



ISSN 1302-9282

HACETTEPE **SAĞLIK İDARESİ** **DERGİSİ**

Cilt: 19 Sayı: 1
2016

Hasta Güvenliği Kùltürünün Algılanan Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi

Mahmut AKBOLAT, İlknur Rabia SIRAKAYA

Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması

Fatih ŞANTAŞ, Arzu KURŞUN, Ahmet KAR

Hastane Yöneticilerinin Sağlık Bilgi Teknolojilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Bireysel Faktörlerin Belirlenmesi

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Yusuf ÇELİK

Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi

Oğuz IŞIK

Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki

Songül ÇINAROĞLU, Bayram ŞAHİN

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Bireysel Performans Değerlendirme Süreci

Pınar YALÇIN BALÇIK, Kemal YENİLMEZ, Sırma Pınar ŞAHİN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ
SAĞLIK İDARESİ BÖLÜMÜ



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 19

Sayı/Number: 1

2016

ISSN1302-9282

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 19 Sayı: 1 Yıl: 2016

Derginin Sahibi/Publisher

Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN, Dekan/Dean
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

Yayın Kurulu Başkanı/Editor

Sıdika KAYA

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Pınar YALÇIN BALÇIK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN

Yayın Kurulu/Editorial Board

| | |
|---------------------|------------------------|
| Sıdika KAYA | Hacettepe Üniversitesi |
| Yusuf ÇELİK | Hacettepe Üniversitesi |
| Bayram ŞAHİN | Hacettepe Üniversitesi |
| Gülsün ERİGÜÇ | Hacettepe Üniversitesi |
| Mehmet TOP | Hacettepe Üniversitesi |
| Pınar YALÇIN BALÇIK | Hacettepe Üniversitesi |

Dergi Tasarım

Gülnur HARMANCI İLGÜN
Mehmet GÖZLÜ
Sevilay ORAK
Bülent SAPAZ

H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi yılda dört defa yayımlanır ve hakemli bir dergidir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar ve diğer konularla ilgili yazışmalar aşağıdaki adrese yapılmalıdır:

Gamze BAYIN
H.Ü. İİBF Sağlık İdaresi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye
E-mail: saglikidaresidergisi@gmail.com

Dergiye gönderilen yazılar, yazı yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez. Dergiye yayımlanmak üzere gönderilecek yazılar Dergi'nin son sayfasında yer alan "Yazarların Dikkate Alması Gereken Kurallar"ına uygun olmalıdır.

H.U. Journal of Health Administration is a refereed journal, published four times a year. Manuscripts must conform to the requirements indicated on the last page of the Journal. Manuscripts submitted will not be returned whether they are accepted or not for publication. All correspondence should be directed to the address above.

| | |
|------------------------------|---|
| <i>Yayın Türü:</i> | Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) |
| <i>Basım Tarihi:</i> | |
| <i>Basım Yeri:</i> | Hacettepe Üniversite Hastaneleri Basımevi, Ankara. |
| <i>Yayının Yönetim Yeri:</i> | Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58 |

