıkları ortadan kaldıracığı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Son yıllarda dünya genelinde sağlık harcamaları yıldan yıla artış göstermekte ve ülkeler sağlık harcamalarındaki artışı durdurmak veya azaltmak için çeşitli politikalar geliştirmektedir. Bu politikalar arasında hastanelerde sağlık hizmet maliyetlerinin analizi başı çekmektedir. Hastanelerin sağlık hizmeti maliyet analizlerini etkin ve verimli yapabilmeleri için maliyetlendirme süreçlerinde giderleri sınıflandırması ve tanımlaması oldukça önemlidir. Örneğin, tıbbi bölümde kullanılan su gideri genel üretim giderlerinde gösterilirken, idari hizmet biriminde kullanılan suyun genel yönetim gideri altında gösterilmesi gerekmektedir. Bundan da anlaşılmaktadır ki, aynı kurumda gerçekleşen bir gider kalemi, aynı dönemde tüketimin gerçekleştiği gider yerinin hizmet amacına göre nitelik kazanmaktadır. Maliyet unsurları içerisinde yer alan genel yönetim giderleri sağlık hizmet sürecine indirekt dahil olmasına rağmen sağlık hizmet maliyetlerini önemli ölçüde etkilemekte; ancak, maliyet analizleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, genel yönetim giderlerinin kapsamı içinde bulunan gider kalemleri farklı belirlenebilmektedir. Bundan dolayı, hastanelerde ve literatürdeki çalışmalarda, yapılan sağlık hizmet maliyet analiz sonuçları (hasta, bölüm ya da tıbbi işlem bazlı) de birbirinden farklılık gösterebilmektedir. Bu noktadan çıkışla, çalışmanın amacı bir kamu hastanesinin sağlık hizmet süreçlerinin ve giderlerinin detaylı incelenmesi sonucunda genel yönetim giderleri kapsamına dahil olan unsurların belirlenmesi ve bunlara ait dağıtım anahtarlarının saptaması konusunda farklı bir yaklaşım sunmaktır.

Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Araştırma İzmir ilinde bir kamu üniversite hastanesinde gerçekleşmiş ve yaklaşık üç ay sürmüştür. Bu süreçte, hastanenin sağlık hizmet süreçleri detaylı analiz edilerek genel yönetim giderleri kapsamına giren birimler, hizmetler ve ödemeler belirlenmiştir. Hastanenin, Medikal Muhasebe Birimi’nden 2017 yılına ait birim bazlı gider kalemleri alınmıştır. Birim ya da hizmet (güvenlik, danışma vb.) bazında gider bilgileri olmayan birimlerin gider hesaplamaları ise Medikal Muhasebe Birimi’nden alınan veriler doğrultusunda yapılmıştır. Genel yönetim gider kalemleri oluşturulduktan sonra gider merkezleri ile bağlantılı olarak dağıtım anahtarları saptanmış ve örnek uygulama yapılmıştır. Uygulamada genel yönetim giderlerinin dağıtımını göstermek için Genel Cerrahi bölümü örnek olarak alınmıştır.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle hastane maliyet muhasebesi konusunda literatürde yapılan çalışmalar incelenerek genel yönetim giderlerinin hangi unsurlardan oluştuğu analiz edilmiştir. Bundan sonra, araştırmaya konu olan kamu hastanesinde sağlık hizmet sürecinde ortaya çıkan giderler incelenmiştir. Hastanenin genel yönetim giderleri idari birimlere ait giderler ile bazı yasal ödemelerden oluşmasına rağmen; bu idari birimlerin neler olduğu ve giderlerinin hangi unsurlardan oluştuğu net olarak tanımlanmamıştır. Genel yönetim giderlerinin toplam tutarı ise hastanenin tıbbi bölümlerine eşit olarak dağıtılmakta ve herhangi bir dağıtım anahtarı kullanılmamaktadır. Daha sonra, hastanenin idari ve destek birimleri, destek hizmetleri ve yasal ödemeler incelenmiştir. Böylece, hastanenin genel yönetim giderleri unsurları belirlenmiş ve literatürdeki çalışmalar da baz alınarak dağıtım anahtarları saptanmıştır. Son olarak, hastanenin mali verileri üzerinden genel yönetim giderlerinin tutarları belirlenmiş ve dağıtımı yapılmıştır. Araştırmada 2017 yılı Kasım ayına ait veriler kullanıldığı için etik kurul izni gerekmemektedir.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmada hastanenin sağlık hizmet süreçleri gözlemlenmiş ve hizmet sunan birimler (poliklinikler, klinikler, arşiv, döner sermaye, insan kaynakları, depolar vb.) hakkında genel bilgiler alınmıştır. Burdan yola çıkarak öncelikle sağlık hizmet sunumuna endirekt destek sağlayan birimler belirlenmiştir. Bunlar:

- Ek ödeme birimi
- Hukuk bürosu
- Medikal Muhasebe
- Satın alma
- Malzeme yönetim
- Vezneler
- Sağlık Kurulu
- Sağlık Raporları
- İşyeri Sağlığı ve Güvenliği
- Hasta Hakları
- Kanser Kayıt
- Sivil Savunma
- İnsan kaynakları
- Başhekimlik yönetim (üst yöneticiler, müdür ve müdür yardımcıları)
- Kalite Birimi
- Maaş işleri
- Adli işlemler bürosu
- Matbaa
- Morg
- Santral
- Tıbbi Arşiv
- Tekerlekli sandalye ve sedye odası
- Eczane
- Malzeme depoları (tıbbi, sarf vb.)
- Bilgi işlem

Destek birimleri tamamlandıktan sonra birim bazında sunulmayan; ancak, hizmet bazında verilen iç ve dış kaynaklı hizmetler belirlenmiştir. Birimlerin dışında hastaneye bünyesine bağlı olarak

yürütülen iç destek hizmetler:

- Güvenlik ve koruma
- Danışma ve yönlendirme
- Araç ve ulaşım
- Genel alan (hastane koridorları, park, bahçeler, otoparklar) temizlik
- Peyzaj (bahçıvanlık)
- Genel alan bakım ve onarım'dır.

Hastane bünyesi dışında sağlık hizmetine destek sağlayan bazı hizmetler dışarıdan hizmet alımı yolu ile gerçekleşmektedir. Bunlar:

- Asansörlerin bakım ve onarımı
- Bilgi işlem yazılımı
- Çevre yönetim hizmetleri
- Kargo hizmeti
- İlaçlama
- Düzenli olmayıp anlık alınan diğer çeşitli hizmetler (vidanjör kiralama vb.)

Sağlık hizmet sunumuna destek sağlayan hizmetlerin bedelleri ile hastanenin yönetsel süreçleri ile ilgili birimlerin giderleri hastanenin genel yönetim giderlerini oluşturmaktadır. Bunların yanında yasal düzenlemelerden veya yasal süreçler sonucunda ortaya çıkan bir takım vergi, harç vb. ödemelerinden kaynaklı giderler de gerçekleşmektedir. Bu giderler de sağlık hizmet üretimi ile doğrudan bir ilgisi olmadığı ve tamamen idari süreçlerden kaynaklı olduğu için genel yönetim giderleri kapsamında değerlendirilebilir. Bu giderler:

- Hazine Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) payı
- Davalar sonucu ödenen tazminatlar
- Satın alma harç bedelleri
- Hastaneye çeşitli kurumlardan yansıtılmış cezalar

Belirlenen birimler, hizmetler ve ödemeler göz önüne alındığında hastanenin genel yönetim giderleri Şekil 1'de şematize edildiği gibi 4 ana grupta toplayabiliriz.

Şekil 1: Hastane Genel Yönetim Giderleri



Bundan sonraki bölümde ise genel yönetim giderlerinin oluşum sürecinin daha iyi anlaşılması amacıyla genel yönetim giderlerini oluşturan unsurların detaylı tanımlamalarının yapılmasının faydalı olacağı düşüncesinden yola çıkarak ilgili tanımlamalar hastaneden alınan bilgiler doğrultusunda yapılmıştır.

İdari Destek Birim Giderleri

Hastanenin destek hizmet kapsamında değerlendirilen birimler genel olarak idari hizmet vermekte ve bunların çoğu hastane içinde buldukları mekanlarda hizmet vermektedirler.

Ek Ödeme Birimi: Sağlık çalışanlarının döner sermayeden aldıkları ek ödemelerin düzenlenmesini sağlayan birimdir.

Hukuk Bürosu: Hastanenin dış paydaşlar ile yaşadığı hukuksal süreçlerden doğan problemlerin çözülmesini sağlayan birimdir.

Medikal Muhasebe: Sağlık hizmet süreci sonucunda oluşan tıbbi işlem gelirlerinin mevzuat çerçevesinde ilgili kurumlardan tahsil edilmesi ile ilgili süreçleri yöneten, gerekli tıbbi kayıt işlemlerinin kaydedilmesini sağlayan birimdir.

Satın Alma Birimi: Hastanenin ihtiyacı olan tüm malzeme, ekipman, ürün hizmet vb. dışarıdan tedarik edilmesini sağlamaktadır.

Malzeme Yönetim Birimi: Hastanenin ihtiyacı olan tüm malzeme, ekipman, ürün hizmet vb. dışarıdan tedarik edilmesi için gerekli kaynakların ihtiyaç analizini yaparak ne kadar alınmasını gerektiğini tespit eden ve satın alma birimine aktarmaktadır.

Vezneler: Ücretli sağlık hizmeti alan hastaların ödeme yaptıkları birimlerdir.

Sağlık Kurulu: Mevzuat gereği tam teşekküllü sağlık raporu (engelli vb.) alması gerek gereken hastaların süreçlerini takip eden birimdir.

Sağlık Raporları Birimi: Hastaların ilaç, tıbbi malzeme, hastalık vb. sağlık rapor süreçlerini yöneten ve hastalara raporlarının teslim edilmesini sağlayan birimdir.

İş Yeri Sağlığı ve Güvenliği Birimi: Hastanede çalışanların sağlık taramalarını takip eden ve çalışanlara sağlıklı bir iş ortamı sağlanması konusunda gerekli çalışmaları yürüten birimdir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Hasta Hakları Birimi: Hastaların, hastane süreçleri ile ilgili yaşadığı sorunları yazılı vaye sözel kabul eden, bunlara ilgili birimler ile görüşerek çözüm bulmaya çalışan birimdir. Ayrıca, hastane içerisinde hastaların yaşadığı sıkıntıları aylık olarak hastane yönetimine rapor olarak bildirmektedir.

Kanser Kayıt Birimi: Hastanede ayaktan veya yataklı kanser tedavisi gören hastaların tıbbi bilgilerini İl Sağlık Müdürlüğü'nün bilgi yönetim sistemine kaydeden birimdir.

Sivil Savunma Birimi: Hastanenin afet planını hazırlayan ve hastanenin karşılaşılabileceği afet riskleri ile ilgili gerekli düzenlemeleri yapan ve süreçleri takip eder.

İnsan Kaynakları Birimi: Sağlık çalışanlarının özlük hakları ile ilgili düzenlemeleri yapan, personel tedarik sürecini gerçekleştiren, personel işleri ile ilgili mevzuat değişiklik süreçlerini yöneten birimdir.

Başhekimlik Yönetimi: Hastanenin üst ve orta kademeli yöneticilerinden oluşmaktadır.

Kalite Birimi: Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde hastanenin Kalite politika ve süreçlerini yöneten birimdir.

Maaş İşleri Birimi: Sağlık çalışanlarının maaşlarını ilgili mevzuatlar çerçevesinde hazırlamakta ve düzenlemektedir.

Adli İşlemler Birimi: Hastaların, yaşadıkları adli olaylar sonucunda hastanede ayaktan veya yataklı tedavi görmesi ile ilgili kurum içi ve dışı yazışmaları gerçekleştiren birimdir.

Matbaa: Hastane içinde kullanılan evrak ve formların basıldığı yerdir.

Morg: Hastanede vefat eden hastaların cenaze işlemleri öncesi bekletildiği soğuk dolapların bulunduğu ve vefat eden hastanın yıkamasını gerçekleştiren gassalın görev yaptığı birimdir.

Santral: Hastanenin telefon iletişim ağının merkezidir.

Tıbbi Arşiv: Hastaların tıbbi bilgilerinin bulunduğu hasta dosyalarının saklı tutulduğu ve ihtiyaç halinde ilgili bölümlere gönderilmesini ve tekrar geri teslim alama sürecini gerçekleştiren birimdir.

Tekerlekli sandalye ve sedye odası: Hastaneye yürüyemeyecek durumda gelen hastaların hastane içi transferini gerçekleştirmek üzere tekerlekli sandalye ve sedye tedarikini sağlayan birimdir.

Eczane: Bünyesinde çalıştırdığı eczacılar ile birlikte ilgili kliniklere ilaç temininin sağlandığı ve hastaneye tedarik edilen ilaçların muhafazasının yapıldığı yerdir.

Malzeme Depoları: Hastane içindeki birimlere tıbbi, sarf, temizlik, kırtasiye, tekstil malzemelerinin teminini sağlayan ve bu malzemelerinin depolandığı yerdir.

Bilgi İşlem Birimi: Hastanede kullanılan bilgi sistemleri ile ilgili her tür türlü ekipmanın (bilgisayar, yazıcı, vb.) bakım ve onarımlarının yapıldığı yerdir.

İç Destek Hizmetler

Hastane bünyesinde sağlanan destek hizmetleri hastanenin kendi kaynakları ile sunulan hizmetlerdir.

Güvenlik ve Koruma: Hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının can ve mal güvenliğinin sağlanması ile birlikte huzurlu bir ortam oluşturulması amacıyla verilen hizmettir. Bu kapsamda güvenlik ve koruma personeli çalışmakta ve hastanenin birçok yeri kameralar aracılığı ile gözlemlenmektedir.

Danışma ve Yönlendirme: Hasta ve hasta yakınlarının ilgili birimlere ulaşmasına yardımcı olan ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

hastane süreçleri ile hasta ve yakınlarını bilgilendirilmesini sağlayan hizmetlerdir.

Genel Alan Temizlik: Hastanenin ilgili birimleri dışında ortak alanların (koridorlar, parklar, bahçeler, çatılar vb.) temizliğinin yapılmasını sağlayan hizmetler.

Araç ve Ulaşım Hizmetleri: Sağlık çalışanlarının acil durumlarda hastaneye, yöneticiler ile hastane çalışanlarının kamu hizmeti kapsamında dış kurumlara ve kamu hizmetleri kapsamında hastanede çalışma yapan kamu görevlilerinin (kamu denetçileri vb.) hastaneye ulaşımını sağlayan hizmetlerdir. Bu kapsamda, hastane araçları bulunmakta ve şoförler görev yapmaktadır.

Peyzaj (bahçıvanlık): Hastanede bahçelerin bakımını gerçekleştirmektedir. Bu iş hastanede görevli bahçıvanlar tarafından yürütülmektedir.

Genel Alan Bakım ve Onarım: Hastanenin ilgili birimleri dışında ortak alanların (koridorlar, parklar, bahçeler, çatılar vb.) bakım ve onarımının yapıldığı hizmetlerdir.

Dış Kaynaklı Hizmetler

Bu kapsamda hastanenin kendi kaynakları ile gerçekleştiremediği ve dış firma aracılığıyla elde ettiği hizmetler yer almaktadır. Bu hizmetler için hastane ile firmalar arasında hizmetin kapsamı ile ilgili sözleşme yapılmakta ve hizmet süresi, ödeme vb. unsurlar sözleşmede belirtilmektedir.

Asansörlerin bakım ve onarımı: Hastanede kullanılan asansörlerin bakımı ilgili firma tarafından sözleşmede belirtilen periyotlarda; arızaları ise, yine sözleşmede belirtilen süre zarfında yapılmaktadır.

Bilgi İşlem Yazılımı: Sağlık hizmet süreçlerinde yürütülen tüm faaliyetler ve tıbbi işlemler bilgi yönetim sistemine kaydedilmektedir. Bilgi yönetim sistemi yazılım programı için firmadan hizmet satın alınmaktadır.

Çevre Yönetim Hizmetleri: İlgili mevzuatlar çerçevesinde hastanenin çevre yönetimi ile ilgili hizmet alması gerekmektedir. Çevre yönetim danışmanı tarafından çevre yönetimi ile yapılması zorunlu süreçlerin hastaneye uyarlanması sağlanmaktadır.

Kargo Hizmeti: Hasta, hasta yakınlarına ve ilgili dış paydaş kurumlara evrak gönderilmesi için sağlanan hizmettir.

İlaçlama: Hastane, haşere, böcek vb. zararlı canlılardan koruma amacıyla firma tarafından belirli periyotlarda tüm birimler ilaçlanmaktadır.

İhtiyaç durumunda satın alınan diğer çeşitli hizmetler: Bu kapsamda yer alan hizmet beklenmedik bir anda gerçekleşen ve hastanenin kendi kaynakları ile ortadan kaldıramayacağı durumlar için yapılan hizmet alımlarıdır. Örneğin, kanalizasyon tıkanıldığında vidanjör kiralanması vb.

Hizmet Dışı Yapılan Yasal Ödemeler

Hastane mevzuattan kaynaklı ödemeler dışında hukuksal süreçlerden kaynaklı olarak tazminat, harç vb. ödemeler yapmaktadır. Çalışmaya konu olan hastane kamu üniversite hastanesi olduğu için gelirinin belirli bir bölümünü Bilimsel Araştırmalar Projesi (BAP) olarak kaynak ayırması gerekmektedir. Satın alma süreçlerinde Kamu İhale Kanunu gereği belirli bir harç yatırılması gerekmektedir.

Hastane dış paydaşlar, firmalar ve çalışanlar ile bir takım hukuksal anlaşmazlıklar yaşayabilmekte ve bunun sonucunda davalar açılabilmektedir. Gerek dava süreçlerinden gerekse de dava

215

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(YÜKSEL, İ.)

sonuçlarından kaynaklı olarak tazminat vb. ödemeler ortaya çıkabilmektedir.

Bunların yanında, hastaneye mevzuat gereği yapılması gereken faaliyetlerin eksik yapılması veya hiç yapılmamasından kaynaklı olarak bazı para cezaları yansıtılabilmektedir. Örneğin, çalışanların sağlık rapor bildirimleri hastane tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu'na zamanında bildirilmez ise mevzuatta belirtilen oranda para cezası hastaneye yansıtılmaktadır.

Hastane Genel Yönetim Giderlerinin Hesaplanması ve Dağıtımı

Hastanenin genel yönetim giderlerinin hesaplanabilmesi için öncelikle birimlerin ve hizmetlerin toplam giderlerinin bulunması gerekmektedir. Bunun için, hastanenin ilgili birimlerinden gerekli gider verileri alınarak hesaplamalar yapılmıştır. Birimlerin ve iç kaynaklı destek hizmetlerin gider hesaplamalarında personel, kullanılan malzeme (sarf, kırtasiye, temizlik, demirbaş), yemek, elektrik, su, ısınma ve bakım-onarım giderleri göz önünde tutulmuştur.

Dış kaynaklı hizmetler alım yolu ile sağlandığı için yapılan sözleşme bedelleri üzerinden gider hesaplaması yapılmıştır. Hizmetler dışındaki yasal ödemeler ise, hesaplama yapılmadan doğrudan gider olarak kaydedilmiştir.

Ek Ödeme Birimi'nin toplam giderlerinin hesaplanması Tablo 1'de örnek olarak verilmiştir. Bu çerçevede, genel yönetim kapsamı içerisinde bulunan tüm birimlerin giderleri bu şekilde hesaplanmıştır.

Tablo 1: Ek Ödeme Birimi 2017 Kasım Ayı Giderleri

GİDER TÜRÜ	TOPLAM (TL)
Personel	11.472,00
Malzemeler	
<i>Sarf</i>	32,00
<i>Kırtasiye</i>	55,00
<i>Temizlik</i>	17,00
<i>Demirbaş</i>	0
Elektrik	27,00
Su	22,00
Yemek	450,00
Bakım-Onarım	375,00
Isınma	94,00
Toplam	12544,00

Hesaplamalar sonucunda oluşan 2017 Kasım ayı genel yönetim giderlerinin tüm alt bileşenlerinin tutarları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: 2017 Kasım Ayı Genel Yönetim Giderleri Alt Bileşen Tutarları

GENEL YÖNETİM GİDERLERİ	GİDER TOPLAMI(TL)
Birim Giderleri	
<i>Ek Ödeme Birimi</i>	12.544,00
<i>Hukuk Bürosu</i>	8.870,00
<i>Medikal Muhasebe Birimi</i>	182.688,45
<i>Satın alma Birimi</i>	25.051,90
<i>Malzeme Yönetim Birimi</i>	40.325,40
<i>Vezneler</i>	1.945,30
<i>Sağlık Kurulu</i>	5.187,70
<i>Sağlık Raporları</i>	13.917,20
<i>İşyeri Sağlığı ve Güvenliği</i>	11.160,70
<i>Hasta Hakları</i>	7.420,70
<i>Kanser Kayıt</i>	9.030,70
<i>Sivil Savunma</i>	4.197,20
<i>İnsan kaynakları</i>	24.330,00
<i>Başhekimlik yönetim (üst yöneticiler, müdür ve müdür yardımcıları)</i>	33.455,29
<i>Kalite Yönetim Birimi</i>	9.870,00
<i>Maaş İşleri Birimi</i>	11.230,76
<i>Adli İşlemler Bürosu</i>	9.650,44
<i>Matbaa</i>	26.755,00
<i>Morg</i>	13.444,45
<i>Santral</i>	12.567,00
<i>Tıbbi Arşiv</i>	32.165,89
<i>Tekerlekli sandalye ve sedye odası</i>	8.667,45
<i>Eczane</i>	104.502,86
<i>Malzeme depoları (tıbbi, sarf vb.)</i>	103.237,15
<i>Bilgi İşlem Birimi</i>	30.716,54
İç Kaynaklı Hizmetlerden Kaynaklı Giderler	
<i>Güvenlik ve koruma</i>	63.267,00
<i>Danışma ve yönlendirme</i>	48.132,00
<i>Araç ve ulaşım</i>	59.330,59
<i>Genel alan (hastane koridorları, park, bahçeler, otoparklar) temizlik</i>	46.733,00
<i>Peyzaj (bahçivanlık)</i>	46.922,00
<i>Genel alan bakım ve onarım</i>	12.768,00
Dış Kaynaklı Hizmetler Kaynaklı Giderler	
<i>Asansörlerin bakım ve onarımı</i>	13.732,00
<i>Bilgi işlem yazılımı</i>	27.000,00
<i>Çevre yönetim hizmetleri</i>	380,00
<i>Kargo hizmeti</i>	2.748,00
<i>İlaçlama</i>	6.490,89
<i>Düzenli olmayıp anlık alınan diğer çeşitli hizmetler (vidanjör kiralama vb.)</i>	437,00
Yasal Ödemeler Kaynaklı Giderler	
<i>Hazine BAP payı</i>	2.263.716,00
<i>Davalar sonucu ödenen tazminatlar</i>	0
<i>Satın alma harç bedelleri</i>	14.745,00
<i>Hastaneye çeşitli kurumlardan yansıtılmış cezalar</i>	0
Toplam	3.349.333,56

Hastanenin 2017 Kasım ayına ait genel yönetim giderleri tutarı 3.349.333,56 TL olarak hesaplanmıştır. Bu tutar tüm hastane Kasım ayı giderinin %11,16 sını oluşturmaktadır.

Genel yönetim giderleri hesaplandıktan sonraki aşama ise bu giderlerin esas sağlık hizmeti gider merkezi olan tıbbi bölümlere (ortopedi, kardiyoloji, genel cerrahi vb.) ve yardımcı sağlık hizmeti gider merkezlerine (laboratuvarlar, radyoloji, patoloji vb.) doğru ve ilişkili dağıtım anahtarları (ölçüleri) kullanılarak dağıtılmasıdır. Bu süreçte, ilgili birim çalışanlarının ve yöneticilerinin görüşleri ile literatürdeki çalışmalar baz alınmış; yukarıda daha önce yapılan birimler, hizmetler ve ödemelerin tanımlamaları da değerlendirilerek genel yönetim gideri kapsamında yer alan birim ve hizmet giderleri ile diğer çeşitli yasal ödemelerin gider merkezleri ile ilişkisini en iyi şekilde yansıtan dağıtım anahtarları belirlenmiştir. Dağıtım anahtarları belirlenirken özellikle, birim ve hizmetlerin ilgili bölümlere göre sağladıkları destek hizmetin ölçülüp ölçülemediği ya da bölüm ile bağlantılı dağıtım kriteri olup olmadığı göz önünde tutulmuştur. Eğer, ilgili birim ve hizmetlere ait giderler ile gider merkezleri arasındaki ilişkiyi yansıtan net bir ölçü yoksa ve ilgili hizmet birimlere eşit olarak sunulmakta ise; dağıtım, hizmet birim sayısına göre eşit olarak yapılmıştır. Örneğin, Güvenlik ve Koruma Birimi'nin bölümlere göre ne kadar hizmet sunduğu ölçülememekte; birim tarafından hastanenin tümüne aynı hizmet sunulmaktadır. Bu yüzden, bu birimin giderleri bölümlere eşit olarak dağıtılmıştır. Burdan yola çıkarak oluşturulan dağıtım anahtarları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Genel Yönetim Giderleri Dağıtım Anahtarları

GENEL YÖNETİM GİDERLERİ	DAĞITIM ANAHTARI(ÖLÇÜSÜ)
Birim Giderleri	
<i>Ek Ödeme Birimi</i>	Eşit
<i>Hukuk bürosu</i>	Eşit
<i>Medikal Muhasebe Birimi</i>	Sağlık hizmet geliri
<i>Satın Alma Birimi</i>	Eşit
<i>Malzeme Yönetim Birimi</i>	Eşit
<i>Vezneler</i>	Ödeme makbuz sayısı
<i>Sağlık Kurulu</i>	Eşit
<i>Sağlık Raporları</i>	Rapor sayısı
<i>İşyeri Sağlığı ve Güvenliği</i>	Personel sayısı
<i>Hasta Hakları</i>	Şikayet sayısı
<i>Kanser Kayıt</i>	Eşit
<i>Sivil Savunma</i>	Yüzölçümü(m ²)
<i>İnsan kaynakları</i>	Personel sayısı
<i>Başhekimlik yönetim (üst yöneticiler, müdür ve müdür yardımcıları)</i>	Eşit
<i>Kalite Yönetim Birimi</i>	Eşit
<i>Maaş İşleri Birimi</i>	Personel sayısı
<i>Adli işlemler bürosu</i>	Eşit
<i>Matbaa</i>	Basılan evrak sayısı
<i>Morg</i>	Vefat eden hasta sayısı
<i>Santral</i>	Eşit
<i>Tıbbi Arşiv</i>	Hasta dosya sayısı
<i>Tekerlekli sandalye ve sedye odası</i>	Eşit
<i>Eczane</i>	Dağıtılan ilaç sayısı
<i>Malzeme depoları (tıbbi, sarf vb.)</i>	Dağıtılan malzeme sayısı
<i>Bilgi İşlem Birimi</i>	Arıza sayısı
İç Kaynaklı Hizmetler Kaynaklı Giderler	
<i>Güvenlik ve koruma</i>	Eşit

<i>Danışma ve yönlendirme</i>	Eşit
<i>Araç ve ulaşım</i>	Eşit
<i>Genel alan (hastane koridorları, park, bahçeler, otoparklar) temizlik</i>	Eşit
<i>Peyzaj (bahçıvanlık)</i>	Eşit
<i>Genel alan bakım ve onarım</i>	Eşit
Dış Kaynaklı Hizmetler Kaynaklı Giderler	
<i>Asansörlerin bakım ve onarımı</i>	Eşit
<i>Bilgi işlem yazılımı</i>	Bilgisayar sayısı
<i>Çevre yönetim hizmetleri</i>	Eşit
<i>Kargo hizmeti</i>	Eşit
<i>İlaçlama</i>	Yüzölçümü(m ²)
<i>Düzenli olmayıp anlık alınan diğer çeşitli hizmetler (vidanjör kiralama vb.)</i>	Eşit
Yasal Ödemeler Kaynaklı Giderler	
<i>Hazine BAP payı</i>	Sağlık hizmet geliri
<i>Davalar sonucu ödenen tazminatlar</i>	Eşit
<i>Satın alma harç bedelleri</i>	Eşit
<i>Hastaneye çeşitli kurumlardan yansıtılmış cezalar</i>	Eşit

Genel yönetim giderleri ve dağıtım anahtarları belirlendikten sonraki son aşama ise, bu giderlerin esas ve yardımcı sağlık hizmeti üreten bölümlere dağıtılmasıdır. Hastanede esas ve yardımcı sağlık hizmeti üreten toplam 55 bölüm bulunmaktadır. Genel yönetim giderleri bölümlere Tablo 3'te belirtilen dağıtım anahtarlarına göre dağıtılmıştır. Buna göre, dağıtım anahtarı belirli olan birim ve hizmetlerin giderleri yükleme oranı aracılığıyla bölümlere dağıtılmıştır.

Yükleme oranı= (bölüm, hizmet veya yasal ödemeye ait gider tutarı) / (hastane toplam gider tutarı).....(1)

Genel yönetim giderlerinin bölümlere dağıtılması ile ilgili uygulama örneği için Genel Cerrahi bölümü seçilmiştir. Hastanenin ilgili birimlerinden gider dağıtımında kullanılan yükleme oranı hesaplaması için Genel Cerrahi ve hastaneye ait veriler (hasta sayıları, gelir vb.) alınmıştır. Buna göre, genel yönetim giderlerinin Genel Cerrahi bölümüne dağıtımı için yapılan hesaplamalar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Genel Cerrahi Bölümü Genel Yönetim Giderleri Hesaplama Tablosu

GENEL YÖNETİM GİDERLERİ	GİDER HESAPLAMA
Birim Giderleri	
<i>Ek ödeme birimi</i>	12.544,00/55 = 228,07
<i>Hukuk bürosu</i>	8.870,00/55= 161,27
<i>Medikal Muhasebe</i>	182.688,45*(2.546.650/28.367.000,00)= 16.400,87
<i>Satın alma</i>	25.051,90/ 55= 455,50
<i>Malzeme yönetim</i>	40.325,40/ 55 = 733,19
<i>Vezneler</i>	1.945,30* (112/2.564) = 84,97
<i>Sağlık Kurulu</i>	5.187,70/55 = 94,32
<i>Sağlık Raporları</i>	13.917,20*(332/6739) = 685,64
<i>İşyeri Sağlığı ve Güvenliği</i>	11.160,70*(53/3750) = 157,74
<i>Hasta Hakları</i>	7.420,70*(7/112) = 463,80
<i>Kanser Kayıt</i>	9.030,70/55 = 164,20
<i>Sivil Savunma</i>	4.197,20*(1570/115.000) = 57,30
<i>İnsan kaynakları</i>	24.330,00*(53/3.750) = 343,86
<i>Başhekimlik yönetim (üst yöneticiler, müdür ve müdür yardımcıları)</i>	33.455,29/55 = 608,29
<i>Kalite Birimi</i>	9.870,00/55 = 179,45
<i>Maaş işleri</i>	11.230,76*(53/3750) = 158,73

<i>Adli işlemler bürosu</i>	9.650,44/55 =175,46
<i>Matbaa</i>	26.755,00*(2000/75000) = 713,47
<i>Morg</i>	13.444,45/(4/220) = 244,45
<i>Santral</i>	12.567,00/55 = 228,49
<i>Tıbbi Arşiv</i>	32.165,89*(112/2.387) = 1.509,25
<i>Tekerlekli sandalye ve sedye odası</i>	8.667,45/55 = 157,59
<i>Eczane</i>	104.502,86*(3.761/49.672) = 7.912,61
<i>Malzeme depoları(tıbbi, sarf vb.)</i>	103.237,15*(4.653/87492) = 5.490,36
<i>Bilgi işlem</i>	30.716,54*(17/453) = 1.152,72
İç Kaynaklı Hizmetler Kaynaklı Giderler	
<i>Güvenlik ve koruma</i>	63.267,00/55 = 1.150,31
<i>Danışma ve yönlendirme</i>	48.132/55 = 875,13
<i>Araç ve ulaşım</i>	59.330,59/55 = 1.078,74
<i>Genel alan (hastane koridorları, park, bahçeler, otoparklar) temizlik</i>	46.733,00/55 = 849,70
<i>Peyzaj (bahçıvanlık)</i>	46.922,00/55 =853,13
<i>Genel alan bakım ve onarım</i>	12.768,00/55 = 232,15
Dış Kaynaklı Hizmetler Kaynaklı Giderler	
<i>Asansörlerin bakım ve onarımı</i>	13.732,00/55 = 249,67
<i>Bilgi işlem yazılımı</i>	27.000,00*(35/2670) = 353,93
<i>Çevre yönetim hizmetleri</i>	380,00/55 = 6,91
<i>Kargo hizmeti</i>	2.748,00/55 = 49,96
<i>İlaçlama</i>	6.490,89*(1.570/115.000) = 88,61
<i>Düzenli olmayıp anlık alınan diğer çeşitli hizmetler (vidanjör kiralama vb.)</i>	437,00/ 55 = 7,95
Yasal Ödemeler Kaynaklı Giderler	
<i>Hazine BAP payı</i>	2.263.716,00*(2.546.650/28.367.000,00) = 203.225,31
<i>Davalar sonucu ödenen tazminatlar</i>	0
<i>Satın alma harç bedelleri</i>	14.745,00/ 55 = 268,10
<i>Çeşitli kurumlardan yansıtılmış cezalar</i>	0
Toplam	247.851,20

Tablo 4'te yapılan hesaplamalar sonucunda Genel Cerrahi bölümü genel yönetim giderleri 247.851,20 TL bulunmuştur. Bu tutar Kasım ayı Genel Cerrahi bölümü toplam sağlık hizmet maliyetinin %22'sini oluşturmaktadır.

BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

Hastanelerde sağlık hizmeti maliyetlendirme sürecinde giderlerin, doğru gider sınıfının altında belirlenmesi gerekmektedir. Örneğin, maliyet hesaplamalarında muayene ve tedavi sürecinde tüketilen su tutarının, genel üretim gideri; insan kaynakları ofisinin toplam gideri ise genel yönetim gideri kapsamında değerlendirilir. Bu bağlamda, sağlık hizmet maliyeti içinde önemli bir paya sahip olan genel yönetim giderlerinin bölümlere doğru belirlenmesi ve dağıtılması oldukça önemlidir.

Literatürde, genel yönetim giderleri kapsamında yapılan çalışmalarda, hastanelerin genel yönetim giderlerini oluşturan unsurların ve dağıtımlarının birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Genel olarak bakıldığında, uygulamada ve literatürde hastane işletmelerinde personel, ilk madde ve malzeme, genel üretim giderleri konusunda fikir birliği olmasına karşın, genel yönetim giderleri için bunu söylemek oldukça zordur. Bu yüzden, bu çalışmada hastane işletmelerinde genel yönetim giderlerini oluşturan unsurları tanımlamada ve dağıtım anahtarlarının saptanmasında yeni yaklaşım sunmak amaçlanmıştır.

Bu amaçla, bir kamu hastanesinde genel yönetim giderlerini belirlemek ve dağıtımını uygulamalı gerçekleştirmek için bir araştırma yapılmıştır. Buradan yola çıkarak çalışmada öncelikle literatürde hastane maliyet muhasebesi kapsamında yapılan çalışmalar analiz edilmiştir. Bu çalışmalarda, genel



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

yönetim giderlerinin ağırlıklı olarak idari hizmet giderlerinden oluştuğu belirtilmiş; ancak; detaylar verilmemiştir. Daha sonra uygulamaya konu olan hastanenin genel yönetim giderleri incelenmiştir. Hastanenin genel yönetim giderlerinin yönetim giderlerinden ve bazı yasal ödemelerden (Hazine BAP payı ödemesi) oluştuğu ve bunların bölümlere eşit dağıtıldığı saptanmıştır. Bu yüzden, genel yönetim giderlerinin hangi kalemlerden oluştuğunu daha iyi tetkik edebilmek için sağlık hizmet süreçlerinin analizi yapılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda, genel yönetim giderlerinin idari birimler, hizmetler ve yasal ödemeler kaynaklı giderlerden oluştuğu saptanmıştır. Bu kapsamda, hastanede sağlık hizmet sürecine endirekt destek sağlayan idari birimler, iç ve dış kaynaklı hizmetler ile diğer yasal ödemeler belirlenerek genel yönetim giderleri kapsamı içine alınmış ve bunların tanımlamaları, hastane yöneticileri ile çalışanlarından alınan bilgiler doğrultusunda yapılmıştır. Bu tanımlamalar ve literatürdeki çalışmalar baz alınarak genel yönetim giderleri ile gider merkezleri arasındaki ilişkiyi en iyi yansıtan ölçüler, dağıtım anahtarı olarak saptanmıştır. Gider merkezleri ile ilişkili en uygun dağıtım anahtarının belirlenmesi en az genel yönetim giderleri bileşenlerinin tanımlanması kadar önemlidir. Çünkü, genel yönetim giderleri doğru belirlense dahi, dağıtım anahtarlarının gider merkezleri ile ilişkili ve ölçülebilir olmaması maliyet hesaplamalarının ve analizlerinin doğru sonuç vermemesine sebep olmaktadır. Hastanedeki genel yönetim giderlerinin tüm unsurları belirlendikten ve tanımlandıktan sonra gider hesaplama ve dağıtımı ile ilgili uygulama örneği yapılmıştır. Böylece, hastanelerde genel yönetim giderlerinin hesaplanması ve dağıtımı konusunda ortaya konan bu yaklaşımın hastanelerde uygulanabilirliği de gösterilmiştir.

Yapılan bu çalışma ile hastane işletmelerinde sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan genel yönetim giderlerinin alt bileşenleri ile bunlara ait dağıtım anahtarları belirlenmiş ve hastane maliyet muhasebesi uygulamalarında genel yönetim giderlerinin hesaplanması konusunda farklı bir yaklaşım sunulmuştur. Burada, diğer çalışmalardan farklı olarak genel yönetim giderlerini oluşturan unsurlar detaylı olarak belirlenmiş ve bunların her biri için ayrı dağıtım ölçüsü saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda ağırlıklı olarak sadece idari hizmetler genel yönetim giderleri kapsamına alınmıştır. Bu çalışmada, idari hizmetlerin yanında, sağlık hizmet sürecine destek sağlayan iç ve dış kaynaklı hizmetler ile yasal ödemelerde genel yönetim giderleri kapsamına alınmıştır. Çünkü, bu giderler personel, malzeme ve genel üretim giderleri kapsamı içinde yer almayan; ancak, yönetsel faaliyetler sonucunda ortaya çıkan giderlerdir. Ayrıca, bu çalışma literatürdeki çalışmalardan farklı olarak hastane yönetimlerine genel yönetim giderlerini oluşturan hastane birimlerinin tanımlanması konusunda da rehber olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Sağlık hizmet maliyet analizinin etkin ve verimli yapılabilmesi için maliyeti oluşturan personel, ilk madde ve malzeme, genel üretim ile genel yönetim giderlerini doğru tanımlamak ve gider merkezleri ile ilişkili ölçülebilir ve uygun dağıtım anahtarlarını belirlemek oldukça önemlidir. Bu bağlamda, sağlık hizmet maliyeti içerisinde önemli bir paya sahip olan genel yönetim giderlerinin de doğru tanımlanması ve ilgili gider merkezlerine dağıtılması büyük önem arz etmektedir.

Hastane maliyet muhasebesi ile ilgili literatürde yapılan çalışmalarda genel yönetim giderlerini oluşturan alt bileşenler ve bunların tanımlamaları birbirinden farklılık gösterdiği için sağlık hizmet maliyeti hesaplama sürecinde genel yönetim giderlerinin belirlenmesi ve dağıtımında da farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Bu noktadan yola çıkarak, literatürdeki farklılıkları ortadan kaldırmak, genel yönetim giderlerinin belirlenmesinde ve dağıtımında bir standart oluşturmak için bir kamu hastanesinde araştırma yapılmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Çalışmada ilgili kamu hastanesinin tüm sağlık hizmet süreçleri ve destek birimleri incelenmiş; birim çalışanları ve yöneticilerinden süreçler ile ilgili bilgi alınmıştır. Araştırma sonucunda genel yönetim giderleri idari destek birim, iç destek hizmet, dış kaynaklı destek hizmet ve mevzuat bazlı ödemeler olmak üzere dört bileşenden oluşturulmuş ve her bileşenin alt bileşenleri detaylı olarak tanımlanmıştır. Bundan sonra, genel yönetim giderlerinin esas ve yardımcı sağlık hizmeti üreten bölümlere dağıtılması için kullanılan gider dağıtım anahtarları belirlenmiştir. Dağıtım anahtarları belirlenirken özellikle, literatürdeki çalışmalar da baz alınarak genel yönetim giderleri ile gider merkezleri arasındaki ilişki göz önünde bulundurulmuş ve bu ilişkiyi en uygun belirleyen ölçü (personel sayısı, metrekare vb.) dikkate alınmıştır. Genel yönetim gideri ile gider merkezi arasındaki ilişkiyi ölçen net bir ölçü yoksa ve ilgili birim ya da hizmet tüm bölümlere eşit düzeyde hizmet sunmakta ise (örneğin, peyzaj-bahçivanlık, danışma, güvenlik vb.) dağıtım eşit yapılmıştır. Sonraki aşamada ise, hastaneden alınan veriler ışığında, genel yönetim giderleri alt bileşenleri hesaplanmış ve örnek uygulama için seçilen Genel Cerrahi bölümüne dağıtılmıştır. Böylece, genel yönetim giderleri konusunda ortaya konan bu yeni yaklaşımın uygulanabilirliği gösterilmiştir.

Hastanelerde genel yönetim giderlerinin belirlenmesi ve dağıtımını konusunda farklı bir bakış açısı sunan bu çalışmanın, hastane yönetimlerine maliyet muhasebesi çalışmaları kapsamında rehber olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, bu çalışmanın, hastanelerde maliyet hesaplamaları kapsamında yapılan çalışmalarda ortaya çıkan genel yönetim giderlerinin hesaplanması ile ilgili farklılıkların ortadan kaldırılarak genel yönetim giderlerini oluşturan unsurlar ile bunların dağıtımının belirli bir standart çerçevesinde belirlenmesi konusunda yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Çalışmaya tek bir yazar tarafından katkı verilmiştir.

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

KAYNAKÇA

- Altıntaş, A. T. (2003). "Hastane İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi Uygulaması: İ.Ü: Kardiyoloji Enstitüsünde Bir Örnek Uygulama", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Cutler, D. M. (2020). Reducing Administrative Costs in U.S. Health Care. The Hamilton Project. Policy Proposal 2020-09: March 2020.
- Çam, A. V., Karasioğlu, F. (2008). Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 1(1), 15-24.
- Gauthier, Anne K., Deborah L. Rogal, Nancy L. Barrant, Alan B. Cohen (1992). Administrative Costs in the U.S. Health Care System: The Problem or the Solution?. *Administrative Costs in the Health Care System*, 29(3), 308-320.
- Healthmanagement (2020). Seven Ways for Hospitals to Control Overhead Expenses, <https://healthmanagement.org/c/hospital/whitepaper/seven-ways-for-hospitals-to-control-overhead-expenses> adresinden 16.12.2020 tarihinde edinilmiştir.
- Health Management (2016). Identifying, Controlling, and Reducing Overhead Costs. Volume 16 - Issue 4, 2016 - Special Supplement.
- Himmelstein, D. U., Terry C., Steffie W. (2020). Health Care Administrative Costs in the United States and Canada 2017. *Annals of Internal Medicine*, 1-10. doi:10.7326/M19-2818.
- Himmelstein, D. U, Miraya J., Reinhard B., Karine C., Alexander G., Patrick J., Sarah T., Marie-Amelie V., and Steffie W. (2014). A Comparison Of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far. *Health Affairs*, 33(9), 1586-1594.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Kalman, N. S., Hammill, B.G. Kevin A. S., Bimal R. S., (2015). Hospital Overhead Costs: The Neglected Driver of Health Care Spending?. *Journal of Health Care Finance*, Spring 2015, 1-15.
- Mut, S. Ağırbaş, İ. (2017). Hastanelerde Maliyet Analizi: Ankara'da Hizmet Sunan İkinci Basamak Bir Kamu Hastanesi'nde Uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 202-217.
- OECD (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> adresinden 10.12.2020 tarihinde edinilmiştir.
- OECD (2019). Sağlık İstatistikleri. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm> adresinden 12.12.2020 tarihinde edinilmiştir.
- Özkan O., Kutlu, G., Aydın, J.C., Aydemir, İ., Ağırbaş, İ. (2014). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama. 8. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 10-12 Eylül 2014, Girne/K.K.T.C.
- Palteki, T. (2019). Bir Kamu Hastanesinde Maliyet Analizi Çalışması. *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*, (1), 1-15.
- Şener, Z. (2018). "Sağlık işletmeciliğinde Maliyet ve Yönetim Muhasebesi Sisteminin Oluşturulması: Bir Hastane Uygulaması". Yayınlanmamış Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Tan, S.S., Ineveld, B.M., Redekop, W., Roijen, L.H. (2009). Comparing Methodologies for the Allocation of Overhead and Capital Costs to Hospital Services. *Value in Health*, 12(4), 530-535.
- Teker, C., Doğançan Ç., Yıldırım B., Avcı, H. (2019). Sağlık İşletmelerinde Birim Maliyetleme: Bir Özel Hastane Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Uygulaması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 97-112.
- Yaman, Ö. (2009). "Hastanelerde Maliyet Yönetim Sistemi ve Bir Uygulama". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yeğinboy, Y., Yüksel, İ (2015). Hastane İşletmelerinde Kardiyoloji Polikliniğinde Sipariş Maliyet Yöntemiyle Ayaktan Hasta Tanı Maliyetinin Hesaplanması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(3), 409-443.
- Yüksel, İ. (2021). Hastanelerde Hasta Maliyeti Hesaplama, Bursa: Ekin Yayın Evi.
- Yüksel, İ. (2013). "Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Karlılık". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.



**SAĞLIK KURULUŞLARI DİJİTAL PAZARLAMA KANALLARININ
İNCELENMESİ: ŞEHİR HASTANELERİ ÖRNEĞİ**
**EXAMINATION OF DIGITAL MARKETING CHANNELS OF HEALTH
INSTITUTIONS: CASE OF CITY HOSPITALS**

Öğr. Gör. Onur AÇIKGÖZ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, onuracikgoz@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0002-5419-626X

Doç. Dr. Derya Fatma BİÇER

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, dfbicer@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3359-1236

Makale Gönderim-Kabul Tarihi(11.04.2022-30.08.2022)

Öz

Dijital teknolojilerin gelişmesiyle bilgi transferi çok daha kolay hale gelmekte ve bilgi interaktif bir şekilde paylaşılmaktadır. Dijitalleşme sürecine uyum sağlayan işletmeler de bu sayede, müşteriler ile kurmuş oldukları iletişim bağı daha da kuvvetlendirmektedir. Sektörün yapısı gereği sağlık hizmetleri talebinde başvurulan bilgi kaynağı oldukça fazladır. Ancak bu kaynakların çoğunda değişen toplum tipolojisinin de etkisi ile bilgi asimetrisinin fazla olması, hasta beklentilerinin değişmesi, hasta- hekim arasındaki iletişimin farklı bir boyut kazanması vb. sebeplerden ötürü, sağlık sektöründe de dijital iletişim ve pazarlama kavramlarının önemi giderek artmaktadır. Bu çalışmada Kasım-Aralık 2021 tarihi itibarıyla Türkiye’de aktif olarak hizmet sunan 13 şehir hastanesinin dijital pazarlama kanalları içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. İnceleme sonucunda şehir hastanelerinin web sitelerinde, mobil uygulamalarında, sosyal medya içeriklerinde ve güncel paylaşım durumlarında, arama motoru optimizasyonunda eksiklikler olduğu belirlenmiştir. Toplumda İnternet ve akıllı telefon kullanım oranlarının artmasıyla birlikte, sağlık kurumlarının da dijital pazarlama kanallarını etkin bir performans ile kullanmaları tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Dijital Pazarlama, Dijital Pazarlama Kanalları

Abstract

With the development of digital technologies, information transfer becomes much easier and information is shared in an interactive way. In this way, businesses that adapt to the digilization process strengthen the communication bond they have established with customers. Due to the structure of the sector, the source of information used in the demand for health services is quite high. However, due to the high asymmetry of information with the effect of changing society typology in most of these resources, changing patient expectations, communication between patient and physician gaining a different dimension, etc. , the

importance of digital communication and marketing concepts is increasing in the health sector. In this study, digital marketing channels of 13 city hospitals actively serving in Turkey as of November- December 2021 were examined by content analysis method. As a result of the review, it was determined that there are deficiencies in the websites, mobile applications, social media content and current sharing situations of the city hospitals, search engine optimization. With the increase in internet and smartphone usage rates in society, health institutions are also advised to use digital marketing channels with effective performance.

Keywords: Health Services, Digital Marketing, Digital Marketing Channels

GİRİŞ

Tüm sektörlerde olduğu gibi, hizmet sektörünün önemli faaliyet alanlarından biri olan sağlık sektöründe de pazarlamanın yeri ve önemi büyüktür. Sağlık kuruluşlarında rekabet düzeyinin artması, hasta beklentilerinin değişmesi, hizmet çeşitliliğinin çok fazla olması, maliyetlerin artması, insanların araştırmacı özelliklerinin gelişmesi vb. birçok sebepten dolayı sağlık kurumlarında pazarlamanın son yıllarda daha fazla önem verilen bir işletme fonksiyonu olarak görülmektedir. Teknolojinin hızlı gelişmesiyle birlikte pazarlama alanında yeni yöntemler ve yaklaşımlar gelişmeye başlamıştır (AMA, 2013). Geleneksel pazarlama yaklaşımından sonra ilerleme kaydederek modern pazarlama yaklaşımının oluşmasında temel faktörlerden biri dijitalleşmedir (Kotler vd. , 2016).

Dijitalleşme sürecinin başlamasıyla işletmeler de müşteri beklentilerini karşılayabilmek adına, dijital pazarlama anlayışını benimsemişlerdir. Küreselleşmeyle birlikte rekabet şiddetlenmiş ve işletmeler de pazarlamada yeni yöntemler arayışıyla dijital süreçlere adapte olmaya başlamışlardır. Dijital pazarlama esasında pazarlama süreçlerin tamamının dijital ortamlarda yürütülmesi olarak tanımlanmaktadır (Mert, 2018).

Gelişen dünyada tüketici davranışlarının değişmesiyle pazarlamaya olan bakış açısı da değişmiştir. Hastalıkların artması, tıp biliminin gelişmesi, medikal teknolojilerdeki gelişmeler, toplumun bilinçlenmesi, sağlıkta sunulan hizmetlerin çeşitlenmesi, dijital dünyada hastaların ve hekimlerin karşılıklı etkileşime geçebilmesi gibi faktörler sağlık sektörünün dijital pazarlamaya vermesi gereken önemi artırmış ve bu alanda gelişim kaçınılmaz olmuştur. Ülkemizde de dijital pazarlama anlayışı, sağlık hizmetleri alanındaki yasal kısıtlamaları da dikkate alarak, sağlık kuruluşlarının hedef kitleye doğru yönlendirme yapmayı amaçlamaktadır (Kılıçaslan, 2019).

Çalışmada ülkemizde Kasım 2021 tarihi itibarıyla faaliyette bulunan 13 şehir hastanesinin dijital pazarlama kanalları içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. Dijital pazarlama kanalları kapsamında şehir hastanelerinin web siteleri, mobil uygulamaları, arama motoru sonuçları ve sosyal medya kullanım durumları hakkında bilgiler verilmiştir. Çalışma derleme niteliğinde hazırlandığı için etik kurul raporu gerektirmemektedir.

DİJİTAL PAZARLAMA

Gelişen dünyada son zamanlarda pazarlama kavramı dinamik yapısı gereği yenilikçi yaklaşımlarla kendisini geliştirmektedir. Özellikle pandemi sürecinin etkisiyle birlikte dijital pazarlamanın ne kadar önemli olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Teknolojik gelişimlere bağlı olarak akıllı telefon ve internet kullanım oranlarındaki artışla birlikte tüketicilerin yaşam biçimleri, satın alma alışkanlıkları da değişmektedir (Kingsnorth, 2018).



Dijital pazarlama, işletmelerin ürün/ hizmet tanıtımlarını etkili bir şekilde geniş kitlelere ulaştırmak amacıyla internet tabanlı uygulamalarla dijitalleşmenin tüm imkanlarından faydalanarak hizmet sunmayı amaçlayan pazarlama türüdür (Merisavo, 2006). Dijital pazarlama sayesinde işletmeler internet, telefon ve bilgisayarlar aracılığıyla müşterilerine daha yakın olabilmektedir (Çizmeci ve Ercan, 2015). Dijitalleşme süreci işletmelere sadece buldukları bölgede değil dünyanın her yerinde tüketicileri ile iletişim kurabilme fırsatı sağlamaktadır.

Bununla birlikte tüketiciler de dijital pazarlama uygulamaları sayesinde sadece mal ya da hizmet talep ettikleri işletme ile değil aynı zamanda diğer tüketicilerle etkileşimde bulunabilmektedirler. Dijital pazarlamanın geleneksel pazarlamadan en önemli farkı da müşterilerin interaktif olarak tüm süreçlerde söz sahibi olabilmesidir.

Sağlık Hizmetlerinde Dijital Pazarlama

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet işletmelerinden en önemli farkı, insanların sağlık durumu ile ilgilenmesi ve en önemli faktörünün insan unsuru olmasıdır. Bu nedenle insanların algılarını etkileyen hizmet sunum alanları, faaliyetler sağlık hizmetleri pazarlamasının bileşenleridir (Şahin, 2013). Sağlık hizmetleri pazarlaması yasal ve toplumsal açıdan hassas bir alan olduğundan, pazarlama anlayışı açısından özel olarak dikkat edilmesi gerekmektedir (Mumyalmaz, 2001).

Hasta- hekim ilişkisinin değişmesi, hasta beklentilerinin artması, koruyucu sağlık hizmetlerine olan talepteki artışlar, memnuniyet düzeyinin değişmesi, teknolojinin gelişmesi, hastaların sorgulayıcı özelliklerinin gelişmesiyle sağlık hizmetlerinde pazarlamaya olan ihtiyaç artmıştır (Gümüş, 2017). Son yıllarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte tüketici beklentileri değişmiş ve kurumların dijital iletişim sürecine katılımları zorunlu bir durum olmuştur. Sağlık hizmetleri dijital pazarlama bağlamında web siteleri, mobil uygulamalar, sosyal medya, video paylaşım ortamları, dijital platformlar gibi dijital kanallar aracılığı ile hastalara ulaşabilmektedir (Taiminen ve Karjaluo, 2015).

Dijital dönüşüm süreci ile hasta- hekim arasındaki bilgi asimetrisi önemli oranda azalmıştır. Mobil ve çevrimiçi ortamlarda iletişimin gelişmesiyle birlikte hasta beklentilerinde ve davranışlarında değişiklikler yaşanmaya başlamıştır. Bu değişimler, hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında hizmet yapısını, hizmet çeşitliliğini, hizmet fiyatlarını, iletişim sürecinin unsurlarını dahi etkilemektedir (Horner, 2017). Sağlık hizmetlerinde insan hayatı söz konusu olduğundan yanlış bilgilendirme ya da yönlendirmelere fırsat sunabilecek yahut tamamen rantabl kaygılar ile yapılabilecek tanıtım faaliyetlerini engellemek için, yasal olarak bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Sağlık kurumları da bu yasal sınırlılıkları göz önüne alarak dijital pazarlama kanallarını kullanmak zorundadırlar. Web siteleri, sosyal medya platformları, mobil uygulamalar, video paylaşım ortamlarında sağlık kuruluşları tanıtım faaliyetlerini yasal sınırlılıklar çerçevesinde gerçekleştirmektedir (Uğurluoğlu ve Demirci, 2020). Sağlık kurumlarında kullanılan dijital pazarlama uygulamalarından bazıları aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Arama Motoru Pazarlaması ve Optimizasyonu

Dijital pazarlamadaki önemli konulardan biri de müşterilerin ürün/ hizmetler hakkındaki bilgilere hızlı olarak ulaşabilmesidir. Arama motorları bilgilere hızlı bir şekilde ulaşma kolaylığı sağlayan ve müşterilerin sürekli olarak ziyaret ettiği kanallardır (Yurdakul ve Bat, 2011). Arama motoru pazarlaması, arama motorları vasıtasıyla web sitenin, markanın, ürünün, hizmetin dijital ortamlarda görünürlüğünü ön plana çıkarmaktır. Tüketiciler hangi ürünü ya da hizmeti alırlarsa alsınlar, arama motorlarında aradıkları ürünün üst sıralarda yer alıyor olması, tercihlerini



etkilemektedir. Ayrıca arama motoru pazarlaması hedef kitleye hızlı sonuçlar sağlayarak hızlı erişim imkânı sunan bir dijital pazarlama yöntemidir (Hiçdönmez, 2010).

Arama motoru optimizasyonu, arama motorlarında işletme web sitelerinin üst sıralarda bulunmasıdır (Kibbe, 2012; Kritzing, 2017). İnternet ortamlarında yaygın olarak kullanılmakta ve arama motorlarının içeriklerinde iyileştirmeler yapma yöntemidir. Bu şekilde aranan kriterlere kullanıcılar kolay ulaşabilmekte ve ilgi çekici hale gelebilmektedir. Optimizasyonun temel amacı, kullanıcıların anahtar kelimeler ile beklentilerine uygun içeriklere vakit kaybetmeden ulaşmasıdır. Bu da işletmelere rekabet açısından üstünlük sağlamaktadır (Doğan, 2017).

Mobil Pazarlama

İşletmelerin hedef paydaşlarına faydalı olacak şekilde mobil telefonlar ile ürün/hizmetlerinin tutundurulmasında kullanılan kablosuz olarak iletişime geçtiği pazarlama aracına mobil pazarlama adı verilir (Scharl vd. , 2017). Mobil pazarlama esasında bir pazarlama iletişimde kanal olarak mobil ortamların tercih edilmesi, (Leppäniemi vd., 2006) müşterilere ürün, hizmet, fikir ve markalarla ilgili ihtiyaçlarına yönelik bilgilerin sunulması, zaman ve mekan avantajı sunularak işletme ve müşteri açısından çok taraflı bir değer oluşturulmasıdır (Dickinger vd., 2004:2).

Mobil pazarlama işletmelere hızlı, maliyeti düşük, geri dönüş oranı yüksek, başarının ölçülebildiği ve en önemlisi de marka farkındalığını artırma gibi avantajlar sunmaktadır (Alkaya, 2007).

Dijital pazarlamanın önemli gelişimlerinden olan mobil pazarlama ile işletmeler aktif müşterileri ve potansiyel müşterileri ile anlık olarak iletişim kurabilmektedir. Üreticiler hedef kitlelerine ürünler, hizmetler, kampanyalar, markalar hakkında bilgi paylaşımı yapabilmektedirler (Karagöz ve Çağlar, 2011).

Sosyal Medya Pazarlaması

Pazarlama faaliyeti olarak sosyal medyayı ürün/ hizmetlerin pazarlandığı ortamlar olarak görmek kurumlara müşteri sadakati ve marka değeri sağlamaktadır (Ashley ve Tuten, 2015). İşletmelerin modern pazarlama anlayışıyla sosyal medya ortamlarını aktif olarak kullanması gerekir (Zengin, Ünal ve Taş, 2019). Zira müşterilerin görüşlerini paylaşabildiği uygulamalar satın alma davranışını doğrudan etkilemektedirler. Sosyal medya mecraları işletmelerin müşteriler tarafından daha görünür olmasını sağlamaktadır.

İşletmelerin müşterileri ile anlık iletişim kurabilmek, marka değeri oluşturmak, yeni müşteri kazanmak, güvenilirliklerini artırmak, marka imajı geliştirmek gibi farklı amaçlarla sosyal medyayı kullanımları her geçen gün artmaktadır (Mills, 2012). Sosyal medya platformlarında müşteriler algılarını ve tecrübelerini olumlu/ olumsuz paylaşımlarla bildirebilme imkânı bulmaktadır. Bu platformlar, viral iletişim ve pazarlama ortamı sağladıkları için, işletmelerin olumsuz viral iletişimin etkisini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Bu nedenle işletmeler sunmuş olduğu avantaj ve dezavantajları birlikte düşünerek sosyal medyanın risklerini değerlendirmelidirler. Ancak sosyal medyada bulunmama dolay potansiyel pazarlama olanakları kaybedilebilir (Powell vd. , 2011).

Sosyal medyada işletmeler “satış odaklı” anlayıştan ziyade “iletişim odaklı” olarak müşterileri ile iletişim kurarak uzun yıllar boyunca ilişkileri geliştirmeye yönelmektedir (Gordhamer, 2009).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Konu ile ilgili alan yazına göre, 2023 yılında sosyal medyada aktif kullanıcı sayısı dünya nüfusunun yaklaşık olarak üçte biri olması beklenmektedir (Tankovska, 2021). Sosyal medyanın karşılıklı etkileşim olanağı sunması, geri bildirim sağlanması, görüş/ öneri/ şikayet sunma fırsatı olması işletmelerin sosyal mecralara yönelmesini sağlamıştır (Jin, 2018; Khoa, 2020).

ARAŞTIRMA

Araştırmanın Amacı

Hayatın her alanında ve iş hayatına dair tüm süreçlerde dijitalleşmenin çok hızlı bir şekilde gelişmesiyle, bilgiye ulaşmak kolaylaşmış ve dijital ortamlar sayesinde işletme- müşteri arasındaki iletişim, yeni bir boyut kazanmıştır. Bireylerin beklentilerinin artması, hastaların memnuniyet düzeylerinin değişmesi, sağlık sektörüne olan ihtiyacın artması, insanların araştırmacı özelliklerinin gelişmesi, sağlık hizmet çeşitliliğinin artması vb. durumlar sağlık sektörünün pazarlama faaliyetlerine daha fazla değer vermesini sağlamıştır. Sağlık sektörü de gelişen bu dijital dönüşüme uyum sağlamak adına pazarlama uygulamaları hususunda gereken adımları atmaldırlar. Bu amaçla çalışmada Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak hizmet sunan ve bünyesinde her çeşit sağlık birimini bulundurarak bulunduğu bölgedeki insanların her türlü sağlık ihtiyacını en ileri teknolojik ve tıbbi imkanlarla karşılama amacı taşıyan şehir hastanelerinin, dijital pazarlama kanallarının mevcut durumları incelenerek değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada Kasım- Aralık 2021 tarihi itibariyle faaliyetine devam eden 13 şehir hastanesinin dijital pazarlama kanalları (web sitesi incelemesi, arama motoru sonuçları, sosyal medya hesapları, mobil uygulamaları) nitel veri toplama tekniği olan içerik analizi yöntemi ile incelenmiştir. İçerik analizi; kalıpları, temaları, önyargıları ve anlamları tespit etmek amacıyla belirli bir materyalin dikkatlice, ayrıntılı ve sistematik olarak incelenmesi ve yorumlanmasıdır. İçerik analizinin konusu her türlü metin içeriğidir (Bal, 2016). İçerik analizi belge ya da metinlerin derinlemesine bir şekilde incelenmesini amaçlamaktadır (Arıkan, 2017).

Şehir hastanelerinin web siteleri, Tablo 1’de verilen özelliklerin var olup olmama durumuna göre araştırılmıştır. Mobil uygulamaları, App Store ve Google Play Store programlarında var olup olmama durumuna göre değerlendirilmiş olup, hastanelerin mobil uygulamalarının içeriklerine de ulaşılmış ve yorumlar bu bağlamda yapılmıştır. Şehir hastaneleri kendi özel isimleri ve “şehir hastanesi” kelimesi olarak iki şekilde, Türkiye’de en fazla kullanılan Google (%77,76), Yandex (17,62), Bing (2,28) ve Yahoo (1,87) arama motorlarında yer aldıkları sıralamalara göre de değerlendirilmiştir (StatCounter, 2021). Son olarak da Türkiye’de en fazla kullanılan sosyal medya hesaplarından olan Facebook, Instagram, Twitter ve Youtube sosyal medya ortamlarında var olup olmadıkları ve paylaşımları incelenerek güncel paylaşım durumları hakkında bilgiler verilmiştir (StatCounter, 2021).

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı’na bağlı Kasım- Aralık 2021 tarihi itibariyle faaliyetlerine devam eden “Adana Şehir Hastanesi, Mersin Şehir Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi, Yozgat Şehir Hastanesi, Kayseri Şehir Hastanesi, Manisa Şehir Hastanesi, Elazığ Şehir Hastanesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Eskişehir Şehir Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi, İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi, Konya Karatay Şehir Hastanesi, Tekirdağ Şehir Hastanesi” olmak üzere 13 şehir hastanesi araştırma kapsamına alınmıştır (<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>). Projesi devam eden, henüz faaliyetine başlamamış olan şehir hastaneleri araştırma kapsamına dâhil edilmemiştir. Şehir hastaneleri, Türkiye’de yap- kirala- devret modeli uygulaması ile kullanılmaktadır. Bu modele göre özel sektör sağlık tesisini yapmakta ve fiziksel

donanımlarını kuruluşa sağlamaktadır. Devlet ise özel sektöre belirli bir süre (en az 25 yıl) kira ödemektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018).

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma kapsamına dâhil olan 13 şehir hastanesinin dijital pazarlama kanalları içerik analizi ile incelenmiş ve sonuçlar tanımlatıcı istatistiksel yöntemlerden frekans ve yüzde metotları ile tablolar halinde sunulmuştur. Tablo 1' e bakıldığında “hastane hakkında bilgi, misyon/ vizyon ifadeleri, hastane haberleri, adres ve iletişim bilgileri, hekim hakkında bilgiler, nasıl randevu alabilirim?, uluslararası hastalara ilişkin içerikler, site içi arama motoru, tetkik sonuçlarına online erişim” özelliklerinin tamamı, bütün şehir hastanelerinin web sitelerinde bulunmaktadır. Coğrafi sınır tanımayan dijital mecralarda, ülkemizin özellikle sağlık turizmi ve medikal turizm anlamında tercih edilirliliğinin yüksek olması ve ülkemizde sunulan etkin sağlık hizmetlerinin bazı özel branşlarda tüm dünyadan hasta kabul etmesi gibi nedenlerden ötürü web sitelerinde uluslararası hastaların da kolay bir şekilde ulaşabilmesi açısından dil seçim sekmesinin bulunması son derece önemlidir. Çünkü artık küreselleşme ile birlikte ulaşım ve iletişim imkânlarının artması ile dünyanın neresinde olursa olsun tüm insanlar hastanelerin potansiyel müşterileridirler. Yapılan incelemenin sonuçlarına göre, şehir hastanelerinin web sitelerinin tamamında, İngilizce dil seçeneği sunulurken, bunların yanında birkaç şehir hastane web sitelerinde ise İngilizce dil seçeneğinin yanında Arapça ve Rusça dil seçenekleri de bulunmaktadır.

Tablo 1: Sağlık Kuruluşlarının Web Site İçeriklerinin Analizi

	VAR		YOK	
	f	%	f	%
Hastane hakkında bilgi	13	100	0	0
Misyon/ vizyon ifadeleri	13	100	0	0
Hastane haberleri	13	100	0	0
Adres ve iletişim bilgileri	13	100	0	0
Tanıtım videosu	8	62	5	38
Otopark bilgisi	6	46	7	54
Anlaşılmalı kurumlar	8	62	5	38
Hekim hakkında bilgiler	13	100	0	0
Tıbbi bölümler hakkında bilgiler	12	92	1	8
Hasta/ Çalışan Görüş- Öneri	11	85	2	15
Sık sorulan sorular	4	30	9	70
Sağlık personeline online erişim	0	0	13	100
Hasta yakınlarına ilişkin bilgiler	11	85	2	15
Medikal teknolojiler hakkında bilgi	0	0	13	100
Nasıl randevu alabilirim?	13	100	0	0
Çevrimiçi destek	0	0	13	100
Uluslararası hastalara ilişkin içerikler	13	100	0	0
Site içi arama motoru	13	100	0	0
Tetkik sonuçlarına online erişim	13	100	0	0
Hastalıklar hakkında temel bilgiler	6	46	7	54

(Aralık 2021 tarihinde bu bilgilere ulaşılmıştır)

Sağlık sektörünü diğer hizmet sektörlerinden ayıran önemli hususlar arasında insanlar arasında yoğun bir bilgi kirliliğinin olması, tüketicilerin tedavi yöntemleri hakkında çok az bilgisi olması, sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç olacağını bilinmemesi, maliyetlerin yüksek olması, sağlık hizmeti talebinin fizyolojik ve psikolojik açıdan kendini iyi hissetmeyen kişilere sunuluyor olması gibi hassasiyet gerektiren hususlar vardır. Günümüzde insanlar teknoloji ile iç içe oldukları için kolay bir şekilde istedikleri bilgilere ulaşabilmekte. Tüketiciler herhangi bir konuda ihtiyaç duydukları mal ya da hizmet alımı sürecinden önce almak istedikleri ürün/hizmet hakkında araştırma yaparak bilgi sahibi olmaktadır. Hastalar hastane hakkında ve hastanenin sunmuş olduğu hizmetler hakkında ilk izlenimlerini web siteleri aracılığıyla edinmektedir. Tablo 1'e bakıldığında şehir hastanelerinin web sitelerinde "sağlık personeline online erişim, çevrimiçi destek ve medikal teknolojiler hakkında bilgi" konularında bilgilendirmeler bulunmamaktadır. Ayrıca hastanelerden alınan dönüşlere göre sağlık personeline online ortamlarda ulaşılabilirlik konusunda çalışmalar yapılmakta olup, ilerleyen dönemlerde hastalar, online olarak personele ulaşabilirlerse etkinlik, verimlilik, ekonomiklik ve zaman açısından önemli katkılar sağlayacaktır. Sağlık kuruluşlarının temel amacı hasta memnuniyetini sağlamak olduğuna göre, web site içerikleri ne kadar kapsamlı ve sunulan hizmet yelpazesi ne kadar geniş olursa, hasta memnuniyeti de aynı oranda fazla olacaktır. Sağlık turizmi açısından bakacak olursak; sağlık hizmeti almak için araştırma yapan bir hasta, öncelikle hizmet almak istediği hastanenin web sitesinden bilgi edinecektir. Görsel unsurların, tüketicilerin bazı şeyleri zihinlerinde netleştirmesinde olumlu etkisi olduğu için "hastane tanıtım videoları"nın da sitede yer alması, kalite algısı yaratacak bilginin kapsamı açısından önemlidir. İnceleme bulgularına göre değerlendirilen şehir hastanelerinin % 62'sinde tanıtım videosu bulunmaktadır. Sağlık sektöründe çok önemli bir yatırım olan şehir hastanelerinin tanıtım videoları ile adeta otel konforunda özel bir hizmet sunduklarını göstermeleri hastanelerin prestij ve kurumsal imajları açısından faydalı olacaktır.

Tablo 2'de şehir hastanelerinin mobil web sitelerinin varlığı ve mobil uygulama kullanım durumlarının "App Store ve Google Play Store" akıllı telefon uygulamalarında var olup olmama durumları görülmektedir. İnceleme sonucunda tüm şehir hastanelerinin mobil web sitesinin var olduğu, 9 şehir hastanesinin mobil uygulamasının var olduğu 4 şehir hastanesinin ise, mobil uygulamasının olmadığı belirlenmiştir. Mobil uygulamalar dijitalleşme sürecinde oldukça etkin kullanım alanlarıdır. We Are Social 2021 Dijital Raporu'nda Türkiye'de 16-64 yaş aralığında telefon kullanmayan yalnızca %2,3'lük bir kesimin kaldığı ve kullanılan telefonların % 97,2 sinin ise akıllı telefon olduğu belirtilmektedir. Yine rapora göre toplam nüfusun % 77,7'si internet kullanmaktadır. Akıllı telefon ve internet kullanım oranlarının gün geçtikçe arttığı günümüzde insanlar her türlü bilgiye hızlı bir şekilde ulaşabilmektedirler. Toplam nüfusumuzun yaklaşık olarak 62,19 milyonu mobil internet kullanmaktadır (We Are Social, 2021). Kullanım oranlarının yüksekliğine bakılırsa şehir hastanelerinin mobil web sitelerinin ve mobil uygulamalarının olması hasta ile etkileşim düzeyini artıracaktır.

Tablo 2: Mobil Web Sitesi, Mobil Uygulama Kullanım Durumları

Şehir Hastanesi	Mobil Web Sitesi	App Store	Google Play Store
Adana	+	+	+
Mersin	+	+	+
Isparta	+	-	-
Yozgat	+	+	+
Kayseri	+	+	+
Manisa	+	+	+
Elazığ	+	-	-
Ankara Bilkent	+	+	+



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Eskişehir	+	-	-
Bursa	+	+	+
İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura	+	+	+
Konya Karatay	+	+	+
Tekirdağ	+	-	-

(Aralık 2021 tarihinde bu bilgilere ulaşılmıştır)

Ticari anlamda faaliyet sergileyen bazı şirketler mobil uygulamalar sayesinde müşterileri ile hızlı iletişim kurabilmekte ve marka bilinirliğini artırabilmektedir. İşletmeler sunmuş oldukları hizmetler hakkında bilgileri, kampanyaları, indirimleri, fırsatları müşterilerine bildirimler yoluyla ve reklamlar yoluyla iletmektedirler. Sağlık sektöründe yasal mevzuatla reklamın sınırı belirlenmiştir. Sağlık kuruluşlarının mobil uygulamalar aracılığı ile hastalara verebilecekleri hizmetleri araştırıldığında bunlar arasında, “hastane içi yönlendirme, MHRS işlemleri, hastaneye ulaşım, tıbbi birimler, nöbetçi eczane, randevularım, e-sonuçlar, reçetelerim, görüntülü görüşme, planlı hasta takibi, hekim bilgileri, sağlık kartı (sürekli kullanılan ilaçlar, alerjiler, ameliyatlar vb.), talep/ istek/ öneri” gibi ve daha da artırılabilir çok fazla hizmet sunulabildiği görülmektedir. Eğer ki sağlık kuruluşları kendilerini mobil uygulamalara tam anlamıyla entegre edebilirlerse, müşteri memnuniyeti de büyük ölçüde artacaktır. Sağlık Bakanlığı’nın sunmuş olduğu “e-nabız” uygulaması aracılığı ile sağlık bilgilerine hızlı bir şekilde ulaşılabilir. Ancak hastane özelinde hangi imkanlar sunuluyor?, hekim bilgileri nelerdir?, çevrimiçi sağlık personeline ulaşılabilir, hastane içi yönlendirme vb. hizmetlere yönelik bilgilendirme içeriklerinin şehir hastanelerinin mobil uygulamaları ile entegre edilmesi gerekmektedir. Ticari hizmet sunan bir pazaryeri olan Trendyol firmasının mobil uygulama örneği değerlendirildiğinde müşteri- işletme arasında son derece aktif bir hizmet sundukları görülmektedir. Firma müşterileri Trendyol mobil uygulamasına kayıt olduktan sonra, sürekli olarak geri bildirimlerle markasının farkındalığını artırmakta ve müşterilerine sunulan hizmetler sürekli olarak hatırlatmakta ve ürün yönlendirmeleri yapmaktadır. Sağlık sektöründe ise, her hastane özel sağlık günlerinde hastane içerisinde çeşitli reklam araçlarıyla (broşür, stand, tanıtım filmi vb.) bilgilendirmeler yapmaktalar. Oysaki mobil uygulamalara tam anlamıyla entegre olduklarında bu farkındalık eğitimlerini hızlı bir şekilde büyük bir kitleye ulaşılarak gerçekleştirebilirler.

Mobil uygulaması bulunan şehir hastanelerinin uygulama içeriklerinin incelemesi yapıldığında, bazı eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Birçok uygulamada standart olarak “hastane içi yönlendirme, MHRS işlemleri, hastaneye ulaşım ve hastane hakkında” bilgilerinin olduğu belirlenmiş ve diğer sunulabilecek hizmetlerin yer almadığı görülmüştür. Mobil uygulamaların içeriklerini daha kapsamlı bir hale getirmek ve halihazırda mobil uygulama altyapısına sahip olmayan hastanelerin de bu sürece dahil olmaları için gerekli çalışmalar yapılması gerekmektedir. Akıllı telefonların bu kadar yüksek oranda kullanıldığı günümüzde dijitalleşme sürecine sağlık kuruluşlarının da teknolojik olarak hazır ve aktif olarak yer alması önemlidir.

Tablo 3’te şehir hastanelerinin Google, Yandex, Bing ve Yahoo arama motorlarında hem hastanenin kendi ismi ile hem de “şehir hastanesi” kelimesi ile yapılan aramaların incelenmesiyle elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmada şehir hastanelerinin kendi özel isimleri ile yapılan taramada arama motorlarında ilk sırada yer aldıkları tespit edilmiştir. Sadece “şehir hastanesi” kelimesi ile yapılan taramada Ankara Şehir Hastanesi her dört arama motorunda da birinci sırada, Kayseri Şehir Hastanesi ise Google ve Yandex arama motorunda ikinci sırada, Bing arama motorunda 5. Sırada, Yahoo arama motorunda ise; 15. sırada yer aldığı görülmüştür. Bing arama motorunda Bursa, Eskişehir, Konya ve Adana şehir hastaneleri sırası ile 4, 6, 7, 8. sıralarda yer almaktadırlar.

Tablo 3: Arama Motoru Sonuçları

Şehir Hastaneleri	Google		Yandex		Bing		Yahoo	
	Hastane ismi ile tarama	“şehir hastanesi” kelimesi ile tarama	Hastane ismi ile tarama	“şehir hastanesi” kelimesi ile tarama	Hastane ismi ile tarama	“şehir hastanesi” kelimesi ile tarama	Hastane ismi ile tarama	“şehir hastanesi” kelimesi ile tarama
Adana	1	>100	1	>100	1	8	1	18
Mersin	1	>100	1	>100	1	>100	1	>100
Isparta	1	>100	1	>100	1	>100	1	>100
Yozgat	1	>100	1	>100	1	>100	1	>100
Kayseri	1	2	1	2	1	5	1	15
Manisa	1	>100	1	>100	1	>100	1	>100
Elazığ	1	>100	1	>100	1	>100	1	>100
Ankara Bilkent	1	1	1	1	1	1	1	1
Eskişehir	1	>100	1	>100	1	6	1	>100
Bursa	1	>100	1	>100	1	4	1	>100
İstanbul Başakşehir	1	>100	1	>100	1	>100	1	>100
Konya Karatay	1	>100	1	>100	1	7	1	>100
Tekirdağ	1	>100	1	>100	1	>100	1	>100

(Aralık 2021 tarihinde bu bilgilere ulaşılmıştır)

Dijital pazarlamada müşterilerin arama yaptığı ürün ya da hizmete hızlı bir şekilde ulaşabilmeleri oldukça önemlidir. Sağlık kuruluşları hakkında bilgi almak isteyen hastalar, çeşitli arama motorları aracılığı ile araştırma yaparken arama motorları onlara farklı sonuçlar verebilmektedir. Şehir hastanelerinin arama motoru sonuçlarına bakıldığında ilk sırada yer almaları onların arama motoru optimizasyonu sağlamış olmaları neticesinde olmaktadır. We Are Social 2021 Dijital Raporu’nda “Marka Araştırması İçin Birincil Kaynaklar” konulu araştırmasında % 63,7 ile arama motorları birinci sıradadır. Arama motoru optimizasyonu ile hastalar beklentilerini karşılayabilecek, bilgilere kolaylıkla ve hızlı bir şekilde ulaşabilirler. Şehir hastanelerinin arama motoru optimizasyonunu gerçekleştirmeleri internet sitelerini ziyaret eden kişi sayısını artırmakta ve bu durum kurumun tanınırlığını ve dolayısıyla marka değerini de artırmaktadır.

Tablo 4 incelendiğinde şehir hastanelerinin sosyal medya hesaplarının varlık durumları ve bu sosyal medya hesapları üzerindeki paylaşım durumları görülmektedir. Dijital pazarlama kanalları içerisinde sosyal medyanın önemi büyüktür. Tengilimoğlu ve diğerleri (2014) hastane ve hekim seçiminde hastaların sosyal medya kullanım düzeyleri hakkında araştırma yapmış ve araştırmaya katılan 418 kişinin % 66,7’si sağlık ile ilgili gelişmeleri sosyal medyadan ulaştıklarını bildirmiştir. Yine araştırmaya göre, hastane/ hekim seçimi açısından başvuru kaynakları arasında % 45,5 ile sosyal medyanın yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal medya hesapları içerisinde en fazla tercih edilen ve büyük bir kitleye sahip olan Facebook, Instagram, Twitter ve Youtube

kanallarında şehir hastanelerinin hesapları incelendiğinde tamamının, sosyal medya hesabı olduğu görülmüştür (We Are Social, 2021). Ancak hastanelerin sosyal medya hesaplarının olmasından ziyade bu alanları ne kadar aktif olarak kullandıkları daha önemli bir konudur. Şehir hastanelerinin % 77 'sinin Facebook, % 92'sinin Instagram, % 92'sinin Twitter ve % 54'ünün Youtube ortamında aktif olarak paylaşım yaptıkları belirlenmiştir (Aralık 2021 tarihinde bu bilgilere ulaşılmıştır). Youtube kanalının aktif olarak kullanım oranı diğerlerine göre düşük bulunmuştur.

Tablo 4: Sosyal Medya Kullanım Durumları

	Sosyal Medya Hesapları				Güncel Paylaşım Durumu			
	Var		Yok		Aktif		Pasif	
Facebook	13	% 100	0	% 0	10	% 77	3	% 23
Instagram	13	% 100	0	% 0	12	% 92	1	% 8
Twitter	13	% 100	0	% 0	12	% 92	1	% 8
Youtube	13	% 100	0	% 0	7	% 54	6	% 46

(Aralık 2021 tarihinde bu bilgilere ulaşılmıştır)

Sosyal medya platformları aracılığı ile kurumlar sürekli paylaşımlar yaparak marka bilinirliğini artırabilir, müşterilerini bu ortamlar aracılığıyla web sitelerine yönlendirebilir ve müşteri yelpazelerini genişletebilirler. Bununla birlikte işletmeler, marka bilinirliklerini ve çağrışımları üzerine de yatırım yapmış olurlar. Kamu- özel ortaklığı ile vatandaşlara kapsamlı ve ileri teknolojide hizmet sunmak isteyen şehir hastaneleri, sosyal medya ortamlarında sundukları hizmetler, hastanenin fiziksel koşulları, hizmet süreçleri, personelin uzmanlık düzeyleri gibi konular hakkında güncel ve aktif paylaşımlarda bulunarak hasta- hastane arasındaki iletişimi kuvvetlendirebilirler.

Şehir hastanelerine ait sosyal medya hesaplarının paylaşım içeriklerini değerlendirmek amaçlı konu içerikleri yönünden araştırmacılar tarafından temalar oluşturulmuş ve Tablo 5'de bunlara yer verilmiştir. Tablo 6 ve Tablo 7'de Şehir hastanelerinin Instagram, Facebook ve Twitter paylaşım içerikleri, takipçi sayısı ve hesap oluşturma tarihleri, Youtube kanalının ise "görüntüleme sayısı, abone sayısı, video paylaşım sayısı ve hesap oluşturma tarihleri" yer almaktadır.

Tablo 5: Sosyal Medya Paylaşım İçeriklerinin Değerlendirmesinde Belirlenen Temalar

1	Hastane Hakkında	Hastane haberleri, hastanede gerçekleştirilen tedaviler vb.
2	Hastane Etkinlikleri	Personel ile birliktelik etkinliği, farkındalık etkinliği, Özel gün etkinlikleri vb.
3	Personel Hakkında	Terfi, emeklilik, ödül, vefat vb.
4	Özel Günler	Dünya engelliler günü, Tıbbi sekreterler günü vb.
5	Video	Tedaviler, hastalıklar, özel gün, etkinlikler vb.
6	Kamuoyu Bilgilendirmesi	Aşının önemi, sağlık taraması, tütünle mücadele, COVID-19 bilgilendirmesi vb.
7	Hastalıklar Hakkında	AIDS bilgilendirmesi, Astım hastalığı, Böbrek yetmezliği vb.

Tablo 6'da şehir hastanelerinin sosyal medya hesaplarından Instagram ve Facebook'un takipçi sayıları ve sosyal medya içeriklerine yönelik değerlendirmeler ve hesap oluşturma tarihleri yer almaktadır. Ayrıca bu tablo oluşturulurken şehir hastanelerinin sosyal medya içerikleri Tablo 5'te

araştırmacılar tarafından oluşturulan paylaşım temaları yönünden incelenmiştir (Örneğin: Adana Şehir Hastanesi sosyal medya paylaşım içeriklerinde “2” numaranın yer alması “Hastane Etkinlikleri” konusunda paylaşım yaptıklarını göstermektedir). Şehir hastaneleri içerisinde Instagram hesabında en fazla takipçiye sahip olan hastane Ankara Şehir Hastanesi, Facebook hesabında ise Manisa Şehir Hastanesi olarak belirlenmiştir. Demirci ve Uğurluoğlu'nun (2020) özel hastanelerin dijital pazarlama kanalları üzerine yapmış olduğu çalışmada takipçi sayısı açısından sosyal medyayı en etkili kullanan özel hastanelerin sırasıyla Memorial ve Acıbadem olduğunu belirlemişlerdir. Memorial Sağlık Grubu'nun Instagram takipçi sayısı 93.400, Facebook (hesabı Kasım 2010 tarihinde oluşturulmuş) takipçi sayısı 1 milyon, Acıbadem Sağlık Grubu'nun Instagram takipçi sayısı 100.000 ve Facebook (hesabı Eylül 2010 tarihinde oluşturulmuş) takipçi sayısı 908.000 oldukları görülmüştür (Aralık 2021 tarihinde ulaşılmıştır). Ancak Instagram hesabının oluşturulma tarihine ulaşamamıştır. Şehir hastanelerinin sosyal medya hesap oluşturma tarihlerini de göz önüne alarak takipçi sayılarında gelişim sağlamaları ve bu gelişimi değerlendirmeleri gerektiğini söylemek mümkündür.

Tablo:6 Instagram ve Facebook İncelemesi

Şehir Hastanesi	Instagram		Facebook		
	Takipçi Sayısı	Sosyal Medya İçerikleri	Takipçi Sayısı	Sosyal Medya İçerikleri	Hesap Oluşturma Tarihi
Adana	4.467	1,2,3,4,5,6,7	10.439	1,5,6	Temmuz 2017
Mersin	6.260	1,2,3,4,5,6,7	7.650	1,2,3,4,5,6,7	Kasım 2017
Isparta	4.542	1,2,3,4,5,6,7	8.996	1,2,3,4,5,6,7	Mart 2017
Yozgat	9.120	1,2,3,4,5,6,7	7.544	1,2,3,4,5,6,7	Mart 2017
Kayseri	3.795	1,2,3,4,5,6,7	10.146	1,2,3,4,5,6,7	Mart 2018
Manisa	8.903	1,2,3,4,5,6,7	13.031	1,2,3,4,5,6,7	Kasım 2018
Elazığ	6.094	1,2,3,4,5,6,7	3.873	1,2,3,4,5,6,7	Ocak 2018
Ankara Bilkent	15.000	1,2,3,4,5,6,7	12.000	1,2,3,4,5,6,7	Temmuz 2018
Eskişehir	2.614	1,2,3,4,5,6,7	11.533	1,2,3,4,5,6,7	Şubat 2018
Bursa	4.810	1,2,3,4,5,6,7	5.010	1,2,3,4,5,6,7	Ağustos 2019
İstanbul	5.809	1,2,3,4,5,6,7	3.378	1,2,3,4,5,6,7	Nisan 2020
Başakşehir					
Konya Karatay	2.286	1,4,5,6,7	3.021	1,4,5,6,7	Mayıs 2019
Tekirdağ	1.113	1,2,3,4,5,6,7	2.269	1,2,3,4,5,6,7	Mart 2021

(Aralık 2021 tarihinde bu bilgilere ulaşılmıştır)

Sosyal medya paylaşım içerikleri açısından bakıldığında Instagram hesabında sadece Konya Şehir Hastanesinin, Facebook hesabında ise; Adana ve Konya Şehir Hastanelerinin paylaşım içerikleri yönünden araştırmacılar tarafından oluşturulan temalar bazında birtakım eksiklikler olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de sosyal medya kullanıcı sayısı toplam nüfusun % 70,8’ine eşittir. İnternet üzerinde geçirilen zaman 7 saat 57 dakika ve bunun 2 saat 57 dakikası sosyal medya ortamlarında harcanmaktadır (We Are Social, 2021). Şehir hastaneleri kullanıcıların sosyal medya platformlarında geçirdikleri uzun zamanları dikkate alarak, hastalar ile daha fazla etkileşim içerisinde olabilmek adına mevcut durumlarını hiçbir zaman yeterli görmeyip sürekli olarak yenilik arayışıyla içerik paylaşımlarını zenginleştirmeleri gerekmektedir.

Tablo 7’de ise; şehir hastanelerinin Twitter ve Youtube hesaplarının değerlendirmeleri yapılmıştır. Twitter hesabında en fazla takipçi sayısının Ankara Şehir Hastanesine ait olduğu görülmektedir. Hesap oluşturma tarihleri de değerlendirmeye katılırsa, şehir hastanelerinin daha

büyük bir hedef kitleye ulaşabilmeleri açısından takipçi sayılarını artırmaları gerekmektedir. We Are Social 2021 Dijital Raporuna göre Türkiye’de 14 milyona yakın Twitter kullanıcısı bulunmaktadır. Twitter hesabı paylaşım içeriklerine bakıldığında araştırmacılar tarafından oluşturulan temalar çerçevesinde Konya ve Tekirdağ Şehir Hastaneleri’nin paylaşım içeriklerinin yeterli olmadığı görülmektedir.

Tablo:7 Twitter ve Youtube İncelemesi

Twitter				Youtube			
Şehir Hastanesi	Takipçi Sayısı	Sosyal Medya İçerikleri	Hesap Oluşturma Tarihi	Abone Sayısı	Görüntüleme Sayısı	Video Paylaşım Sayısı	Hesap Oluşturma Tarihi
Adana	1.033	1,2,3,4,5,6,7	Kasım 2017	359	80.343	23	Aralık 2017
Mersin	928	1,2,3,4,5,6,7	Kasım 2017	127	28.188	8	Şubat 2018
Isparta	515	1,2,3,4,5,6,7	Mart 2018	530	110.935	202	Şubat 2018
Yozgat	719	1,2,3,4,5,6,7	Mart 2017	56	6.783	24	Mart 2017
Kayseri	662	1,2,3,4,5,6,7	Kasım 2017	629	140.026	167	Nisan 2018
Manisa	970	1,2,3,4,5,6,7	Mart 2017	357	118.379	53	Ekim 2018
Elazığ	771	1,2,3,4,5,6,7	Haziran 2018	93	28.216	168	Haziran 2018
Ankara Bilkent	3.303	1,2,3,4,5,6,7	Ocak 2019	1.300	205.324	314	Mart 2019
Eskişehir	660	1,2,3,4,5,6,7	Şubat 2018	201	40.100	40	Şubat 2018
Bursa	482	1,2,3,4,5,6,7	Ağustos 2019	42	7.879	14	Ağustos 2019
İstanbul Başakşehir	1.463	1,2,3,4,5,6,7	Mayıs 2020	533	140.655	230	Haziran 2020
Konya Karatay	150	1,4,5,6,7	Ağustos 2020	38	6.933	3	Ekim 2020
Tekirdağ	30	1,2,3,4	Aralık 2020	3	274	1	Şubat 2021

(Aralık 2021 tarihinde bu bilgilere ulaşılmıştır)

Tabloda görüldüğü üzere, Youtube kanalında en fazla abone sayısına, görüntüleme sayısına ve video sayısına ulaşan Ankara Şehir Hastanesi’dir. Sosyal medya hesaplarını en etkili kullanan şehir hastanesi “Ankara Şehir Hastanesi” olarak tespit edilmiştir. Türkiye’de en çok kullanılan sosyal medya platformu Youtube ve yetişkin nüfusun yaklaşık olarak % 65’i Youtube kullanıcısıdır (We Are Social, 2021). Şehir hastaneleri içerisinde Youtube kanalını aktif olarak kullanmayan, abone sayısı ve video paylaşım açısından yetersiz olan esasında birçok hastane olduğu görülmüştür. Bu bağlamda en fazla tercih edilen sosyal medya platformu olan Youtube’da var olan paylaşımları açısından şehir hastanelerinin ciddi eksikliklerinin bulunduğunu söylemek mümkündür.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık kurumları işletmeciliğinde de rekabet kaçınılmaz bir olgudur. Sağlık kuruluşları müşteri memnuniyetini artırabildikleri ölçüde rekabet avantajı elde ederler. Müşteri portföyü oldukça kapsamlı olan sağlık kuruluşları değişen toplumsal yapıyı dikkate almalı ve her geçen gün bilinçlenen tüketiciye daha iyi hizmet sunmaya gayret etmek



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

zorundadır. Rekabet avantajında bir adım önde olmak isteyen sağlık kuruluşları dijital pazarlama kanallarını aktif olarak kullanmalıdır.

Bu çalışmada şehir hastanelerinin dijital pazarlama kanallarındaki etkinliği incelenmiştir. İncelemeler sonucunda web site içerikleri, mobil uygulamalar, arama motoru optimizasyonu sonuçları ve sosyal medya kullanımlarına yönelik bazı eksikliklerden bahsedilmiştir.

İnsanların ürün/ hizmet almadan önce konu hakkında internet üzerinden araştırma yapma imkânlarının geliştiği bir dünyada, şehir hastanelerinin web site içeriklerini zenginleştirmeleri kaçınılmazdır. Şehir hastanelerinin web sitelerine yönelik incelemelerde “çevrimiçi destek, online sağlık personeline ulaşma ve hastanedeki medikal teknolojik imkanlar” hakkında yeterli bilginin sitelerde yer almadığı görülmüştür. Online sağlık personeline ulaşma hizmeti zor gibi görünse de imkânsız değildir. Bu konuda bilişim altyapısının sağlanması ile birlikte sağlık kuruluşlarına “Çevrimiçi klinikler” kazandırılabilir. Ülkemizde yaşlı nüfusunun arttığı da göz önüne alınacak olursa “Online sağlık personeline ulaşma” hastaneye sürekli gelemeyen hastalar için hızlı tedavi fırsatı sunabilir. Bazı şehir hastaneleri web sitelerinde tanıtıcı videoların olmaması, hastalıklar hakkında temel bilgilerin olmaması ve sık sorulan sorular sekmesinin olmaması da önemli eksiklikler arasındadır.

Mobil uygulamaların birçok sektörde çok hızlı ilerleme kaydetmesiyle sağlık kuruluşları da mobil uygulama süreçlerine entegre olmaya başlamışlardır. App Store ve Google Play Store uygulamalarında şehir hastanelerinin % 69’unun mobil uygulamaya sahip oldukları % 31’inin ise mobil uygulamalarının olmadığı gözükümüştür. Ancak mobil uygulamaya sahip olan şehir hastanelerinin de uygulama hizmetleri incelendiğinde yeterince kapsamlı bir sisteme sahip olmadıkları görülmüştür. Mobil uygulama içeriklerini “hastane içi yönlendirme, MHRS işlemleri, hastaneye ulaşım, tıbbi birimler, nöbetçi eczane, randevularım, e sonuçlar, reçetelerim, görüntülü görüşme, planlı hasta takibi, hekim bilgileri, sağlık kartı (sürekli kullanılan ilaçlar, alerjiler, ameliyatlar vb.) , talep/ istek/ öneri” ve daha da zengin içeriklerle oluşturmaları gerekir. Ayrıca web site ve mobil uygulama arasındaki uyum kullanıcıların hizmet alım sürecini iyileştirecektir. Bununla birlikte web sitelerin ya da mobil uygulama kullanıcı dostu bir teknoloji ile erişilebilirliğe ve hizmet alım imkanlarına uygun ve entegre olması oldukça önemlidir.

Arama motoru sıralama sonuçlarına bakıldığında hastanelerin özel isimleri ile tarama sonuçlarında Google, Yandex, Bing ve Yahoo arama motorlarında ilk sırada çıkmaları hastaların tercihlerini etkilemektedir. Dijital çağda bilgilere hızlı olarak ulaşmak tüketici tercihlerini etkilediğinden arama motoru optimizasyonu önem verilmesi gereken konudur.

Sosyal medyalar sayesinde kişiler ve kurumlar arasında karşılıklı etkileşimler olmaktadır. Şehir hastanelerinin tamamının sosyal medya hesapları bulunmaktadır. Şehir hastanelerinin Instagram, Facebook ve Twitter paylaşım içeriklerine bakıldığında bazı şehir hastanelerinde belirlenen temalara göre eksiklikler görülmüştür. Şehir hastanelerinin sosyal medya mecralarını aktif olarak ve güncel kullanmaları tavsiye edilmektedir. Sosyal medyayı en etkili kullanan şehir hastanesi Ankara Şehir Hastanesi olarak belirlenmiştir. Ancak şehir hastanelerinin tamamının sosyal medya takipçi sayılarının yeteri kadar olmadığı görülmüştür. Özellikle Youtube gibi en fazla tercih edilen sosyal medya platformunda şehir hastanelerinin abone sayısı, görüntüleme sayısı ve video paylaşım sayılarını artırmaları gerekmektedir. Hastanelerin en temel amacı “hasta memnuniyeti” olduğuna göre insanların günün büyük bir bölümünde zaman geçirdikleri sosyal medya platformlarına çok daha fazla önem verilmeli ve buralarda sunulacak hizmetlerin de kapsamı genişletilmelidir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Bundan sonraki çalışmalarda sağlık kuruluşlarının dijital pazarlama kanallarının müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisinin araştırılması ve sağlık yöneticilerinin bu konuya vermiş oldukları önemin derecesi üzerine araştırmalar yapılması tavsiye edilmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Bu araştırma için herhangi bir kuruluştan destek alınmamıştır.

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

KAYNAKÇA

- Alkaya, A. (2007). Mobil kanallar yoluyla pazarlama iletişimi süreci ve üniversite öğrencilerinin mobil pazarlamaya ilişkin tutumlarına yönelik bir araştırma (Yüksek Lisans tezi). <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> adresinden edinilmiştir.
- Arıkan R. , (2017). Araştırma Yöntem ve Teknikleri. (Gözden Geçirilmiş 3. Basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Ashley, C., Tuten, T. (2015). Creative Strategies In Social Media Marketing: An Exploratory Study Of Branded Social Content And Consumer Engagement. *Psychology & Marketing*, 32 (1), 15-27.
- Bal, U. , Yılmaz, E. , tamam, L. Ve Çakmak, S. (2016). Tele Psikiyatri Şimdi ve Burda, Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry, 7 (2), 136- 148.
- Çizmecı, F., ve Ercan, T. (2015). The Effect Ef Digital Marketing Communication Tools In The Creation Brand Awareness By Housing Companies. *MEGARON*, 10 (2), 149- 161.
- Dickinger, A., Haghirian, P., Murphy, J. ve Scharl, A. (2004), An Investigation And Conceptual Model Of SMS Marketing, Viyana Üniversitesi, s.2
- Doğan, Fatih ve Metehan Tolon (2016), Mobil Pazarlama Uygulamaları ve Ankara'daki Kullanıcıların Uygulama İçi Mobil Gösterim Reklamlarına Karşı Tutumu, 21. Pazarlama Kongresi, Cilt: 1, 6-8 Ekim, Kütahya.
- Gordhamer, S. (2009), “4 Ways Social Media is Changing Business”, <http://mashable.com/2009/09/22/social-media-business/>.
- Gümüş, S. (2017). Hizmet pazarlaması (sağlıkta güncel konular, inceleme ve deneyimler), İstanbul: Hiperayın.
- Hiçdönmez, B. (2010). Arama motoru pazarlamanın avantajlarının farkında mıyız?, *Digital age*, 10/12. <https://wmaraci.com/seo-analiz>, Erişim Tarihi: Aralık 2021.
- Horner, B. (2017). Healthcare Marketing in The Digital Age, <https://pyxl.com/resource/healthcare-marketingdigital-age>.
- Karagöz ve Çağlar, (2011) Perakende Sektöründe Mobil Pazarlama Uygulamalarına Karşı Tüketici Davranışlarının İncelenmesi, *AJIT-E / Academic Journal of Information Technology*, Cilt: 2, Sayı: 4, 1-17.
- Khoa, B. T. (2020). The antecedents of relationship marketing and customer loyalty: A case of the designed fashion product. *Journal of Asian Finance, Economics and Business*, 7(2), 195-204.
- Kibbe, A. (2012). Getting to know seo. USA: Rockable Press.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Kingsnorth, S. (2019). *Digital Marketing Strategy: An Integrated Approach to Online Marketing*. Kogan Page Publishers.
- Kotler P, Kartajaya H, Setiawan I. (2016). *Marketing 4.0 Moving from Traditional to Digital*. New Jersey: Wiley
- Kritzinger, W. T. (2017). *Development of a search engine marketing model using the application of a dual strategy*. The Cape Peninsula University of Technology. Doctor of Technology, Informatics in the Faculty of Informatics and Design, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Cape Town.
- Leppaniemi, M., J. Sinisalo., H. Karjaluoto (2006), “A Review of Mobile Marketing Research”, *International Journal of Mobile Marketing*, Vol.1, No.1, p.30-40.
- Merisavo, M., 2006, *Effects of Digital Marketing Communication on Customer Loyalty: An Integrative Model and Research Propositions*, Helsinki School of Economics Working Papers, Helsinki.
- Mert, Y.L. (2018). *Dijital Pazarlama Ekseninde Influencer Marketing Uygulamaları*. Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi. 6(2) 1299-1328.
- Mumyalmaz, M. (2001). *Müşteri Odaklı Olan ve Olmayan Özel Sağlık Kuruluşlarının Müşteri Gözünde Algılama Algılama Düzeyi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Powell G.R., Groves S.W., Dimos J. (2011). “Roi Of Social Media: How To Improvethe Return On Your Social Marketing Investment”, John Wiley&Sons [www.Google E-Books Statcounter](http://www.google.com/books) (2021). “Mobile & Tablet operating system market share worldwide - August 2021”, <http://gs.statcounter.com/os-market-share/mobile-tablet/worldwide/#yearly>.
- Tankovska, H. (2021). *Social media use during COVID-19 worldwide - statistics & facts*. Statista: <https://www.statista.com/topics/7863/social-media-use-during-coronavirus-covid-19-worldwide>.
- Taiminen, H. M., Karjaluoto, H. (2015). *The Usage of Digital Marketing Channels in SMEs*, *Journal Of Small Business and Enterprise Development*, 22(4), 633-651.
- Tengilimoğlu, E., Parıltı, N. ve Yar, C. E. (2015). “Hastane ve hekim seçiminde sosyal medyanın kullanım düzeyi: Ankara ili örneği”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(2): 76-96.
- Yurdakul, N. B. ve Öksüz, B. (2011). “Hastanelerde bir tanıtım aracı olarak web siteleri: İzmir ili eğitim hastaneleri ve özel hastanelerin kurumsal web sitelerinin kıyaslamalı analizi”, *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 5(1): 118-134.
- Zengin, B., Ünal, A., & Taş, M. (2019). *Sosyal Medyanın Turistlerin Satın Alma Kararları Üzerindeki Etkisi: Erzincan Kemaliye Örneği*. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 2226-2250.
- We Are Social. (2021). *The Global State of Digital in October 2021*. Retrieved from <https://wearesocial.com/> Kasım 2021 tarihinde erişilmiştir.



**WEB OF SCIENCE VERİ TABANINDA HASTANELERİN
ULUSLARARASILAŞMASI İLE İLGİLİ MAKALELERİN BİBLİYOMETRİK
ANALİZİ**
**BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF HOSPITAL INTERNATIONALISATION IN
WEB OF SCIENCE DATABASE**

Öğr. Gör. Dr. Burak ÇETİN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, burak.cetin@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-4252-4828

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (19.04.2022-30.08.2022)

Öz

Çalışmada, Web of Science veri tabanında 1994-2021 yılları arasında yayımlanan hastanelerin uluslararasılaşması konusu üzerine yazılmış ve yayınlanmış çalışmaların bibliyometrik özelliklerinin tespiti amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda Web of Science veri tabanında yer alan 64 adet çalışma, çeşitli parametreler ile çerçevesinde bibliyometrik analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular, son yıllarda hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yapılmış çalışmaların arttığı ve farklı bilim dallarında konunun çalışıldığını göstermektedir. Bu durum, son yıllarda hem ülkelerin hem de sağlık hizmeti sunan hastane işletmelerinin sundukları sağlık hizmetini uluslararası alanda başarılı yönettikleri ve yönetme çabaları ile açıklanabilir. Araştırmaya kapsamında incelenen yayınlar daha çok işletme, iktisat, sağlık eğitimi ve sağlık yönetimi alanlarında yer almaktadır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile sadece hastanelerin uluslararasılaşması konusu kapsamında değil aynı zamanda alt başlıklar ile literatürde yer alan boşluğu dolduracak ve gelecekte yapılacak çalışmalar için ulusal ve uluslararası literatüre katkı sunması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: hastanelerin uluslararasılaşması, bibliyometrik analiz, web of science.

Abstract

The study, aimed to determine the bibliometric features of the studies written and published on the subject of internationalization of hospitals published between 1994 and 2021 in the Web of Science database. For this purpose, all 64 publications in the Web of Science database were analyzed using the bibliometric analysis method within the framework of the various parameters. The research findings show that the studies on the internationalization of hospitals have increased in recent years and the subject has been studied in different disciplines. This situation can be explained by the successful management efforts of both countries and hospital enterprises providing healthcare services in the international arena in recent years. The articles examined within the scope of the research are primarily in the fields of business, economics, health education, and health management. On the basis of our findings, it is recommended not only within the scope



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

of the internationalization of hospitals but also to fill the gap in the literature with sub-titles and to contribute to the national and international literature for future studies.

Keywords: hospital internationalization, bibliometric analysis, web of science.

GİRİŞ

İşletmelerin uluslararasılaşması, yurtiçinde faaliyet gösteren bir işletmenin, yurtiçi faaliyetlerini bir adım ileriye taşıyarak işletmenin faaliyetinin bir kısmını ya da tamamını yurtdışına genişletmesi olarak ifade edilmektedir. İşletmeler, rekabetin yoğun olduğu yurtiçi pazarda faaliyetlerini daha verimli ve etkili biçimde sürdürmek için yurtdışına açılmaktadır. Uluslararasılaşma sürecine dâhil olan bir işletme, uluslararası alanda iki farklı boyutta, uluslararası ticaret ve uluslararası yatırım, boyutları olarak faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Nitekim uluslararası işletmecilik kavramı; işletmelerin ticaret ve yatırım faaliyetlerini ulusal sınırlarının ötesinde gerçekleştirmeleri olarak ifade edilmektedir. Literatürde ticaret ve yatırım faaliyetlerinin ulusal sınırların ötesinde gerçekleştirilmesine sınır ötesi işletmecilik de denilmektedir (Çavuşgil, Knight ve Riesenberger, 2020: 38; Kalyoncuoğlu,2010:13).

İşletmenin ürettiği mal ve hizmeti ihraç etmesi, uluslararası işletmeciliğin birinci boyutunu tanımlarken; işletmenin kullandığı kaynakların yurtdışına yatırması ikinci boyutunu açıklamaktadır.

Uluslararası ticaret ile ulusal sınırların ötesinde malların ve hizmetlerin değişimi kastedilmektedir. Bu değişim genellikle ihracat (ev sahibi ülkeden veya üçüncü bir ülkeden yurtdışında bulunan müşterilere yapılan mal ve/veya hizmet satışıdır) ve ithalat (ev sahibi ülkenin veya üçüncü bir ülkenin tüketimi için yurtdışında bulunan tedarikçilerden temin edilen mallar ve/veya hizmetlerdir) ile sağlanmaktadır. Uluslararası işletmeciliğin ikinci boyutu olan uluslararası yatırım ise yurtiçi varlıkların yurtdışına aktarılması ve/veya varlıkların devredilmesi olarak ifade edilmektedir (Çavuşgil, vd., 2020: 39).

1980'lerden itibaren küreselleşmenin büyük aşamasına girerken, hizmet işletmeleri ulusal sınırlarının ötesinde pazar fırsatlarını aramaya başlamışlardır (Çavuşgil, Knight, Riesenberger,2020).

Günümüzde hızla gelişmeye devam eden haberleşme ve ulaşım imkânları, işletmeleri sadece kendi ülke pazarlarında değil, aynı zamanda diğer ülke pazarlarında bulunan fırsatları görmesini sağlamıştır. Özellikle küreselleşme süreci içerisinde artık işletmeler için ülke içi ve dışı pazarlar arasında bir ayrım kalmamaktadır. Ayakta kalmak, büyümek isteyen işletmelerin dış pazarlarda faaliyetleri kaçınılmazdır (Üner,2008: 399).

Dünya Ticaret Örgütü (WTO)'nun hizmet ticaretini serbestleştirilmesi ile ilgili sözleşmeler, danışmanlık, reklamcılık, mühendislik ve bankacılık gibi profesyonel hizmet işletmelerinin uluslararasılaşmasını kolaylaştırmıştır (Czinkota, Grossman, Javalgi, Nugent,2009; Üner vd. 2020). Uluslararasılaşma süreci ve stratejiler, uluslararası işletmecilik literatüründe popüler konu başlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. İşletmelerin uluslararasılaşması kapsamındaki çalışmaların büyük çoğunluğu imalat sektöründe yer alan işletmeler incelenmiştir. Ancak hizmet sektörü işletmelerinin uluslararasılaşması kapsamında yer alan çalışmalar nadirdir (Buckley, Pass, & Prescott 1992; Pla-Barber, Sanchez, & Madhock, 2010;Pla-Barber, Ghauri, 2012; Üner vd. 2020).

Bibliyometrik analiz yönteminden faydalanılan çalışmalar, bilim dalında veya ilgili bilim dalına ait çalışma alanında literatüre kazandırılan eserlerin değerlendirildiği, bibliyometrik analiz yöntemleriyle durum tespitinin yapıldığı çalışmalar olarak tanımlanmaktadır (Şahin vd., 2018: 37; Baş ve Aksoy, 2021: 194). Bibliyometrik analiz, yayınların nicel analizini sağlamak için kullanılan bir analiz yöntemidir (Ellegaard, Wallin,2015:1810). Bibliyometrik analiz, bir dizi belgenin sonuçlarını özetlemek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Martinez-Lopez, Merigo, Fernandez ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Nicolas, 2018: 441). Mevcut literatürdeki makaleler ile ortaya çıkan eğilimleri, işbirliği kalıplarını ve araştırma bileşenlerini ortaya çıkarmak ve bilgileri keşfetmek gibi çeşitli nedenlerden dolayı bibliyometrik analiz kullanılmaktadır. Bibliyometrik analiz ile büyük olan veri ve objektif olarak (atıf ve yayın sayısı, anahtar kelime oluşumları ve başlıklar gibi) yorumlar hem öznel (tematik analiz gibi) hem de nesnel (performans analizi gibi) olarak teknikler ve prosedürler yoluyla değerlendirilmektedir. Bibliyometrik analiz ile genel bir bakış elde edilir, literatürdeki bilgi eksiklikleri görülür, yeni araştırmalar için fikir üretimi ve alana amaçlanan katkının belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Donthu, Kumar, Mukherje, Pandey, Lim, 2021: 285).

Çalışmanın ana amacı, sağlık hizmeti ana sunucusu konumundaki hastanelerin uluslararasılaşması süreçleri üzerine yapılan uluslararası literatürdeki çalışmaların incelenmesidir. Bu nedenle, Web of Science (WoS) veri tabanında araştırma yapılmıştır. WoS veri tabanında arama terimi olarak "Internationalization Hospitals" yapılan araştırmada, hastanelerin uluslararasılaşması konulu makaleler incelenmiştir. Araştırmanın ilk aşamasında elde edilen sonuçlar içerisinde sağlık alanında yapılan diğer çalışmalar mevcut olmakta ve hastanelerin uluslararasılaşması ile çerçevesinde karmaşıklık meydana geldiği görülmüştür. Nitekim WoS tabanında araştırma kategorisi olarak sosyal bilimler kategorisindeki alanlar (multidisipliner, işletme, sağlık hizmetleri bilimleri, iktisat, sağlık politikası, yönetim, biomedikal ve sosyal bilimler, çevre sağlığı, uluslararası ilişkiler, işletme finansmanı, uygulamalı bilimler) kapsamında hastanelerin uluslararasılaşması konusu incelenmiştir.

Gerçekleştirilen çalışma neticesinde, *hastanelerin uluslararasılaşması* konusu kapsamında bibliyometrik analiz çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla, çalışma bu kapsamda değerlendirildiğinde ulusal ve uluslararası literatürdeki boşluğu ve eksikliği dolduracak niteliktedir. Hastanelerin uluslararasılaşması konusundaki araştırma, WoS kapsamında, yayınların türleri, yıllara göre dağılımı, makalelerin yayınlandığı dergiler, yazarlar, araştırma yöntemleri, anahtar kelimeler, yayın dili gibi bibliyometrik kriterler kapsamında değerlendirilmeye çalışılacaktır.

YÖNTEM

Çalışma kapsamında WoS veri tabanında veri tabanında *hastanelerin uluslararasılaşması* konusunda yayımlanmış makalelerin çeşitli bibliyometrik kriterler kapsamında bibliyometrik özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışma, kapsamında *hastanelerin uluslararasılaşması* başlığı altında WoS veri tabanında 510 yayın karşımıza çıkmaktadır ve WoS veri tabanında yer alan 510 yayın, çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda *hastanelerin uluslararasılaşması* konusundaki yayınlar sağlık hizmeti yönetimi alanı çerçevesinde sınırlandırılmıştır. 1994-2022 yılları arasında yapılan, hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yapılan çalışmalarının gelişimi ve gelişme sürecinin incelenmesi açısından önem arz etmektedir. Bu doğrultuda evreninin, örnekleme *hastanelerin uluslararasılaşması* konusunda 1994-2022 yılları arasında WoS veri tabanında yayınlanan 64 makale çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. WoS veri tabanında *hastanelerin uluslararasılaşması* konusunda çalışılmış ve erişime kapalı tezler dâhil edilmemiştir. Araştırma veri toplama süreci 01.03.2022-10.03.2022 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Çalışma kişiler ile yapılan anket, mülakat, kişisel verilerin korunması, insanlar üzerinde klinik araştırma gibi araştırma yöntemleri kullanılmadığından dolayı etik kurul izni istenmemektedir.

ANALİZ

WoS veri tabanından elde edilen verilerinin analizinde kullanılan bibliyometrik analiz yöntemi ile araştırmaya konu olan makalelerin araştırma sorularını oluşturan çeşitli bibliyometrik parametreler kapsamında incelenmektedir.

Çalışmada şu sorulara cevap aranmaya çalışılmıştır:

241

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ÇETİN, B.)

- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların yayın diline göre dağılımı,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların yıllara göre dağılımı,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların makalelerin WoS veri tabanında kategorik olarak dağılımı,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların araştırma alanlarına göre dağılımı,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların ülke üretkenliklerine göre dağılımı,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların atıf verileri, tarandıkları indekslere göre dağılımı,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların türlerine ve dergilere göre dağılımı,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların yazarlara ait bilgiler,
- Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda çalışmaların kurumlara göre dağılımı.

Yayınların Dili ve Araştırma Yöntemleri

WoS veri tabanında yer alan makaleler İngilizce ve İspanyolca dillerinde yayınlanmıştır. Tablo-1’de yayınların dil dağılımı verilmektedir.

Tablo 1: Yayın Diline Göre Dağılım

Yayın Dili	N	%
İngilizce	62	96,875
İspanyolca	2	3,125
<i>Toplam</i>	<i>64</i>	<i>100</i>

WoS veri tabanında yer alan yayınların büyük çoğunluğu İngilizce (%96,875) dilinde yayınlanmıştır. Sadece iki adet İspanyolca(%3,125) dilinde yayın bulunmaktadır.

Yayınların Yıllara Göre Dağılım

WoS veri tabanında yer alan 1994 - 2022 yılları arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yazılan yayınların yıllara göre dağılımı Tablo-2’de verilmektedir.

Tablo 2: Yayınların Yıllara Göre Dağılımı

Yayın Yılı	N	%
2022	5	7,813
2021	9	14,063
2020	10	15,625
2019	5	7,813
2018	11	17,188
2017	5	7,813
2016	1	1,563
2015	1	1,563
2014	3	4,688
2012	1	1,563
2011	2	3,125

2010	2	3,125
2008	2	3,125
2007	2	3,125
2000	1	1,563
1999	1	1,563
1997	1	1,563
1994	2	3,125
Toplam	64	100

1994 – 2022 yılları arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusu üzerine en fazla yayın 2018, 2020 ve 2021 yıllarında yayınlandıkları görülmektedir. Son yıllarda hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yapılan çalışmaların artmasının nedeninin sağlık turizminin öneminin artması ve kişilerin sağlık ihtiyaçlarının ikamet ettikleri ülkeden farklı bir ülkede alma ihtiyacının oluşması ve hastane işletmelerinin bu ihtiyacı fark edip uluslararasılaşma sürecine aktif katılım sağlamalarıdır (Üner, Çetin, Çavuşgil, 2020).

Yayınların WoS Kategorik Dağılımı

Hastanelerin uluslararasılaşması üzerine yapılan yayınların WoS kategorik dağılımı alanlara göre dağılımı Tablo-3'te verilmektedir.

Tablo-3: Yayınların WoS Kategorik Dağılımı

WoS Kategorisi	N
İşletme	14
İktisat	10
Çok Disiplinli Bilimler	9
Eğitim Bilimleri Disiplinleri	8
Sağlık Bakım Hizmetleri	8
Eğitim Araştırmaları	7
Sağlık Politikası	7
Yönetim	6
İşletme Finans	2
Çevre Çalışmaları	2
Konaklama, Tedavi, Spor Turizm	2
Uluslararası İlişkiler	1
İletişim	1
Coğrafya	1
Endüstri İlişkileri	1
Tıbbi Enformasyon	1
Kamu Yönetimi	1
Sosyoloji	1

Hastanelerin uluslararasılaşması konusu üzerine en fazla yayın işletme, iktisat, eğitim bilimleri, sağlık bakım hizmetleri ve sağlık politikaları alanlarında yapıldığı tespit edilmiştir.

Yayınların Araştırma Alanlarına Göre Dağılımı

WoS veri tabanında 1994 - 2021 yılların arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yapılan yayınların, araştırma alanları Tablo-4'te gösterilmektedir.

Tablo-4: Yayınların Araştırma Alanları

Araştırma Alanı	N
İşletme-İktisat	26
Bilim Teknoloji Diğer Alanlar	7
Sağlık Bakım Hizmetleri	12
Eğitim Araştırmaları	16
Çevre Çalışmaları	3
Uluslararası İlişkiler	2
İletişim	1
Coğrafya	1
Diğer Sosyal Bilimler	1
Tıbbi Enformasyon	1
Kamu Yönetimi	1
Sosyoloji	1

Tablo 4'te hastanelerin uluslararasılaşması konusunda en fazla işletme- iktisat, eğitim ve sağlık bakım hizmetleri alanlarında çalışmaların olduğu görülmektedir.

Yayınların Ülke Üretkenliğine Göre Dağılım

Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda WoS veri tabanında yer alan yayınların ülkelere göre dağılımı Tablo-5'te verilmektedir. Analizde ülkelere ait yayın sayısı, yayınlara yapılan toplam atıf ve yayın başına ortalama atıf sayıları verilmektedir.

Tablo -5: Ülkelere Göre Yayınlar ve Atıf Bilgileri

Ülke	Yayın Sayısı	Toplam Atıf	Yayın Başına Ortalama Atıf
Portekiz	7	137	19,57
İngiltere	14	257	18,35
Norveç	6	31	5,166
ABD	2	100	50
Finlandiya	2	14	7
Fransa	1	14	14
Hollanda	1	12	14
Yeni Zellanda	1	12	12
Rusya	1	94	94
İspanya	1	94	94
İsviçre	1	14	14
Tayland	1	3	3
Trinidad Tobago	1	12	12
Türkiye	1	6	6

Yayın sayısı açısından en üretken ülke İngiltere öne çıkmaktadır. Ve sırasıyla Portekiz, Norveç ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gelmektedir. Toplam atıf sayısına bakıldığında ise İngiltere 257 atıf ile ilk sırada, Portekiz 137 atıf ile ikinci ve ABD 100 atıf ile üçüncü sırada yer almaktadır. Yayın başına ortalama atıf sayısında ise bir adet yayın sahip Rusya ve İspanya aldıkları yayın

başına ortalama 94 atıf ile ilk sırada yer almaktadır. Portekiz 19,57 ortalama atıf ve İngiltere 18,35 ortalama atıfa sahiptir. Türkiye ise 6 atıf almıştır.

Yayınların Atıf Verileri ve Tarandıkları İndekslere Göre Dağılımı

WoS veri tabanında yer alan makalelerin özet olarak atıf sayıları ve tarandıkları indeks bilgileri Tablo-6’da verilmektedir.

Tablo-6: Atıf Sonuçları

Atıf Kriterleri	Sayı
Toplam Yayın	64
Toplam Atıf	348
Her Bir Yayına Ortalama Atıf Sayısı	5,44
h-İndeks	9

Tablo-6’da görüldüğü üzere WoS veri tabanında yer alan 64 yayına toplam 348 adet atıf yapılmıştır. Her bir yayına ortalama atıf sayısı ise 5,44 olarak belirtilmiştir. Atıfların dokuz tanesi h-indekte yer alan yayınlardan yapıldığı görülmektedir.

WoS veri tabanında yer alan yayınları tarandıkları indeks bilgileri Tablo-7’de yer almaktadır.

Tablo-7: Yayınların İndeks Bilgileri

Taranan İndex	N	%
Social Sciences Citation Index (SSCI)	25	39,063
Emerging Sources Citation Index (ESCI)	20	31,250
Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED)	16	25
Conference Proceedings Citation Index – Social Science & Humanities (CPCI-SSH)	8	12,50
Conference Proceedings Citation Index – Science(CPCI-S)	3	4,688
Book Citation Index – Social Sciences & Humanities (BKCI-SSH)	1	1,563
<i>Toplam</i>	<i>64</i>	<i>100</i>

Tablo-7’de yayınların sosyal bilimler alanında uluslararası kabul edilen indeksler (SSCI, SSCI Expanded ve E-SCI) açısından değerlendirme yapılmaktadır. Makale olan yayınların önemli kısmı sosyal bilimler alanında taranan SSCI, E-SCI ve SCI-Expanded atıf indekslerinde yer almaktadır.

Yayınların Türlerine, Araştırma Yöntemlerine ve Dergilere Göre Dağılımı

WoS veri tabanında yer alan yayınlar incelendiğinde en fazla yayının makale olarak gerçekleştiği görülmektedir. Bunu takiben bildiri olarak yayınlar yer almaktadır. Tablo-8’de yayınların türleri ve yayınların araştırma yöntemlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo-8: Yayınların Türlerine ve Araştırma Yöntemlerine Göre Dağılımı



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Yayın Türü	N	Araştırma Yöntemi	N
Makale	53	Nicel	31
Bildiri	10	Nitel	26
Erken Erişim	5	Teorik	7
Kitap Bölümü	1		
İnceleme Makalesi	1		

WoS veri tabanından elde edilen veriler incelendiğinde 1994-2022 arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusu üzerine yapılan 64 yayında, teorik kapsamlı, nitel ve nicel araştırma yöntemleri tercih edilmiştir. Tablo-8’de görüldüğü üzere hastanelerin uluslararasılaşması konusundan en çok 31 çalışma ile nicel ve 26 çalışma ile nitel araştırma yöntemleri tercih edilmiştir. Sadece yedi adet çalışma teorik olarak yapılmıştır.

Yayınlanan makalelerin yer aldığı, *Plos One* (4), *Journal of International Entrepreneurship* (3), *Gms Journal For Medical Education* (3) ve *International Journal of Pharmaceutical And Healthcare Marketing, Internationalization of Equity Markets, Journal of Health Economics, Medical Teacher ve National Bureau of Economic* (3) dergileri sahip oldukları makale sayıları ile dikkat çekmektedir. Diğer dergiler sadece birer makale yer almaktadır. WoS veri tabanında yer alan hastanelerin uluslararasılaşması ile ilgili makalelere ait bilgiler tablo-9’da gösterilmektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Tablo-9: Yayınların Dergilere Göre Dağılımı

Dergi Adı	N	%	Dergi Adı	N	%
Plos One	4	6.250	Brq Business Research Quarterly	1	1.563
Journal of International Entrepreneurship	3	4.688	Canadian Journal of Economics Revue Canadienne D Economique	1	1.563
Euromed Academy of Business Conference Book of Proceedings	2	3.125	Currents In Pharmacy Teaching And Learning	1	1.563
Gms Journal For Medical Education	2	3.125	Education Sciences	1	1.563
International Journal of Pharmaceutical And Healthcare Marketing	2	3.125	European Journal of International Management	1	1.563
Internationalization of Equity Markets	2	3.125	Global And National Business Theories And Practice Bridging The Past With The Future	1	1.563
Journal of Health Economics	2	3.125	Global Perspectives On Health Geography	1	1.563
Medical Teacher	2	3.125	Higher Education	1	1.563
National Bureau of Economic Research Project Reports	2	3.125	International Business Review	1	1.563
Academy of Management Review	1	1.563	International Journal of Health Policy And Management	1	1.563
Administration Society	1	1.563	International Journal of Healthcare Management	1	1.563
Advances In Medical Education And Practice	1	1.563	International Journal of Market Research	1	1.563
Australian And New Zealand Journal of Sociology	1	1.563	Inzinerine Ekonomika Engineering Economics	1	1.563
Baltic Journal of Economic Studies	1	1.563	Journal of Economic Dynamics Control	1	1.563
Bmc Health Services Research	1	1.563	Journal of International Marketing	1	1.563
Dergi Adı	N	%	Dergi Adı	N	%
Bmc Medical Education	1	1.563	Journal of Studies In International Education	1	1.563
British Journal of Industrial Relations	1	1.563	Research Advancements In National And	1	1.563

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ÇETİN, B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Journal of Telemedicine And Telecare	1	1.563	Global Business Theory And Practice		
Medical Informatics Europe 99	1	1.563	Revista De Estudios Regionales	1	1.563
Medical Science Educator	1	1.563	Revista Espanola De Comunicacion En Salud	1	1.563
Medical Tourism In Kolkata Eastern India	1	1.563	Scandinavian Journal of Economics	1	1.563
Nature Communications	1	1.563	South African Journal of Science	1	1.563
Peerj	1	1.563	Studies In Health Technology And Informatics	1	1.563
Procedia Social And Behavioral Sciences	1	1.563	Telemedicine And E Health	1	1.563
Rbgn Revista Brasileira De Gestao De Negocios	1	1.563	Tertiary Education And Management	1	1.563
Rege Revista De Gestao	1	1.563	Thunderbird International Business Review	1	1.563
			Vision 2020 Sustainable Economic Development And Application of Innovation Management	1	1.563
			<i>Toplam</i>	<i>64</i>	<i>100</i>

Tablo-9’da görüldüğü üzere en fazla yayın sağlık yönetimi, işletme ve girişimcilik, eğitim, ilaç ve sağlık pazarlaması, sağlık ekonomisi ve tıbbi eğitim alanlarında faaliyet gösteren dergilerde yer almaktadır.

Yayınların Yazarlara Ait Bilgiler

WoS veri tabanında yer alan hastanelerin uluslararasılaşması konusunda 260 adet yazarın yayını yer almaktadır. Tablo-10’da atıf sayısı olarak en fazla atıf alan yayınlara ait yazar bilgileri gösterilmektedir.

Tablo-10: Yazar Bilgileri

Yazar Adı	N
Siciliani L	5
Straume OR	5
Angkurawaranon C	2
Brekke KR	2
Jiraporncharoen W	2
Ottersen T	2
Cavusgil ST	1
Cetin B.	1
Uner MM	1

Yayınların Kurumlara Göre Dağılımı

WoS veri tabanından elde edilen veriler incelendiğinde 1994 – 2022 yılları arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusu üzerine yapılan yayınlarda 186 üniversite ismi yer almaktadır. Yayınların seçilmiş üniversitelere göre dağılımı Tablo-11’de gösterilmektedir.

Tablo-11: Yayınları Üniversitelere Göre Dağılımı

Üniversite Adı	Ülke	N
Minho	Portekiz	7
York	İngiltere	5
European Reserch (LERU)	Belçika	4
Porto	Portekiz	4
Oslo	Norveç	4
Bergen	Norveç	3
Chaing Mai	Tayland	2
Imperial College London	İngiltere	2
Keio	Japonya	2
London	İngiltere	2
Atılım	Türkiye	1
Ankara Hacı Bayram Veli	Türkiye	1

Tablo 11 incelendiğinde, 1994 - 2022 yılları arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusu üzerine yapılan yayınlarda en fazla Minho, York, Leru, Porto, Oslo ve Bergen üniversiteleri görülmektedir. Türkiye’de ise hastanelerin uluslararasılaşması konusunda Atılım ve Ankara Hacı Bayram Veli üniversitelerine ait yayınlardır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

SONUÇ

Bu çalışma, Web of Science (WoS) veri tabanında 1994-2021 yılları arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusu üzerine yapılan çalışmaların gelişimini göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yapılmış çalışmaların tümüne ve ya bir kısmına genel bir bakış sağlamaktadır. Bu çalışmada, literatür gözden geçirilerek günümüze kadar yapılan çalışmaları özetlemektedir.

İlk olarak, WoS veri tabanında yer alan çalışmaları yayın dili olarak en fazla çalışma 62 adet ile (% 96,875) İngilizce dilindedir. İkinci olarak, 1994 - 2021 yılları arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yer alan çalışmaların yıllara göre dağılımı incelendiğinde en fazla çalışma 11 adet 2018 yılında ve 10 adet 2020 yılında gerçekleşmiştir. Hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yapılan çalışmalar 2017 yılına kadar yıllık birkaç adet olurken, 2017 yılından sonra hastanelerin uluslararasılaşması konusundaki çalışmalarda artış gözlemlenmiştir.

Üçüncü olarak, hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yer alan çalışmalar hem WoS kategorik dağılımı hem de araştırma alanlarına göre değerlendirildiğinde en fazla işletme, iktisat, sağlık hizmeti ve eğitimi kategorilerinden ve araştırma alanlarında çalışmalar yapıldığı görülmektedir.

Dördüncü olarak, WoS veri tabanında yer alan çalışmaları ülkelere göre değerlendirdiğimizde en üretken ülke 14 adet çalışma ve toplam 257 atıf ile İngiltere karşımıza çıkmaktadır. Portekiz yedi adet çalışma ve toplam 137 atıf ile ikinci üretken ülke olmuştur.

Beşinci olarak, WoS veri tabanından yer alan hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yer alan çalışmaların tarandıkları indeksler incelendiğinde, çalışmaların sosyal bilimlerde önemli indekslerde tarandıkları görülmektedir. WoS veri tabanında yer alan yayınlara toplam 348 adet atıf yapılmış ve her bir yayına ortalama 5,44 atıf yapılmıştır. Ayrıca WoS veri tabanında yer alan çalışmaların 25 adeti SSCI indeksinde, 20 adet E-SCI ve 16 adeti SCI-Expanded indekslerinde taranmaktadır.

Altıncı olarak, 1994-2021 yılları arasında hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yer alan çalışmalar en fazla 53 adet ile makale yer almaktadır. İkinci sırada ise 10 adet ile bildiri halinde çalışmaları yer almaktadır.

Yedinci sırada, WoS veri tabanında yer alan makalelerin *Plos One* (4), *Journal of International Entrepreneurship* (3), *Gms Journal For Medical Education* (3) ve *International Journal of Pharmaceutical And Healthcare Marketing, Internationalization of Equity Markets, Journal of Health Economics, Medical Teacher ve National Bureau of Economic* (3) dergilerinde yayınlanmıştır. Yayımlanan çalışmalar araştırma türüne göre değerlendirildiğinde ise en fazla 31 adet ile nicel ve 26 adet ile nitel araştırma yöntemleri tercih edilmiştir.

Sekizinci olarak, WoS veri tabanında yer alan hastanelerin uluslararasılaşması konusunda en fazla çalışma beşer adet çalışma ile Siciliani L. Ve Straume O.R.'ye ait oldukları görülmektedir. En fazla yayın yapan üniversite ise Minho (Portekiz), York (İngiltere), LERU (Belçika), Porto (Portekiz), Oslo ve Bergen (Norveç) üniversitelerine ait çalışmalar yer almaktadır.

Bu çalışma ile araştırmacılara hastanelerin uluslararasılaşması konusunda uluslararası yazında yayımlanan çalışmaları çeşitli bibliyometrik parametreler çerçevesinde incelemiş olmasıyla alana katkı sunmaktadır. Hastanelerin uluslararasılaşması ile ilgili gelecekte yapılacak bilimsel çalışmalar bu konudaki açığı kapatacak olması hususunda alana özgün nitelikte bir katkı sağlayacaktır.

Çalışmanın yöntem bölümünde ifade edilen araştırma sınırlılıkları göz önünde bulundurularak, hastanelerin uluslararasılaşması konusu ile ilgili bibliyometrik çalışma yapmak isteyen

250

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(ÇETİN, B.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

araştırmacılara bu çalışmayı daha farklı boyuta taşıyacak çeşitli diğer bibliyometrik parametrelerle ve atf analizi ile zenginleştirmeleri yeni bir araştırma önerilmektedir. Gelecekte yapılacak çalışmalara rehberlik etmesi amacıyla hastanelerin uluslararasılaşması konusunda yazılmış diğer indekslerde yer alan makaleler ve bildirimlerin de bu bağlamda bibliyometrik analiz kapsamına dâhil edilmesi akademik yayın türleri arasında karşılaştırma yapma imkânı sunması beklenmektedir. Bu çalışma, araştırmacılara yayınların konuları, gelecekte yapılacak çalışmaların odak noktalarının neler olacağını detaylı tespitine yönelik içerik analizi sunacağı ve çalışmalara katacağı değer nedeniyle önerilmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Çalışma tek yazarlıdır.

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

KAYNAKÇA

- Abdullah, N.C., Rosnan, H. & Yusof, N. (2018). Internationalisation of Hospitals in the Wake of Green Agenda: How much more to be done?. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 3 (7), 161-166. <https://Doi.Org/10.21834/E-Bpj.V3i7.1312>
- Al-Amin, M., Makarem, S.C. & Pradhan, R. (2011). Hospital Ability to Attract International Patients: A Conceptual Framework. *International Journal of Pharmaceutical And Healthcare Marketing*, 5 (3), 205-221. <https://Doi.Org/10.1108/17506121111172211>
- Alizadeh, I. & Pourghane, P. (2021). Iranian Faculty Members' Metaphors of The Internationalization of Medical Sciences Education. *Higher Education*. <https://Doi.Org/10.1007/S10734-021-00792-7>
- Arabadzhy, N. & Kornienko, I. (2018). Retrospective and Modern Aspects of The Development of Charity. *Baltic Journal of Economic Studies*, 4 (5), 256-265. <https://Doi.Org/10.30525/2256-0742/2018-4-5-256-265>
- Baş, M. ve Aksoy, G. (2021). Marka Yönetimi İle İlgili Yazılan Ulusal Lisansüstü Tezlerin Bibliyometrik Analizi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 193-207.
- Borg, E.A. & Ljungbo, K. (2018). International Market-Oriented Strategies For Medical Tourism Destinations. *International Journal of Market Research*, 60 (6), 621-634. <https://Doi.Org/10.1177/1470785318770134>
- Bouncken, R.B., Reuschl, A.J., Barwinski, R.W. & Viala, C. (2018). Cross-Cultural Diversity Management in Service Firms. *European Journal of International Management*, 12 (5-6),510-535. <https://Doi.Org/10.1504/EJIM.2018.094496>
- Brekke, K.R., Siciliani, L. & Straume, O.R. (2017). Horizontal Mergers And Product Quality. *Canadian Journal Of Economics-Revue Canadienne D Economique*, 50 (4), 1063-1103. <https://Doi.Org/10.1111/Caje.12287>
- Brekke, K.R., Siciliani, L. & Straume, O.R. (2017). Hospital Mergers With Regulated Prices. *Scandinavian Journal of Economics*, 119 (3), 597-627. <https://Doi.Org/10.1111/Sjoe.12191>
- Buckley, P. J., Pass, C. L. & Prescott, K. (1992). The Internationalization of Service Firms: A Comparison With The Manufacturing Sector. *Scandinavian International Business Review*, 1(1), 39-56. [https://Doi.Org/10.1016/0962-9262\(92\)90035-5](https://Doi.Org/10.1016/0962-9262(92)90035-5)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Cellini, R., Siciliani, L. ve Straume, O.R. (2018). A Dynamic Model Of Quality Competition With Endogenous Prices. *Journal of Economic Dynamics & Control*, 94, 190-206. <https://Doi.Org/10.1016/J.Jedc.2018.06.004>
- Collyer, F. & White, K. (1997). Enter The Market: Competition, Regulation And Hospital Funding İn Australia. *Journal of Sociology*, 33 (3), 344-363.
- Czinkota, R.M., Grossman, D. A., Javalgi, R. G. & Nugent, N. (2009). Foreign Market Entry Mode of Service Firms: The Case Of U.S. MBA Programs. *Journal of World Business*, 44 (3), 274-286. <https://Doi.Org/10.1016/J.Jwb.2008.08.002>
- Çavuşgil, S. T., Knight, G. A. & Riesenberger, John R. (2020).International Business - Strategy, Management, And The New Realities. 5th Ed. New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- Donthu, N., Kumar, S., Mukherjee, D., Pandey, N. & Lim,W.M. (2021). How to Conduct A Bibliometric Analysis: An Overview and Guidelines. *Journal Of Business Research*, 133, 285-296. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.04.070>
- Ellegaard, O. & Wallin, J. A. (2015). The Bibliometric Analysis of Scholarly Production: How Great Is The Impact? *Scientometrics*, 105 (3), 1809–1831. <https://doi.org/10.1007/s11192-015-1645-z>
- Ellimaki, P., Hurtado-Torres, N.E. ve Cordon-Pozo, E. (2022). The Impact of Home And Host Country Institutional Development on Multinationals' R&D Intensity. *Brq-Business Research Quarterly, February*, 1-17. <https://Doi.Org/10.1177/23409444221076495>
- Engel, M. (1994). Tests of Capm on An International Portfolio of Bonds And Stocks Internationalization of Equity Markets. National Bureau of Economic Research, Project Reports, 149-183.
- Ferson, W. & Harvey, Cr. (1994). An Exploratory Investigation of The Fundamental Determinants of National Equity Market Returns Internationalization of Equity Markets. National Bureau of Economic Research, Project Reports, 59-147.
- Gartmeier, M., Reimer, M., Huber, J., Epstein, N., Fischer, M.R. & Berberat, P.O. (2020). International Mobility of Students in The Medical Disciplines From A Comparative Perspective. *Gms Journal For Medical Education*, 37 (3), 1-16. <https://Doi.Org/10.3205/Zma001327>
- Gornik, T., Orel, A., Roblek, D. & Verhovsek, R. (1999). Computerised Patient Record With Distributed Objects. *Studies In Health Technology And Informatics*, 68, 842-846.
- Guilding, C., Li Zhi, P.K., Krishnan, S.M., Hubbard, P.S. & Mckeegan, K.S. (2021). Insights Into Delivering Cross-Cultural Medical Education in The UK And Malaysia. *Medical Science Educator*, 31 (6), 2177-2188. <https://Doi.Org/10.1007/S40670-021-01382-Z>
- Haaja, E. (2020). Why Do Some Smes Engage in Joint Internationalisation And Others Do Not? Exploring The Role Of Mental Images in Collective International Opportunity Recognition. *Journal of International Entrepreneurship*, 18 (1), 15-43. <https://Doi.Org/10.1007/S10843-019-00253-4>
- Han, F.S, Xu, J.M.,Kuek, M. & Ruimei, Z. (2019). Exploration of Image Teaching Evaluation in Deepening Specialty Construction. Proceedings of The Third International Symposium - Educational Research And Educational Technology, 126-130.
- Hu, F.P.,Jiao, C.Y., Zhao, S.P, Dong, H.H., Liu, X., Yi, Y.J. & Wang, J. (2015). The Effects of Attention Pre-Allocation And Target-Background Integration on Object-Based Attention. *Plos One*, 10 (3), E0119414. <https://Doi.Org/10.1371/Journal.Pone.0119414>
- Jain, S. & Dewey, R.S. (2021). The Role Of Special Clinics in Imparting Clinical Skills: Medical Education For Competence And Sophistication. *Advances in Medical Education and Practice*, 12, 513-518. <https://Doi.Org/10.2147/AMEP.S306214>



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Kalnins, A.(2007). Sample Selection And Theory Development: Implications of Firms' Varying Abilities to Appropriately Select New Ventures. *Academy of Management Review*, 32 (4), 1246-1264. <https://doi.org/10.5465/amr.2007.26586802>
- Kalyoncuoğlu, S. ve Üner, M. (2010). Küresel Doğan İşletme Kavramı Ve İşletmelerin Küresel Doğmasına Etki Eden Kurucu/Üst Düzey Yönetici Özellikleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 12(3), 1-42. <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Gaziuiibfd/Issue/28321/300954>.
- Kostova, D., Smyrl, M., Erkkila, T. & Dvorakova, V.(2022). Determinants And Diversity of Internationalisation in Political Science: The Role of National Policy Incentives. *European Political Science*. <https://Doi.Org/10.1057/S41304-022-00365-X>
- Kudo, K., Isobe, N., Ueda, S., Tomimatsu, S., Moriyama, T. & Shimizu, S.(2021). Barriers to International Telemedicine Conferencing: A Survey of The National University Hospital Council of Japan. *Telemedicine and E-Health*, 26 (3), 433-439. <https://Doi.Org/10.1089/Tmj.2021.0046>
- Lima, G.B. & De Carvalho, D.T. (2011). Internationalization of Companies in Industrial Clusters: A Study of Medical, Dental and Hospital Supply Industries in Ribeirao Preto - Sp. *Rege-Revista De Gestao*, 18 (1), 19-33. <https://Doi.Org/10.1108/17506121111172211>
- Manhas, P.S., Kour, P. & Bhagata, A. (2014). Silk Route in the Light of Circuit Tourism: An Avenue of Tourism Internationalization. *Proceida-Socila and Behavioral Sciences*, 144, 143-150. <https://Doi.Org/10.1016/J.Sbspro.2014.07.283>
- Martínez-López, F. J., Merigó, J. M., Valenzuela-Fernández, L. & Nicolás, C. (2018). Fifty Years Of The European Journal Of Marketing: A Bibliometric Analysis. *European Journal Of Marketing*, 52(1-2), 439-468. <https://Doi.Org/10.1108/EJM-11-2017-0853>
- Marques, C.S., Valente, S. & Lages, M. (2017). The Influence of Personal and Organizational Factors on Entrepreneurship Intention: An Application in The Healthcare Sector. In (Ed. Vrontis, D., Weber, Y., Tsoukatos, E.) *Global And National Business Theories And Practice: Bridging The Past With The Future*. EuroMed Academy of Business Conference Book of Proceedings; Vol. 10). EuroMed Press.
- Marques, C., Santos, G. & Couto, I. (2018). Value-Based Health Care In Portugal: Visions And Reflections of Key Stakeholders. In (Ed. Vrontis, D., Weber, Y., Tsoukatos, E). *Research Advancements in National and Global Business Rheory and Practice.11th Annual Conference Of The Euromed-Academy-Of-Business - Research Advancements in National And Global Business Theory And Practice*, 933-949.
- Mathis, B.J., Mayers, T. & Miyamasu, F. (2022). English as a Vocational Passport: Japanese Medical Students And Second Language Learning Motivation. *Education Science*, 12(1), 1-10. <https://Doi.Org/10.3390/Educsci12010008>
- McDowell, L., Batnitzky, A. & Dyer, S. (2008). Internationalization and The Spaces of Temporary Labour: The Global Assembly of a Local Workforce. *British Journal of Industrial Relations*, 46 (4), 750-770. <https://Doi.Org/10.1111/J.1467-8543.2008.00686.X>
- McGarvey, A., Karivelil, D. & Byrne, E. (2021). International Students' Experience of Medical Training in an English-Speaking European Country. *Journal of Studies in International Education*, 25 (5), 487- 504. <https://Doi.Org/10.1177/1028315320976029>
- Mejia, R.C.B., Manzano, A.I. & Menez, N.L. (2014). Best Practices of Lyceum of The Philippines University And Dusit Thani Tie Up: Inputs to Program Competitiveness. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 144, 306-312. <https://Doi.Org/10.1016/J.Sbspro.2014.07.300>
- Mews, C., Schuster, S., Heide, C.V., Lindtner-R., Schmidt, L.E., Bosner, S. Guzelsoy, L., Kressing, F., Hallal, H., Peters, T., Gestmann, M., Hempel, L., Grutzmann, T., Sievers, E. & Knipper, M.(2018). Cultural Competence And Global Health: Perspectives For Medical Education - Position Paper Of



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- The GMA Committee On Cultural Competence And Global Health. *Gms Journal For Medical Education*, 35 (3), 1-17 <https://Doi.Org/10.3205/Zma001174>
- Mikhailova, O. & Olsen, P.I. (2016). Internationalization of an Academic Invention Through Successive Science-Business Networks: The Case of TAVI. *Journal of International Entrepreneurship*, 14 (3), 441-471. <https://Doi.Org/10.1007/S10843-016-0186-8>
- Moen, O., Falahat, M. & Lee, Y.Y. (2022). Are Born Global Firms Really A New Breed of Exporters? Empirical Evidence From An Emerging Market. *Journal of International Entrepreneurship*, 20, 150-193. <https://Doi.Org/10.1007/S10843-022-00307-0>
- Navarro, T.M., Duran, F.M. & Santos, J.L. (2017). A Regional Competitiveness Index For Spain. *Revista De Estudios Regionales*, 109, 67-94
- Nishigori, H, Takahashi, O, Sugimoto, N, Kitamura, K. & McMahan, G.T. (2012). A National Survey of International Electives For Medical Students in Japan: 2009-2010. *Medical Teacher*, 34(1), 71-73. <https://Doi.Org/10.3109/0142159X.2012.638014>
- Nohr, L. (2000). Global Medicine And Licensing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 170-172. <https://Doi.Org/10.1258/1357633001934564>
- Ohtani, H., Mitsui, R., Akiyoshi, T., Imaoka, A., Abe, Y., Kanke, M., Nakamura, T, Foster, P. & Mochizuki, M. (2017). Development And Evaluation of an Overseas Clinical Rotation Program For Undergraduate Pharmacy Students in Japan. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 9 (3), 452-459. <https://Doi.Org/10.1016/J.Cptl.2016.12.007>
- Orlikoff, R.F. & Georgieva, D. (2021). Promoting The Internationalization of Speech-Language Pathology Education: The Bulgarian-American Cooperative Experience Strategies For Policy in Science And Education. *Strategu Na Obrazovatelna I Nauchnata Politika*, 29 (2), 172-184.
- Pacanowski, T.G. & Aguerrebere, P.M. (2018). Apps in Hospital Digital Identity: Implications on Reputation and Trends. *Revista Espanola De Comunicacion En Salud*, 9 (1), 82-92. <https://Doi.Org/10.20318/Recs.2018.4255>
- Paciencia, I., Moreira, A., Moreira, C., Rufo, J.C., Sokhatska, O., Rama, T., Hoffmann, E., Santos, A.C., Barros, H. & Ribeiro, A.I. (2021). Neighbourhood Green And Blue Spaces And Allergic Sensitization in Children: A Longitudinal Study Based On Repeated Measures From The Generation XXI Cohort. *Science of The Total Environment*, Vol. 772, 145394. <https://Doi.Org/10.1016/J.Scitotenv.2021.145394>
- Pla-Barber, J., Sanchez, E., & Madhock, A. (2010). Investment And Control Decisions in Foreign Markets: Evidence From Services Industries. *British Journal of Management*, 21, 736-753. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2010.00698.x>
- Pla-Barber, J.E, & Ghauri, P. N. (2012). Internationalization of Service Industry Firms: Understanding Distinctive Characteristics. *Service Industries Journal*, 32 (7), 1007-1010. <https://doi.org/10.1080/02642069.2012.662498>
- Rai, A. (2019). Medical Tourism Facilities in Kolkata. Medical Tourism in Kolkata, Eastern India. *Global Perspectives on Health Geography*, 67-83. https://Doi.Org/10.1007/978-3-319-73272-5_3
- Ramalho, A., Souza, J., Castro, P., Lobo, M., Santos, P. & Freitas, A. (2021). Portuguese Primary Healthcare And Prevention Quality Indicators For Diabetes Mellitus-A Data Envelopment Analysis. *International Journal of Health Policy and Management*, 26. <https://Doi.Org/10.34172/Ijhpm.2021.76>
- Ruzevicius, J.(2008). The Study of Quality Certification System of Lithuania. *Inzinerne Ekonomika-Engineering Economics*, 2,78-84.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Sa, L., Siciliani, L. & Straume, O.R. (2019). Dynamic Hospital Competition Under Rationing By Waiting Times. *Journal of Health Economics*, 66, 260-282. <https://Doi.Org/10.1016/J.Jhealeco.2019.06.005>
- Segouin, C., Hodges, B. & Byrne, P.N. (2007). World Conference on Medical Education: A Window on The Globalizing World of Medical Education?. *Medical Teacher*, 29 (2-3), 63-66. <https://Doi.Org/10.1080/01421590601175291>
- Shaheer, N., Li, S.L. & Priem, R. (2020). Revisiting Location in A Digital Age: How Can Lead Markets Accelerate The Internationalization of Mobile Apps?. *Journal of International Marketing*, 28 (4), 21-40. <https://Doi.Org/10.1177/1069031X20949457>
- Siciliani, L. & Straume, O.R. (2019). Competition And Equity in Health Care Markets. *Journal of Health Economics*, 64 (1), 1-14. <https://Doi.Org/10.1016/J.Jhealeco.2018.12.002>
- Siddiqui, S., Ramesh, A., Manoharan, K., Hussein, A., Jawad, A.M. & Hussain, F. (2014). Developing A Framework For The Internationalization of British Healthcare Institutes: A Qualitative Dual Case Study Analysis. *International Journal of Healthcare Management*, 7 (1), 14-20. <https://Doi.Org/10.1179/2047971913Y.0000000059>
- Sooryamoorthy, R. (2010). The Internationalisation of South African Medical Research, 1975-2005. *South African Journal of Science*, 106 (7-8), 19-25. <https://Doi.Org/10.4102/Sajs.V106i7/8.321>
- Sousa, C., Leitao, A. J., Neves, B.M., Judas, F., Cavaleiro, C. & Mendes, A.F. (2020). Standardised Comparison of Limonene-Derived Monoterpenes Identifies Structural Determinants of Anti-Inflammatory Activity. *Scientific Reports. Vol.10* (1), 7199. <https://Doi.Org/10.1038/S41598-020-64032-1>
- Şahin, E., Akdağ, G., Çakıcı, C. ve Onur, N. (2018). Gastronomi Ve Mutfak Sanatları Anabilim Dallarında Yayınlanan Tezlerin Bibliyometrik Analizi. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2 (Ek.1), 30-41.
- Tschirhart, N., Jiraporncharoen, W., Angkurawaranon, C., Hashmi, A., Nosten, S., Mcgready, R. & Ottersen, T. (2020). Choosing Where to Give Birth: Factors Influencing Migrant Women's Decision Making In Two Regions of Thailand. *PlosOne*, 15 (4), E0230407. <https://Doi.Org/10.1371/Journal.Pone.0230407>
- Tschirhart, N., Jiraporncharoen, W., Thongkhamcharoen, R., Yoonut, K., Ottersen, T., & Angkurawaranon, C. (2021). Including Undocumented Migrants in Universal Health Coverage: A Maternal Health Case Study From The Thailand-Myanmar Border. *Bmc Health Services Research*, 21 (1), 1315. <https://Doi.Org/10.1186/S12913-021-07325-Z>
- Üner, M.M. (2008). Genel İşletmecilik. Ankara. Detay Yayıncılık.
- Üner, M.M., Çetin, B. & Çavuşgil, S.T. (2020). On The Internationalization of Turkish Hospital Chains: A Dynamic Capabilities Perspective. *International Business Review*, 29(3). <https://Doi.Org/10.1016/J.Ibusrev.2020.101693>
- Veerasoontorn, R. & Beise-Zee, R. (2010). International Hospital Outshopping: A Staged Model of Push And Pull Factors. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(3), 247-264. <https://Doi.Org/10.1108/17506121011076174>
- Veiga-Branco, M., A. R., Ribeiro, M.I.B., Andrade, A.J., Cadinha, L.C.D., Pires, R.B., Facanha, A.L.C., Pires, A.C., Jorge, C.M.E., Pedrosa, D.F., Vaz, F.J.A. & Soliman, K.S. (2018). Relationship Between Professional Motivations and the Expectation of Staying At the Same Workplace: A Cross-Sectional Descriptive Study with Physicians in Portugal. 32nd Conference Of The International-Business-Information-Management-Association (IBIMA), 670-686.
- Volintiru, M. (2018). The Internalization Context of Private Health Service Providers in Europe: Romanian Market Case Study. 12th International Conference On Business Excellence (ICBE). <https://Doi.Org/10.2478/Picbe-2018-0093>



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Wang, J.G;., Deng, K., Weng, L.C., Wang, C.X., Zhang, C.J., Wang, X.Y., Yingying, S., Guiran, C. & Zhen, L. (2015). Further Exploration of the Bilingual Teaching Reform of "Biological Science. Proceedings of The International Conference On Education, Management, Commerce And Society(EMCS), 384-389.
- Williams, N.L., Ridgman, T., Shi, Y.J. & Ferdinand, N. (2014). Internationalization As Interaction: A Process Perspective On Internationalization From A Small Developing Country. *Thunderbird International Business Review*, 56 (2), 127-144. <https://Doi.Org/10.1002/Tie.21607>
- Xu, J.Y., Xu, H. & Zhang, Z. (2016). The Internationalization Strategy Research On Hotel Enterprise Group Brand. Proceedings of The 2016 International Conference on Education, Sports, Arts And Management Engineering(ICESAME), 1131-1134.
- Zapp, M., Jungblut, J. & Ramirez, F.O. (2021). Legitimacy, Stratification, and Internationalization in Global Higher Education: The Case of The International Association of Universities. *Tertiary Education And Management*, 27 (1), 1-15. <https://Doi.Org/10.1007/S11233-020-09062-0>
- Zehavi, A. & Zer, N. (2013). A Public Road to Globalization: Public Services and Customer Internationalization in Israel. *Administration & Society*, 45(2), 187-212. <https://Doi.Org/10.1177/0095399712451892>



COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE ÖZEL HASTANELERİN FİNANSAL ANALİZİ

FINANCIAL ANALYSIS OF PRIVATE HOSPITALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Arş. Gör. Pınar UÇAKKUŞ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, pinarguns@gmail.com, orcid.org/0000-0002-4236-4350

Dr. Öğr. İlknur ARSLAN ÇİLHORUZ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, ilknur.arslan@gmail.com, orcid.org/0000-0003-4030-0158

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (01.03.2022-30.08.2022)

Öz

Covid-19 salgını, İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana dünyanın karşılaştığı en zorlu sosyal ve ekonomik krizi beraberinde getirmiştir. Bu krizlerden en fazla etkilenen sektörlerden biriside sağlık sektörü olmuştur. Bu çalışmanın amacı Covid-19'un iki farklı özel hastanenin finansal analizi üzerindeki yansımalarını incelemektedir. Bunun için Lokman Hekim Hastaneleri ve MLP (Medikal Park) Care hastanelerinin verileri yatay, dikey, oran ve trend analizine tabi tutulmuştur. Her iki hastanenin de 2019 yılına göre net satışlarında LH (-0,24), MLP (-0,13) ve maliyetlerinde LH (-0,32), MLP (-0,14) bir azalma meydana gelmiş ve daha fazla kâr ettikleri görülmüştür. Bu da her iki hastanenin de Covid-19 sürecinden olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Her ne kadar satışlarda düşüş olduğu görülse de devlet hastanelerinin bazılarının pandemi hastanesi olması özel hastanelere olan talebin önüne açmıştır. Burada hastane yönetiminin üzerinde durması gereken konu, giderlerde olanaklar ölçüsünde tasarruf sağlamak, piyasa koşulları uygunsa satış fiyatını arttırmak veya satış fiyatında herhangi bir değişiklik yapmadan, satılan mal miktarını artırarak değişmez giderlerin birim maliyetleri üzerindeki payını azaltmak olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 Pandemisi, Özel Hastane İşletmeleri, Finansal Analiz

Abstract

The Covid-19 pandemic has brought with it the most difficult social and economic crisis the world has faced since the Second World War. One of the sectors most affected by these crises has been the health sector. The aim of this study is to examine the reflections of Covid-19 on the financial analysis of two different private hospitals. For this purpose, the data of Lokman Hekim Hospitals and MLP (Medical Park) Care hospitals were subjected to horizontal, vertical, ratio and trend analysis. In both hospitals, there was a decrease in net

257



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

sales of LH (-0.24), MLP (-0.13) and costs LH (-0.32), MLP (-0.14) compared to 2019, and they made more profit. seen. This shows that both hospitals are positively affected by the Covid-19 process. Although it is seen that there is a decrease in sales, the fact that some of the public hospitals are pandemic hospitals has led to the demand for private hospitals. Here, the issue that the hospital management should focus on is to save costs as much as possible, to increase the sales price if the market conditions are suitable, or to reduce the share of constant expenses on unit costs by increasing the amount of goods sold without making any changes in the sales price.

Keywords: Covid-19 Pandemic, Private Hospital Operations, Financial Analysis

GİRİŞ

Covid-19 salgını, İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana dünyanın karşılaştığı en zorlu sosyal ve ekonomik krizi beraberinde getirmiştir. Bu salgın, yalnızca sağlık sistemlerini ve bireylerin geçim kaynaklarını değil, aynı zamanda neredeyse tüm küresel pazarların ve ekonomilerin istikrarını da tehlikeye atmıştır. Çin'in Wuhan kentinde tespit edildikten yaklaşık üç ay sonra, Türkiye'de ilk vaka, 11 Mart 2020'de doğrulanmıştır. Türkiye'de 16 Mart'a 2021 itibarıyla 2,894.893 vaka 29.489 ölüm gerçekleşmiştir (WHO 2021). Bu artışlar hastane başvurularına da yansımıştır. Tarihten bu tür olaylarla ilgili etkilere ilişkin mevcut literatürün incelenmesi, genellikle bu tür pandemiler sırasında ve sonrasında varlıkların getirilerinin azaldığını göstermektedir (Jordà, Singh ve Taylor, 2020). Makro düzeyde, Covid-19 salgını, ekonominin tamamen bozulduğu 1930'dan bu yana en kötü küresel durgunluğa neden olmuştur (Shen, H., Fu, M., Pan, H., Yu, Z. & Chen, Y. 2020). Bazı bölgelerdeki hastaneler, hem Covid-19 kaynaklı yatışlar nedeniyle daha fazla gelir elde edecek hem de ek personel ve kaynaklarla ilgili daha fazla maliyet elde edecekken, diğer hastaneler, zorunlu olmayan hizmetleri en aza indirmek için gelir kaybına uğrayacaktır. Buna ek olarak bazı hastaneler, pandemiye bağlı gelir azalmalarıyla mücadele etmek için finansal olarak çok daha iyi konumlandırılmıştır (Khullar, D., Bond, A.M. & Schpero W.L. 2020). Bunlar ele alındığında Covid-19 sürecinde özel hastanelerin yaşadıkları gelir kayıpları, kar/zarar oranları, pandemi öncesi ve sonrası satışların karşılaştırması vb. durumlar finansal analiz sayesinde ortaya konulabilir.

Hastane işletmelerinde finansal analiz; hastane genel muhasebesi, hastane maliyet muhasebesi ve hastane maliyet analizleri alt sistemlerinde oluşan finansal tabloları ele almaktadır. Bu tablolar çeşitli finansal tablo analiz yöntemleri ile değerlendirilerek, hastanenin finansal yapısını değerlendirmeyi ve yöneticilerin ileriye yönelik olarak alacakları kararları yönlendirmeyi amaçlayan bir yönetim muhasebesi alt sistemi olarak kullanılmaktadır. Finansal tablolar bir işletmede ortaya çıkan finansal olayların işletme dış ve iç kullanıcılarına iletilmesinde bir araçtır. Finansal tablolar, zamanında, anlaşılabilir, karşılaştırılabilir, gerçeği yansıta, ihtiyaçlara cevap veren ve doğru bilgileri içermelidir (Bozdemir, 2016: 26-27). Türk Ticaret Kanunu hükümlerine göre finansal tablolar Türkiye Muhasebe Standartları Kurulu tarafından belirlenmektedir. Gelir tablosu, bilanço, öz kaynak değişim tablosu, nakit akım tablosu, kar dağıtım tablosu, satışların maliyeti tabloları gibi şirketler kendi durumları ve düzenlenme zorunluluğu olan tabloları değerlendirerek finansal tablolarını düzenlemektedirler (Bozdemir, 2012: 105). Hastane işletmelerinde finansal analizlerin ölçülmesi son derece önemli olmasına rağmen ülkemizdeki hastanelerde hem kurumsal anlamda hem de bilimsel anlamda yapılan finansal performans çalışmalarının yetersiz olduğu dikkat çekmektedir (Çil Koçyiğit ve Kocakoç, 2019: 1281). Finansal tablolar analizi genellikle; oran analizi yöntemiyle analiz, karşılaştırmalı tablolar analizi (yatay analiz), yüzde yöntemiyle analiz (dikey analiz) ve eğilim yüzdeleri yöntemiyle analiz olmak üzere 4'e ayrılmaktadır (Bıçakçı, H., Ağırbaş, İ., Bülüç, F. & Turgut, M. 2018: 784).

Hastanelerin Covid-19 sürecinden nasıl etkilendiği finansal analizler yardımıyla ortaya koyulabilir. Bu sebeple bu çalışmada Covid-19'un iki farklı özel hastanenin finansal analizi üzerindeki yansımalarını ele almak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı Covid-19'un iki farklı özel hastanenin finansal analiz üzerindeki yansımalarını incelemektir. Pandemi sürecinde hastanelerin kar zarar oranlarının kıyaslanması ile literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. İşletme sektöründe birçok şirketin finansal göstergelerine açık şekilde erişim sağlanırken bu sağlık sektöründe mümkün olmamaktadır. Bu nedenle sadece finansal performans göstergeleri halka açık olan Medikal Park Hastaneleri ve Lokman Hekim Hastaneleri çalışmamız kapsamına dahil edilmiştir. Çalışmada ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul izni gerekmemektedir.

Çalışmanın Veri Toplama Aracı

Çalışma kapsamında analize tabi tutulacak olan veriler Lokman Hekim Engürüsağ A.Ş ve MLP (Medikal Park Hastaneleri) Sağlık Hizmetleri A.Ş.'nin web sitesinden bilanço ve gelir tablosu indirilerek elde edilmiştir.

Verilerin Analizi

Hastane web sitesinden elde edilen veriler Excel programına aktarılarak dikey, yatay, trend ve oran analizlerine tabi tutulmuştur.

BULGULAR

Bu bölümde Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık, Turizm, Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt Anonim Şirketi'nin ve MLP Care'in 1 Ocak-31 Aralık 2019-2020 hesap dönemine ait konsolide bağımsız denetim raporundan geçmiş bilanço ve gelir tablosu verileriyle yapılan analizlere yer verilmiştir.

Lokman Hekim Hastaneleri ve MLP Care'in para değerindeki satın alma gücüne göre düzeltilmiş verileri düzenlenmiş bilanço ve gelir tablolarının da analizleri yapılmıştır. Düzeltme işlemi yapılırken toptan eşya fiyat endeksleri (TEFE) kullanılmıştır.

Tablo 1 : Lokman Hekim Hastaneleri ve MLP Care'in Bilançosu ile Yatay Analizi

VARLIKLAR	Lokman Hekim Hastaneleri			MLP Care		
	2019	2020	%	2019	2020	%
Dönen Varlıklar	144.979.216,5	108.330.423	-0,25	2.135.250	218.527,8	0,02
Nakit ve Nakit Benzerleri	78.466.976,8	832.648,7	0,06	379.022,1	374.997	-0,01
Ticari Alacaklar	85.327.146,6	64.151.911	-0,25	1.228.710	1.155.116	-0,06
Stoklar	308.430.705,6	19.664.250	-0,36	112.176,6	113482	0,01
Duran Varlıklar	317.359.047,8	2,81E+08	-0,11	2.718.712	238.657,2	-0,12
Maddi Duran	153.060.788,8	1,58E+08	0,03	961.925	764.245	-0,21

Varlıklar							
Maddi Olmayan Duran Varlıklar	304.618.065,2	23.231.455	-	683.831,5	676.849	-0,01	
Toplam Varlıklar	462.338.264,4	3,9E+08	-	4.853.963	4.571.850	-0,06	0,24
KAYNAKLAR							
Kısa Vadeli Yükümlülük	184.534.969,8	1,46E+08	-	2.403.637	2.386.700	-0,01	0,21
Kısa Vadeli Borçlanmalar	523.112.414	23.065.812	-	484.921,8	363.743	-0,25	0,56
UV Borçlanmaların KVK	500.862.560,8	43.114.594	-	352.227	392.485	0,11	0,14
Ticari Borçlar	50.196.328,4	40.161.867	-	1.018.243	987.130	-0,03	0,20
Kısa Vadeli Karşılıklar	490.494,4	1.770.560	2,61	38.619,8	39.457	0,02	
Uzun Vadeli Yükümlülükler	161.015.445,8	1,13E+08	-	2.154.703	1.836.293	-	0,30
Uzun Vadeli Borçlanmalar	135.178.116,4	99.856.264	-	1.066.081	944.203	-0,11	0,26
Uzun Vadeli Karşılıklar	757.270.232	5.051.409	-	24.989,72	30.207	0,21	0,33
Özkaynaklar	116.787.848,8	1,3E+08	0,11	238.405	348.857	0,46	
Ana Ortaklığa Ait Özkaynaklar	890.528.890,4	1,03E+08	0,15	285.202,5	282.387	-0,01	
Ödenmiş Sermaye	29.760.000	24.000.000	-	257.965,9	208.037	-0,19	0,19
Kârdan Kısıtlanmış Yedekler	134.940.743,2	8.126.027	-	20.260	10.260	-0,49	0,40
Geçmiş Kâr/(Zararları)	203.400.560,4	27.414.449	0,35	-737.985	-558.898	-0,24	
Net Dönem Kârı/(Zararı)	102.525.977,6	24.250.988	1,37	44.951,24	64.930	0,44	
TOPLAM KAYNAK	462.338.264,4	3,9E+08	-	4.853.963	4.571.850	-0,06	0,16

Tablo 1 incelendiğinde Lokman Hekim Hastanelerinin cari dönemdeki satın alma gücüne göre dönen varlıkları %25 oranında azalış göstermektedir. Kısa vadeli yabancı kaynaklarında ise %21 oranında bir azalış söz konusudur. Duran varlıklarda %11 oranında bir azalışa uğramıştır. Duran varlık azalışları dönen varlıklardan daha az olduğundan genel aktif içinde varlık yapısı değerlendirildiğinde duran varlıkların aktif içinde payının dönen varlıklara göre arttığı görülmektedir. Hastanenin stoklarında da %36 oranında bir azalış söz konusudur. Hastanenin uzun vadeli yabancı kaynaklarında %30 bir azalma ve özkaynaklarında da %11 oranında artış gözlenmiştir.

MLP Care'in cari dönemdeki satın alma gücüne göre dönen varlıkları %2 oranında artış göstermektedir. Kısa vadeli yabancı kaynaklarında ise %1 oranında bir azalış söz konusudur. Duran varlıklarda %12 oranında bir azalışa uğramıştır. Hastanenin stoklarında da %1 oranında bir artış olmuştur. Hastanenin uzun vadeli yabancı kaynaklarında %15 bir azalma ve özkaynaklarında ise %46 oranında artış gerçekleşmiştir.

Tablo 2: Lokman Hekim Hastaneleri ve MLP Care'in Gelir Tablosu ile Yatay Analizi

	Lokman Hekim Hastaneleri			MLP Care		
	2019	2020	Değişim	2019	2020	Değişim
Net Satışlar	415.684.010	316.730.031	- 0,24	4.592.462	4.014.679	-0,13
Satışların Maliyeti (-)	-364.710.141	-246.450.141	-0,32	-3.536.177	-3.058.183	- 0,14
Brüt Kâr/(Zarar)	50.973.869	70.279.890	0,38	1.056.284	956.496	-0,09
Genel Yönetim Giderleri (-)	-15.560.276	-13.450.452	-0,14	-382.640	-266.009	-0,30
Pazarlama Satış ve Dağıtım Giderleri (-)	-3.027.344	-3.530.366	0,17	-	-	-
Esas Faaliyet Kârı/(Zararı)	25.034.381	49.575.006	0,98	648.434	753.606	0,16
Vergi Öncesi Kârı/(Zararı)	4.625.263	36.443.574	6,88	101.832	18.5511	0,82
Dönem Net Kârı/(Zararı)	13.648.403	29.789.179	1,18	69.754	12.2997	0,76
Diğer Kapsamlı Gelir (Vergi Sonrası)	-736.455	-3.204.557	3,35	-15.004	-12.545	-0,16
Toplam Kapsamlı Gelirin Dağılımı	12.911.947	26.584.622	1,06	54.750	110.452	1,02
Kontrol Gücü Olmayan Paylar	3.395.805	5.538.191	0,63	24.803	58.067	1,34
Ana Ortaklık Payları	9.516.141	21.046.431	1,21	29.947	52.385	0,75

Tablo 2’de Lokman Hekim Hastanelerinin net satışlar enflasyon baz alınarak hesaplanan verilerine bakıldığında 2019 yılına göre %24 azalış göstererek 2019 yılındaki satın alma gücünü koruyamamıştır. Satışların maliyetlerinde ise %32’lik bir azalış olmuştur. Brüt kar 2019 yılına oranla %38’lik bir artış göstermiştir. Esas faaliyet giderlerinde ise 2019 yılına göre %98’lik bir artış olmuştur. Dönem net karında ise %118’lik bir artış meydana gelmiştir.

MLP Care’in net satışlar enflasyon baz alınarak hesaplanan verilere göre %13 2019 yılına göre azalış göstererek 2019 yılındaki satın alma gücünü koruyamamıştır. Satışların maliyetlerinde ise %14’lük bir azalış olmuştur. Brüt kar 2019 yılına göre %9’luk bir azalış göstermiştir. Esas faaliyet giderlerinde 2019 yılına göre %16’lık bir artış olmuştur. Dönem net karında ise %76’lık bir artış meydana gelmiştir.

Tablo 3: Lokman Hekim Hastaneleri ve MLP Care'in Dikey Yüzdeleri

Yıllar	Lokman Hekim Hastaneleri		MLP Care	
	2019	2020	2019	2020
Dönen Varlıklar	31.36	27.8	43.99	47.8
Duran Varlıklar	68.64	72.2	56.01	52.2
Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar	39.91	37.53	49.52	52.2
Uzun Vadeli Yabancı Kaynaklar	34.83	29.13	44.39	40.17
Özkaynaklar	25.26	33.35	4.91	7.63
Devamlı Sermaye	60.09	62.48	49.3	47.8

LH dönen varlıklarının toplam aktif içinde payı 2019 yılından 2020 yılına göre %31,36 iken %27,80 olmuştur. Dönen varlıkların aktif içindeki payı azalan bir seyir izlemiştir ve kısa vadeli yabancı kaynakların da toplam pasif içindeki payı azalmıştır. Dönen varlıklar ile kısa vadeli yabancı kaynakların birlikte incelenmesinin en önemli nedeni, hastanenin likidite yeterlilik durumunun saptanması, net çalışma sermayesinin yeterli olup olmadığının belirlenmesidir. 2019 yılında, dönen varlıklar toplam aktifin %31,36'sı iken, kısa vadeli yabancı kaynaklar toplam pasifin %39,91'idir. Yani hastanenin net çalışma sermayesinin negatif olup, toplam aktifin (%31,36-%39,91) %-8,5'idir. 2020 yılında da net çalışma sermayesi (%27,8-37,53) %-9,73'e düşmüştür. Bu da 2020 yılında 2019 yılına göre likidite yönünden daha fazla sıkıntı çektiğini ve kısa vadeli borçlarını zamanında ödeyemeyeceğini göstermektedir.

MLP Care'in dönen varlıklarının toplam aktif içinde payı 2019 yılından 2020 yılına göre %43,99 iken %47,80 olmuştur. Dönen varlıkların aktif içindeki payı artan bir seyir izlemiştir ve kısa vadeli yabancı kaynakların da toplam pasif içindeki payı artmıştır. Hastanenin 2019 yılında, dönen varlıklar toplam aktifin %43,99'u iken, kısa vadeli yabancı kaynaklar toplam pasifin %49,52'idir. Yani hastanenin bu yıl net çalışma sermayesinin negatif olup, toplam aktifin (%43,99-%49,52) %-5,53'dür. 2020 yılında da net çalışma sermayesi (%47,8-52,20) %-4,4'e çıkmıştır. Özetle, hastanenin 2020 yılında net çalışma sermayesi, 2019 yılına göre az da olsa artmıştır.

Toplam kaynağın %50'den fazlasının öz kaynak olması, firmanın borç ödeme riskini azaltmaktadır. LH 2019 yılında toplam kaynakların %74,74'ü yabancı kaynaktan, %25,26'sı ise öz kaynaktan oluşmuştur. 2020 yılında ise toplam kaynakların %66,65'ü yabancı kaynaktan, %33,35'i öz kaynaktan meydana gelmektedir. 2020 yılında 2019 yılına göre kısa vadeli yabancı kaynaklarda %2,39 oranında, uzun vadeli yabancı kaynaklarda %5,7 azalışın ve öz kaynaklarda %8,09 oranında artış olduğu görülmektedir.

MLP Care'in kaynak yapısının analizinde görüleceği üzere, 2019 yılında toplam kaynakların %95,09'u yabancı kaynaktan, %4,91'i ise öz kaynaktan oluşmuştur. 2020 yılında ise toplam kaynakları %92,37'si yabancı kaynaktan, %7,63'ü öz kaynaktan oluşmaktadır. 2020 yılında 2019 yılına göre kısa vadeli yabancı kaynaklarda %2,68 oranında artış, uzun vadeli yabancı kaynaklarda %4,22 azalış ve öz kaynaklarda da %2,72 oranında artış olduğu görülmüştür.

Öz kaynakların, duran varlıkların finansmanında yeterli olup olmadığının saptanmasında, duran varlıklar ile öz kaynakların dikey yüzdelerinin birlikte değerlendirilmesi uygun olur. Lokman

Hekim Hastanesi'nin 2019 ve 2020 yıllarında duran varlıkların öz kaynaklardan yüksek olduğu dolayısıyla hastanenin duran varlıkları finanse edecek gücünün olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Hastanenin duran varlıklarında 2019 yılında 2020 yılına göre %3,56'lık öz kaynaklarında ise %8,09'luk bir artış olmuştur. MLP Care'in 2019 ve 2020 yıllarında duran varlıkların öz kaynaklardan yüksek olduğu dolayısıyla hastanenin duran varlıkları finanse edecek gücünün olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Hastanenin duran varlıklarında 2019 yılında 2020 yılına göre %3,81'lik bir azalış olurken öz kaynaklarında %2,72'lik bir artış olmuştur.

Duran varlıkların finansmanında devamlı sermayenin yeterli olup olmadığı konusunda bir değerlendirme yapabilmek için, duran varlıkların dikey yüzdesi ile devamlı sermayenin dikey yüzdesini karşılaştırmak uygun olacaktır. LH 2019 yılında duran varlıklar toplam aktifin %68,64'iken, devamlı sermaye ise toplam pasifin %60,09'udur. 2020 yılında duran varlıklar toplam aktif içinde %72,20'iken, devamlı sermaye toplam pasifin %62,48'dir. Devamlı sermaye duran varlıkların finansmanında yetersiz olmuştur. Ancak 2020 yılında az da olsa olumlu bir artış olmuştur. MLP Care'in 2019 yılında duran varlıklar toplam aktifin %56,01'iken, devamlı sermaye ise toplam pasifin %49,3'üdür. 2020 yılında duran varlıklar toplam aktifin %52,20'iken, devamlı sermaye toplam pasifin %47,80'idir. Devamlı sermaye duran varlıkların finansmanında yetersiz olmuştur. Ancak 2020 yılında az da olsa olumlu bir artış olmuştur.

Tablo 4: Lokman Hekim Hastaneleri ve MLP Care'in Dikey Yüzdeleri Tablosu

Kalemler	Hastaneler	Dikey Yüzdeler				
		2019		2020		
		Grup %	Top %	Genel Top %	Grup Top %	Genel Top %
Ticari Borçlar	LH	27,20	10,86		27,46	10
	MLP	42,36	20,98		41,36	21,59
Ticari Alacaklar	LH	58,85	18,46		59,22	16,46
	MLP	58	25,31		52,86	25,27
Stoklar	LH	21,27	6,67		18,15	5,05
	MLP	5	2,31		5,19	2,48
Maddi Duran Varlıklar	LH	48	33,11		56	40,63
	MLP	35,38	19,82		32,02	16,72

Ticari borçların genel toplam pasif içindeki paylarının ve kısa vadeli yabancı kaynaklar içindeki paylarının bilinmesi ve ticari alacaklarla karşılaştırması gerekir. Enflasyon dönemlerinde ticari alacakların toplam aktif içindeki payının, ticari borçların toplam pasif içindeki payından daha az olması istenir. Ticari borçlardaki artış, stok düzeyindeki artışla ilgilidir. Stok hareketi arttıkça, kredili alışlardan dolayı ticari borçlar da artar. İşletme yönetimi her zaman kredili alışlarla, kredili satışlar arasındaki ilişkiyi iyi ayarlamalıdır. Alışlarını peşin yapan ancak satışlarını kredili yapan bir firmada net çalışma sermayesinin yeterli olması için şirketin öz kaynağının yeterli olması gerekir. Alıcılarına kredili satış yapan firmanın, aynı olanağı kendi satıcılarından sağlaması nakit planlaması açısından önemlidir. Tablo 4'deki LH'nin ticari borçlarının ticari alacaklardan daha az olduğu görülmektedir. 2019 yılında ticari borçlar %10,86, ticari alacaklar %18,46, 2020 yılında ise ticari borçlar %10, ticari alacaklar %16,46 olarak hesaplanmıştır.

Enflasyon dönemlerinde ticari borcun ticari alaktan fazla olması uygun bir politikadır. Ama incelenen hastanede tam tersi bir durum mevcuttur. Yine ticari borçlarla stoklar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 2019 yılında stoklar aktifin %6,67'si iken, ticari borçlar pasifin %10,86'sıdır. 2020 yılında stoklar %5,05 iken ticari borçlar %10'dur. Bu durumda hastanenin stoklarını ticari

borçlarla finanse ettiği anlaşılmaktadır. Stokların devir hızı yüksek olduğu için borçların vadesinden daha kısa bir sürede tükenmektedir. Bu nedenle ticari borçların yüzdesi, stokların yüzdesinden fazla olmuştur. Diğer bir neden de stoklar dışındaki bazı giderlerden ve alışlardan dolayı ticari borçlar artmış olabilir.

MLP Care'in 2019 yılında ticari borçlar %20,98, ticari alacaklar %25,31, 2020 yılında ise ticari borçlar %21,59, ticari alacaklar %25,27 olmuştur. Yine ticari borçlarla stoklar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 2019 yılında stoklar aktifin %2,31'i iken, ticari borçlar pasifin %20,98'idir. 2020 yılında stoklar %2,48 iken ticari borçlar %21,59'dır. Maddi duran varlıkların toplam aktif ve duran varlık içindeki paylarının bilinmesi de dikey analizde önemlidir. Lokman Hekim Hastanesi'nin ve MLP Care'in maddi duran varlıkların dikey yüzdeleri aşağıdaki gibidir.

Stokların toplam aktif içindeki payının yıllar itibarıyla gösterdiği değişikliğe saptamak önemlidir. Stokların toplam aktif içindeki payının yıllar itibarıyla artması, daha önceki açıklamalarda da belirtildiği üzere, üretim düzeyinin artış olmasından veya şirketin stok bulundurma politikasında yapmış olduğu değişiklik gereği daha fazla stok bulundurma ihtiyacından, ya da satışların beklenen düzeyde gerçekleşmemesinden kaynaklanabilir. Aktif içinde dolayısıyla dönen varlık grubu içinde stokların payının fazla olduğu şirketlerde, stok devir hızına bakmak gerekir. Stok devir hızı yüksek olan firmalarda, stokların toplam aktif içindeki veya dönen varlık grubu içindeki payının yüksek olması likiditeyi olumsuz yönde etkileyebilir. LH stokları 2019 yılında toplam aktifin %6,67'sini dönen varlıkların ise %21,27'sini oluşturmaktadır. 2020 yılında ise stoklar toplam aktifin %5,05'ini, dönen varlıkların %18,15'ini oluşturmuştur. 2020 yılında 2019 yılına göre %1,62'lik dönen varlıklar içerisinde de %3,12'lik bir azalış meydana gelmiştir. MLP Care'in stokları 2019 yılında toplam aktifin %2,31'ini dönen varlıkların ise %5'ini oluşturmaktadır. 2020 yılında ise stoklar toplam aktifin %2,48'ini, dönen varlıkların %5,19'unu kapsamıştır. 2020 yılında 2019 yılına göre %0,17'lik bir artış olurken dönen varlıklar içerisinde de 0,19'luk bir artış gözlenmiştir. Genel aktif içinde, gerekirse dönen varlık grubu içindeki ticari alacakların payının bilinmesi, alacakların yönetiminde önemlidir. Ticari alacaklarda toplam aktif içindeki payının artması, şirketin alacaklarını zamanında tahsil edememesinden veya şirketin kredili satış politikasını değiştirerek daha fazla kredili satış yapmasından ya da satış düzeyinin artması sonucunda kaynaklanmış olabilir.

Ticari alacaklar 2020 yılında 2019 yılına göre %2'lik bir azalış olmuştur. Dönen varlıklar içerisinde de %0,37'lik bir artış olmuştur. Hastanelerin yıllar itibarıyla satışları artarken ticari varlıkların azalması hastanelerin lehine yorumlanabilir. Yani hastane 2020 yılında 2019 yılına göre ticari alacaklarını daha kolay tahsil etmiş veya kredili satış politikasını azaltmış olabilir. Ama her iki yılda da ticari alacak payları çok yüksektir. Bu da arzu edilen bir durum olmamaktadır. MLP Care verilerden de görüleceği üzere, ticari alacaklar 2020 yılında 2019 yılına göre %0,04'lük bir azalış olmuştur. Dönen varlıklar içerisinde de %5,14'lük bir azalış olmuştur.

Tablo 53: Lokman Hekim Hastaneleri'nin ve MLP Care 2020 Yılı Gelir Tablosunun Yüzde Yöntemi İle Analizi

Gelir Tablosu	31.12.2020 Lokman Hekim	Net Satışlara Oranı	31.12.2020 MLP Care	Net Satışlara Oranı
Net Satışlar	316.730.031	100, %	4.014.679	100%
Satışların Maliyeti (-)	-246.450.141	-77,81%	(3.058.183)	-76,18%
Brüt Kâr/(Zarar)	70.279.890	22,19%	956.496	23,82%
Genel Yönetim Giderleri (-)	-13.450.452	-4,25%	(266.009)	-6,63%
Pazarlama Satış ve Dağıtım Giderleri (-)	-3.530.366	-1,11%		0,00%

Esas Faaliyetlerden Diğer Gelirler	5.048.442	1,59%	560.562	13,96%
Esas Faaliyetlerden Diğer Giderler (-)	-8.772.508	-2,77%	(497.443)	-12,39%
Esas Faaliyet Kârı/(Zararı)	49.575.006	15,65%	753.606	18,77%
Finansman Gideri Öncesi Faaliyet Kârı/(Zararı)	49.891.857	15,75%	869.733	21,66%
Vergi Öncesi Kârı/(Zararı)	36.443.574	11,51%	185.511	4,62%
Vergi Gelir/(Gideri)	-6.654.395	-2,10%	(62.514)	-1,56%
Dönemin Vergi Gideri	-2.333.417	-0,74%	(34.119)	-0,85%
Ertelenmiş Vergi Geliri (Gideri)	-4.320.978	-1,36%	(28.395)	-0,71%
Dönem Net Kârı/(Zararı)	29.789.179	9,41%	122.997	3,06%
Dönem Net Kârı/(Zararı)	29.789.179	9,41%	122.997	3,06%
Toplam Kapsamlı Gelir	26.584.622	8,39%	110.452	2,75%
Toplam Kapsamlı Gelirin Dağılımı	26.584.622	8,39%	110.452	2,75%
Kontrol Gücü Olmayan Paylar	5.538.191	1,75%	58.067	1,45%
Ana Ortaklık Payları	21.046.431	6,64%	52.385	1,30%

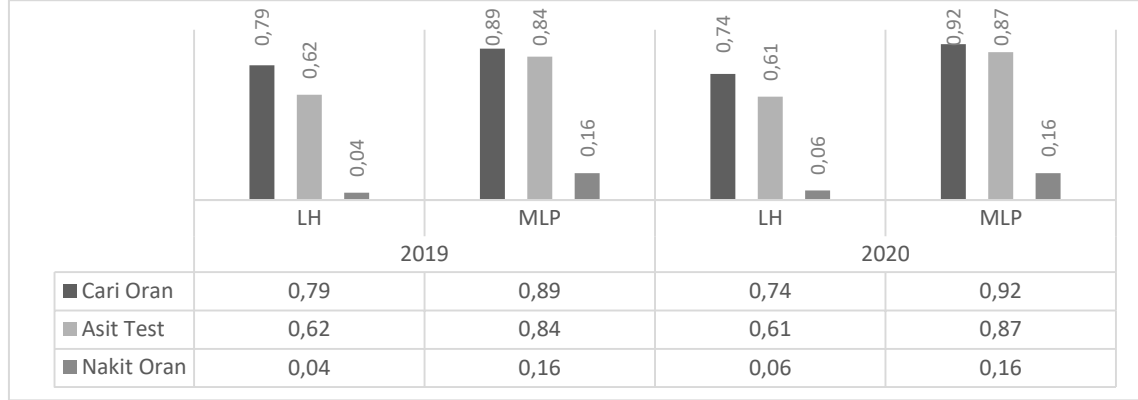
Tablo 5’de hastanelerin gelir tablosunun yüzde analizi yapılmıştır. Hastanelerin klasik gelir tablosu yerine kapsamlı gelir tablosu kullandığı görülmektedir. Lokman Hekim Hastanesinin satılan malın maliyeti %77,81, brüt satış karı %22,19, faaliyet kârı %15,65, finansman giderleri %-5,74, vergi öncesi karı %11,51, dönem net karı %9,41 ve toplam kapsamlı geliri %8,39 olarak gerçekleşmiştir. MLP Care’in satılan mal/hizmet maliyetinin net satışların yarısından fazla olduğu görülmektedir. Faaliyet giderlerine bakıldığında hastanenin her 100 TL’lik net satışının 18,77 TL’si faaliyet karı olarak hastaneye kalmaktadır.

Tablo 10: Lokman Hekim Hastaneleri’nin ve MLP Care’in Düzeltilmiş Gelir Tablosu İle Trend Analizi

	Hastaneler	2016	2017	2018	2019	2020
Net Satışlar	LH	100	110	95	103	79
	MLP	100	104	94	103	90
Satışların Maliyeti (-)	LH	100	115	98	107	73
	MLP	100	102	92	92	80
Brüt Kâr/(Zarar)	LH	100	85	82	81	112
	MLP	100	115	103	167	151
Esas Faaliyet Kârı/(Zararı)	LH	100	87	99	73	144
	MLP	100	88	93	149	174
Finansman Gideri Öncesi Faaliyet Kârı/(Zararı)	LH	100	75	84	62	122
	MLP	100	88	93	187	201
Finansman Gelirleri	LH	100	134	234	320	126
	MLP	100	-	-	-	-
Finansman Giderleri (-)	LH	100	169	191	246	136
	MLP	100	123	111	126	122
Vergi Öncesi Kârı/(Zararı)	LH	100	42	57	15	116
	MLP	100	-238	-169	-79	-144
Dönem Net Kârı/(Zararı)	LH	100	70	53	40	88
	MLP	100	240	151	-165	-61
Dönem Kâr/Zararının Dağılımı	LH	100	70	53	40	88
	MLP	100	240	151	-165	-61
Toplam Kapsamlı Gelir	LH	100	75	70	53	109
	MLP	100	-	-	-	-
Ana Ortaklık Payları	LH	100	103	183	168	372
	MLP	100	32	53	-11	-20

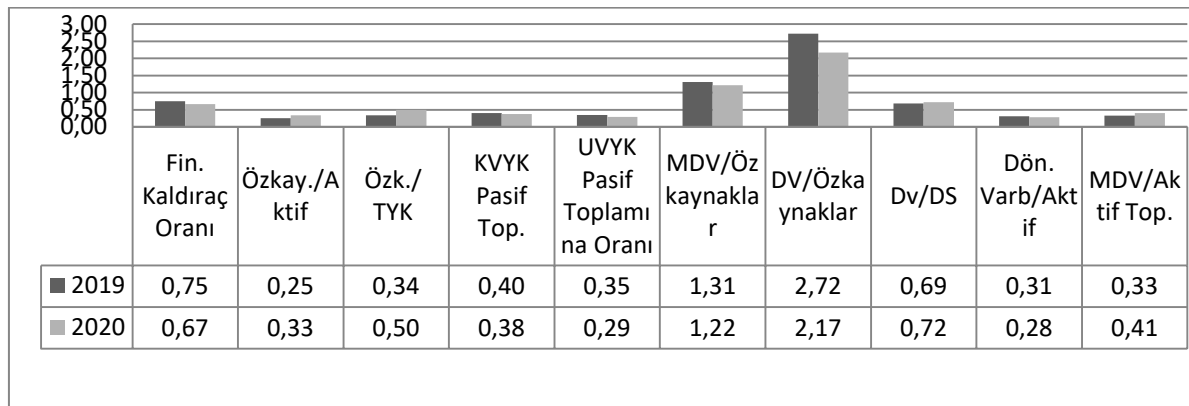
Tablo 10'da göre net satışlar ve satışların maliyetlerindeki eğilim incelendiğinde baz yıla göre Lokman Hekim Hastaneleri ve MLP Care'de bir azalış söz konusudur. Brüt kar da MLP Care için aynı şekilde baz yıla göre azalış gösterirken Lokman Hekim Hastaneleri için artmıştır. Esas faaliyet karında ise 2019 yılına oranla bir artış söz konusudur. Dönem net karında da 2019 yılına göre bir azalış söz konusudur.

Oran Analizi



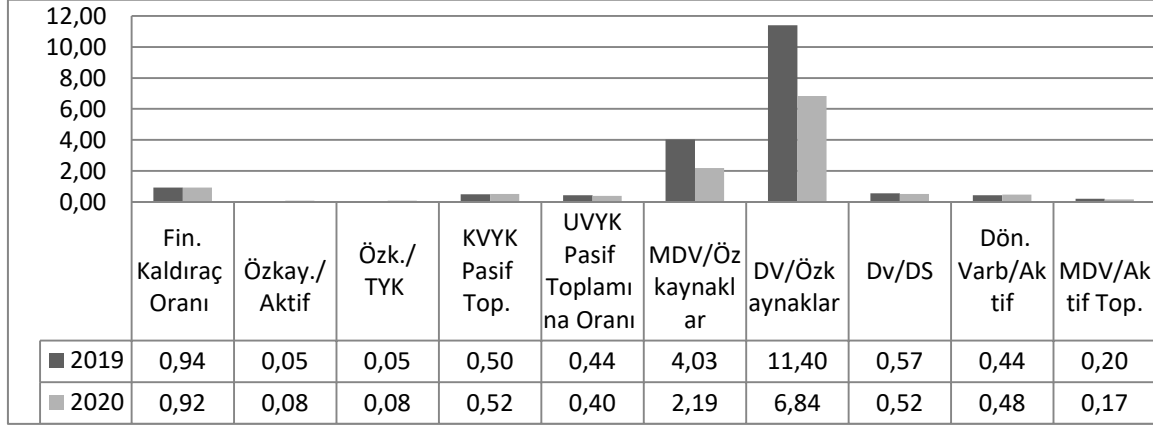
Grafik 1: Lokman Hekim Hastaneleri'nin Likidite Oranları

Grafik 1'de hastanenin likidite oranları 2019 yılında kabul edilebilir oranlara sahipken 2018 yılında düşüş yaşamaya başlamıştır. Hastanenin 1 olan cari oranı 2020 yılında 0,74'e asit test oranı 0,62'den 0,61'e, düşmüş, Nakit oranı 0,04'den 0,06'ya artarak çalışma sermayesinde bir artış meydana gelmiştir. MLP Care'in likidite oranları 2020 yılında artış yaşamaya başlamıştır. Hastanenin 1 olan cari oranı 2020 yılında 0,92'ye asit test oranı 0,84'den 0,87'ye, artmış, Nakit oranı 0,16 ile sabit kalmıştır.



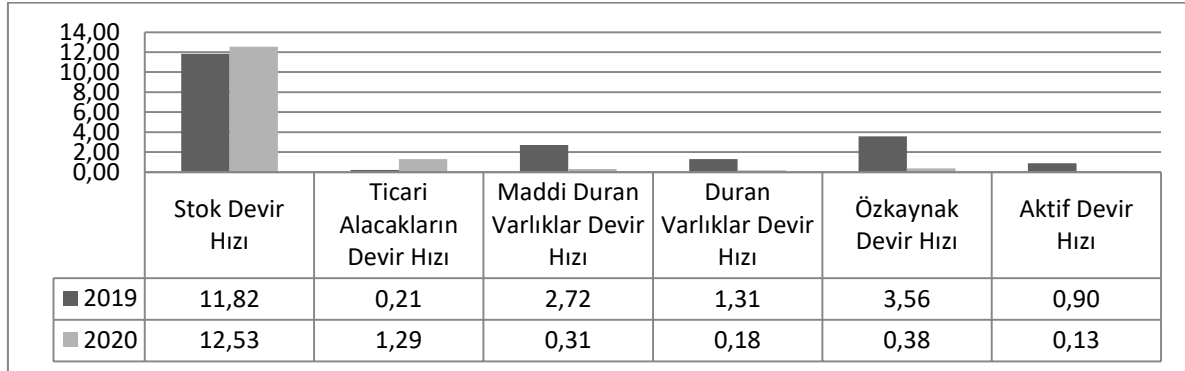
Grafik 2: Lokman Hekim Hastaneleri'nin Mali Yapı Oranları

Grafik 2'de 2019 yılında faaliyetlerinin 0,75'ini borç ile finanse ederken bu oran 2020 yılında %67'lere düşmüştür. Her iki oranda kabul edilebilir düzeyin üstündedir. Özkaynakların aktif toplamına oranı 2019'da 0,25'iken 2020'de 0,33'e yükselmiş bununla birlikte hastane uzun vadeli borç ödeme gücünü artırmıştır. Özkaynakların toplam yabancı kaynaklara oranı da aynı şekilde artmıştır. KVKYK pasif oranında 0,02'lik azalış olmuştur.



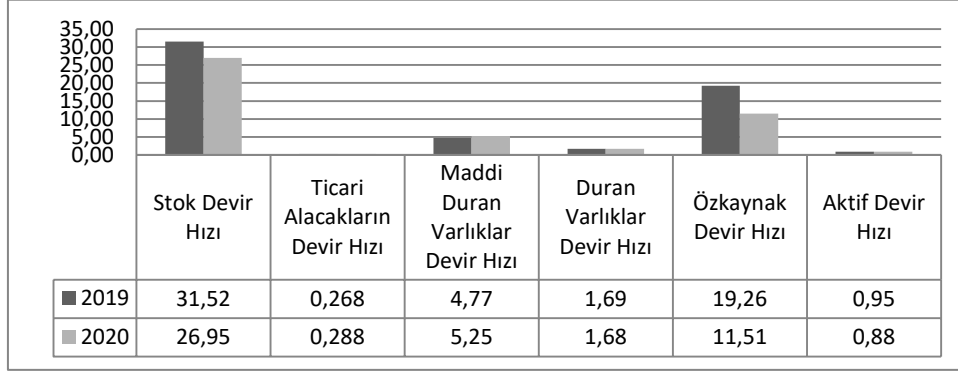
Grafik 3: MLP Care'in Mali Yapı Oranları

Grafik 3'de 2019 yılında faaliyetlerinin 0,94'ünü borç ile finanse ederken bu oran 2020 yılında %92'lere düşmüştür. Özkaynakların aktif toplamına oranı 2019'da 0,05'iken 2020'de 0,08'e yükselmiştir. Özkaynakların toplam yabancı kaynaklara oranı da aynı şekilde artmıştır. KVYK pasif oranında 0,02'lik azalış olmuştur.



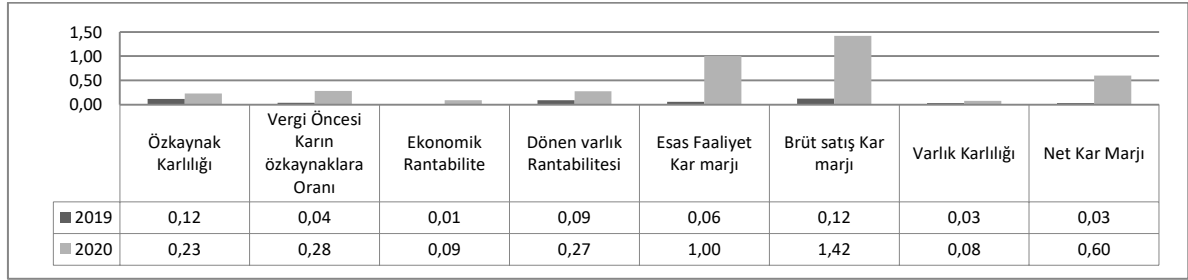
Grafik 4: Lokman Hekim Hastaneleri'nin Faaliyet Oranları

Grafik 4'de hastane 2019 yılında stoklarını 11 kere yenilerken 2020 yılında artış göstererek 12 kere yenilemeye başlamıştır. Alacakların Devir Hızı'nda 1,07'lik bir artış hastane sermayesinin alacaklara biraz daha fazla bağıının azaldığını göstermektedir. MDV 2,41'lik, duran varlıklarda ise 1,13'lük bir düşüş olmuştur. Hastane 2019 yılına oranla tam kapasite ile çalışması ve duran varlıklarından elde ettiği gelir azalmış, atıl kapasitesi artmıştır. Özkaynak Devir hızında ise 3,14'lük bir düşüş olmuştur.



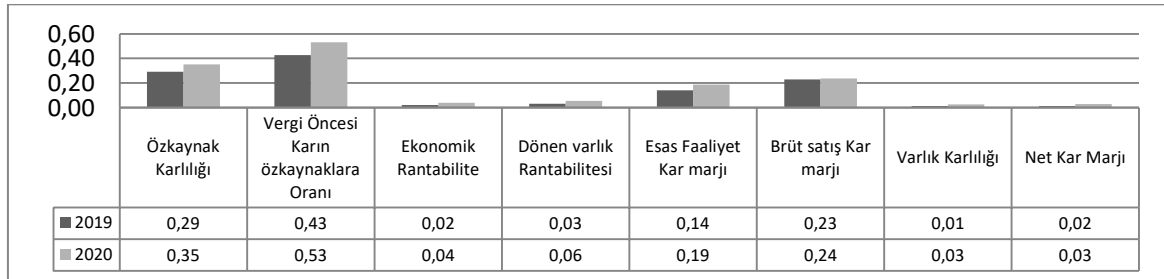
Grafik 5: MLP Care'in Faaliyet Oranları

Grafik 5'de hastane 2019 yılında stoklarını 31 kere yenilerken 2020 yılında azalış göstererek 26 kere yenilemeye başlamıştır. Alacakların Devir Hızı'nda 0,2'lik bir artış hastane sermayesinin alacaklara biraz daha fazla bağına azaldığını göstermektedir. MDV 0,48'lik artış, duran varlıklarda ise 0,01'lik bir düşüş olmuştur. Hastane 2019 yılına oranla tam kapasite ile çalışması ve duran varlıklarından elde ettiği gelir azalmış, atıl kapasitesi artmıştır. Özkaynak Devir hızında ise 7,75'lik bir düşüş olmuştur.



Grafik 6: Lokman Hekim Hastaneleri'nin Karlılık Oranları

Grafik 6'da hastanenin brüt satış kar marjında 1,30'luk faaliyet karında 0,54 ve ekonomik rantabilitesinde 0,08'lik bir artış göstererek 2019 yılına oranla iyi bir performans göstermiştir. Yönetimin hastaneye yatırılan fonlardan yararlanması başarısı artmıştır. Özkaynak karlılığı 2019 yılına oranla 0,11'lik artış göstermiştir. Bu da hastane sahip veya ortakları tarafından sağlanan sermaye verimliliğini de artırmıştır.



Grafik 7: MLP Care'in Karlılık Oranları

Grafik 7'de hastanenin brüt satış kar marjında 0,01'lik faaliyet karında 0,05 ve ekonomik rantabilitesinde 0,02'lik bir artış göstererek 2019 yılına oranla iyi bir performans göstermiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

Özkaynak karlılığı 2019 yılına oranla 0,06'lık artış göstermiştir. Bu da hastane sahip veya ortakları tarafından sağlanan sermaye verimliliğini de artırmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Covid-19'un iki farklı özel hastanenin finansal performans üzerindeki yansımalarını incelenmiştir. Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonuçlarına benzer çalışmalarının olduğu görülmüştür. Rababah ve diğerleri (2020) Covid-19 salgınının borsaya kayıtlı Çinli şirketlerin finansal performansı üzerindeki etkilerini analiz etmiş ve sonucunda küçük ve orta ölçekli şirketlerin bu salgından en çok etkilendiğini ve finansal performansta daha keskin bir düşüş yaşadığını ortaya koymuşlardır.

Folger-Laronde ve diğerleri (2020) borsa yatırım fonları sürdürülebilirlik performansının daha yüksek seviyelerinin, ciddi bir piyasa düşüşü sırasında yatırımları finansal kayıplardan korumadığı sonucuna ulaşmışlardır. Cleverley (1990) tarafından yapılan çalışmada şu sonuçlara ulaşmışlardır; (1) yüksek performanslı hastaneler, üstün performanslarını yüksek fiyatlar yerine maliyet kontrolü yoluyla elde ettiklerini; (2) yüksek performanslı hastaneler varlıklarına ve alacak hesaplarına yaptıkları yatırımı en aza indirmektedir. Düşük performanslı hastanelere göre daha yeni bir fabrikaya sahip olmaları da muhtemeldir; (3) yüksek performanslı hastaneler sermaye yapılarında borç kullanmaktan korkmazlar, ancak düşük performanslı hastanelere göre önemli ölçüde daha az borç kullanırlar; (4) yüksek performanslı hastaneler, gelecekteki fabrika değişimleri için daha büyük rezervler ayırmıştır, bu da onların borç seviyelerini makul seviyede tutmalarına yardımcı olmakta ve önemli miktarda yatırım geliri sağlamaktadır.

Kopuz ve Akman (2019) tarafından yapılan çalışmada aynı iki hastanenin 2015, 2016, 2017 ve 2018 verileri oran analizi yöntemiyle analiz edilmiştir. Buna göre MLP'nin 2015 yılından 2018 yılına bir iyileşme gösterdiği gözlemlenirken LH'nin ise kabul edilebilir seviyelerinin altına doğru bir düşüş yaşadığını ortaya koymuşlardır.

Ercan ve diğerleri (2013) yılında 12 kamu hastanesi üzerinde yaptıkları çalışmada oran analizi yönteminin finansal performans değerlendirmede uygulanabilirliğini ortaya koymayı amaçlamışlardır. Yapılan çalışma sonucunda bu hastanelerin varlık kullanımındaki verimliliğe işaret eden faaliyet oranlarında iyileşmeler gözlenirken, kaynak kullanımındaki verimliliği ifade eden karlılık oranlarında aynı iyileşmenin görülmediğini ortaya koyulmuştur.

Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde Her iki hastanenin de net satışlarında ciddi bir düşüş olmasına rağmen maliyetlerinde bir azalma meydana gelmiş 2019 yılına oranla daha fazla kâr elde ettikleri görülmüştür. Bu da her iki hastanenin de Covid-19 sürecinden olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Maliyet unsurlarında ortaya çıkan yükselişle beraber düşen hasta sayısına rağmen, özellikle işlem sayıları, sağlık turizmi, sağlık uygulama tebliği tarifesi artışlarının gelire yansması ve uygulanan operasyonel politikalar sayesinde hizmet üretim maliyetlerini optimum seviyede tutarak Covid-19 sürecinde kârlarını arttırdıkları düşünülmektedir. Ayrıca devlet hastanelerinin bazılarının pandemi hastanesi olması ve hastaların bazı çekincelerinden dolayı özel hastanelere talepte artışlar ortaya çıkmıştır.

LH aktif yapısının değerlendirilmesinde hastanenin 2020 yılında net çalışma sermayesi, 2019 yılına göre azalmıştır. Bu durumun gelecek yıllar için bu şekilde devam edeceği varsayılırsa hastanenin kısa vadeli borçlarını ödemede büyük sorunlarla karşı karşıya kalacağını göstermektedir. Bu durum devam ederse ileride kısa vadeli borçlarını ödemede çok büyük sıkıntı çekeceği açıktır. Ayrıca hastanenin toplam borçluluk oranı artmasına rağmen net kar elde edebilmiştir. MLP Care ise 2020

yılında net çalışma sermayesi, 2019 yılına göre az da olsa artmıştır. LH net çalışma sermayesi Covid-19'dan olumsuz yönde etkilenirken MLP Care olumlu yönde etkilenmiştir. Covid-19 sürecinde LH hastaneler grubunun stok düzeyinde bir azalma görülürken MLP Care'de bir artış gözlenmiştir.

LH grubu 01.01.2020 tarihi itibarıyla bünyesinde bulunan Ankara Hastanesi'ni Lokman Hekim Üniversitesi'ne devrederek verilerini çıkarmıştır. Dolayısıyla 2019 yılında 2.126 olan personel sayısı Ankara Hastanesi'nde görev yapan çalışanların çıkarılmasıyla 2020 yılında 1.620 olmuştur. Bu da hastanenin giderlerinde bir azalış sağlamıştır.

LH duran varlıklarında 2019 yılında 2020 yılına göre %3,56'lık bir artış olmuştur. Öz kaynaklarında ise %8,09'luk bir artış olmuştur. 2019 yılında faaliyetlerinin 0,75'ini borç ile finanse ederken bu oran 2020 yılında %67'lere düşmüştür. MLP duran varlıklarında 2019 yılında 2020 yılına göre %3,81'lik bir azalış olurken öz kaynaklarında %2,72'lik bir artış olmuştur. 2019 yılında faaliyetlerinin 0,94'ünü borç ile finanse ederken bu oran 2020 yılında %92'lere düşmüştür. Her iki hastanenin de kaynak yapısı 2020 yılında az da olsa bir iyileşme göstermiştir Hastanelerin faaliyetlerini yüksek borç ile finanse ettiği 2019 yılına oranla az da olsa kaldıraç oranı düşmüştür. Covid-19'un hastanenin özkaynaklarını olumlu yönde etkilediğini görülmektedir.

Hastaneler sağlık hizmeti sunumunda en maliyetli halkayı oluşturmaktadır. Covid-19 sürecinde özel hastaneler geleneksel klinik tabanlı bir sağlık hizmetinin yanı sıra online/uzaktan sağlık sistemini de kullanarak maliyetleri düşürmektedir.

Burada hastane yönetiminin üzerinde durması gereken konu,

1. Giderlerde olanaklar ölçüsünde tasarruf sağlamak,
2. Piyasa koşulları uygunsa satış fiyatını arttırmak veya
3. Satış fiyatında herhangi bir değişiklik yapmadan, satılan mal miktarını artırarak değişmez giderlerin birim maliyetleri üzerindeki payını azaltmak olmalıdır.

COVID-19 salgını, birçok hastanede tıbbi ve ekonomik zorlukla karşı karşıyadır. Sağlam ve sürekli devlet desteğinin yokluğunda, neredeyse tüm hastaneler mali zorluklarla karşılaşacaktır. Ancak daha küçük, bağımsız, kırsal ve kritik erişim statüsüne sahip hastaneler özellikle risk altındadır. Politika yapıcılar, bu hastanelere özel destek sağlamalı ve COVID-19 salgını sırasında onlara ek fon ayırmayı düşünmelidir. İleri analitik teknikler kullanılarak daha detaylı bir finansal performans çalışması elde edilebilir.

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makalenin veri toplama aşamalarından, yöntemin belirlenmesi, analiz, tartışma ve sonuçların raporlanması, ikinci yazar ise literatür taraması, tartışma ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %50 oranında, ikinci yazar %50 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

- Akdoğan, N., N. Tenker (2003), Finansal Tablolar ve Mali Analiz Teknikleri, Gazi Kitabevi, 12. Baskı.
- Bıçakçı, H., Ağırbaş, İ., Bülüç, F., M. Turgut (2018), "Özel Hastanelerde Finansal Analiz", III. Uluslararası Al- Farabi Sosyal Bilimler Kongresi, 9-11 Kasım, Ankara.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 8 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2022 ISSN -2149-6161

- Bozdemir, E. (2012), “Yeni Türk Ticaret Kanunu'nun Muhasebe Meslek Mensupları Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Ampirik Bir Çalışma”, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (54), 101-122.
- Bozdemir, E. (2016), Genel Muhasebe Uygulamaları, *Ankara, Gazi Kitapevi*.
- Cleverley, W. O. (1990), “Improving financial performance: a study of 50 hospitals”, *Hospital & Health Services Administration*, 35(2), 173-188.
- Doğan, A., C. İbiş (2004), Mali Tablolar Analizi Uygulamaları. İstanbul: İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası.
- Ercan, C., Dayı, F., Akdemir, E. (2013), “Kamu Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri Üzerine Bir Uygulama”, *Asia Minor Studies Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (2), 54-71.
- Folger-Laronde, Z., Pashang, S., Feor, L., A. ElAlfy (2020), “ESG ratings and Financial Performance of Exchange-Traded Funds During the COVID-19 Pandemic”, *Journal of Sustainable Finance & Investment*, 1.
- Jordà, Ò., Singh, S.R., A.M. Taylor (2020), “Longer-Run Economic Consequences of Pandemics”, *National Bureau of Economic Research*, No. w26934.
- Khullar, D., Bond, A.M, W.L. Schpero (2020), “COVID-19 ve ABD Hastanelerinin Mali Sağlığı”, *Jama*, 323 (21), 2127-2128.
- Koçyiğit, S.Ç., N. Kocakoç, (2019), “Ankara İli Kamu Hastanelerinin 2008-2017 Dönemi Finansal Performans Analizi”, *Journal of Business Research-Türk/İşletme Araştırmaları Dergisi*, 11(2), 1280-1293.
- Kopuz, K., E. Akman (2019), *Oran Analizi Yöntemi İle Finansal Durum Değerlendirmesi: Özel Hastane Sektörü Örneği*, 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 10-13 Ekim, Sakarya.
- Rababah, A., Al-Haddad, L., Sial, M.S., Chunmei, Z., J. Cherian (2020), “Analyzing The Effects Of COVID-19 Pandemic on the Financial Performance of Chinese Listed Companies”, *Journal of Public Affairs*, 20(4), e2440.
- Shen, H., Fu, M., Pan, H., Yu, Z., Y. Chen (2020), “The Impact Of The COVID-19 Pandemic on Firm Performance”, *Emerging Markets Finance and Trade*, 56(10), 2213-2230.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021), TÜİK Aylık TEFE Endeksleri Tablosu <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=TÜKETİCİ%20FİYAT%20ENDEKSİ> Erişim Tarihi: 11.03.2021
- World Health Organisation -WHO (2021), *Coronavirus Disease (COVID-19): Situation Report-135*, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200603-covid-19-sitrep-135.pdf?sfvrsn=39972feb_2 Erişim Tarihi: 11.03.2021