Danışma Kurulu / Advisory Board

| | |
|--|---|
| Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ Ankara Üniversitesi | Doç. Dr. Şebnem ASLAN Selçuk Üniversitesi |
| Prof. Dr. Fevzi AKINCI King's College | Doç. Dr. Mesut ÇİMEN Acıbadem Üniversitesi |
| Prof. Dr. Metin ATEŞ Marmara Üniversitesi | Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN 19 Mayıs Üniversitesi |
| Prof. Dr. Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi | Doç. Dr. Gülsün ERİGÜÇ Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi | Doç. Dr. Ömer GİDER Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi |
| Prof. Dr. Cesim DEMİR Hasan Kalyoncu Üniversitesi | Doç. Dr. Oğuz IŞIK Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi | Doç. Dr. Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi |
| Prof. Dr. Korkut ERSOY Başkent Üniversitesi | Doç. Dr. Sinem SOMUNOĞLU İKİNCİ Uludağ Üniversitesi |
| Prof. Dr. Ezel ESATOĞLU Ankara Üniversitesi | Doç. Dr. Menderes TARCAN Eskişehir Osmangazi Üniversitesi |
| Prof. Dr. Robert S. HERNANDEZ University of Alabama at Birmingham | Doç. Dr. Yunus TAŞ Kocaeli Üniversitesi |
| Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI Başkent Üniversitesi | Doç. Dr. Abdülkadir TEKE GATA |
| Prof. Dr. Sıdıka KAYA Hacettepe Üniversitesi | Doç. Dr. Mehmet TOP Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Mustafa KILIÇ Hacettepe Üniversitesi | Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Adnan KISA Zirve Üniversitesi | Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN Ankara Üniversitesi |
| Prof. Dr. Mithat KIYAK Okan Üniversitesi | Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Mustafa ÖZER GATA | Doç. Dr. Türkan YILDIRIM Ankara Üniversitesi |
| Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI Medipol Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Nesrin AKCA Kırıkkale Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ Başkent Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK Ankara Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nurhan PAPATYA Süleyman Demirel Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Ersen ALOĞLU Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Nilgün SARP Bahçeşehir Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi |
| Prof. Dr. Haydar SUR Biruni Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi |
| Prof. Dr. İsmet ŞAHİN Hacettepe Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Aslan KAPLAN Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Bayram ŞAHİN Hacettepe Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Ahmet KARAGÖZ Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Mehtap TATAR Hacettepe Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Tuncay KÖSE Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi |
| Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU Atılım Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Perihan ŞENEL TEKİN Ankara Üniversitesi |
| Prof. Dr. Demet ÜNALAN Erciyes Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK Hacettepe Üniversitesi |
| Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU Trakya Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ Kırıkkale Üniversitesi |
| Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT Sakarya Üniversitesi | Yrd. Doç. Dr. Vahit YİĞİT Süleyman Demirel Üniversitesi |
| Doç. Dr. Yasemin AKBULUT Ankara Üniversitesi | |

Dergimiz, *Index Copernicus International*, *Open Academic Journals Index (OAJI)*, *Türk Medline*, *Türk Eğitim İndeksi*, *Akademik Dizin* ve *Türkiye Atıf Dizini* veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the *Index Copernicus International*, *Open Academic Journals Index (OAJI)*, *Türk Medline*, *Türk Eğitim İndeksi*, *Akademik Dizin* and *Türkiye Atıf Dizini* databases.

İÇİNDEKİLER

Araştırma

- Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanan Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi
The Effect Of Patient Safety Culture On Perceived Organizational
Justice..... 1-16
Mahmut AKBOLAT, İlknur Rabia SIRAKAYA
- Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması
Perspektifinden Alan Araştırması
Factors Affecting Hospital Preference: Field Research from the
Perspective of Health Services Marketing 17-33
Fatih ŞANTAŞ, Arzu KURŞUN, Ahmet KAR
- Hastane Yöneticilerinin Sağlık Bilgi Teknolojilerine Yönelik Tutumlarını
Etkileyen Bireysel Faktörlerin Belirlenmesi
Individual Factors Affecting Hospital Manager's Attitudes Towards
Health Information Technologies..... 35-55
Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Yusuf ÇELİK
- Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi
The Impact of Perceived Quality On Hospital Brand Value 57-72
Oğuz IŞIK

Derleme

- Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki
Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment Effect 73-86
Songül ÇINAROĞLU, Bayram ŞAHİN
- Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Bireysel Performans
Değerlendirme Süreci
Individual Performance Evaluation Process in Hacettepe University
Hospitals 87-99
Pınar YALÇIN BALÇIK, Kemal YENİLMEZ, Sırma Pınar ŞAHİN

Hasta Güvenliği Kültürünün Algılanan Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi

Mahmut AKBOLAT*
İlknur Rabia SIRAKAYA**

ÖZ

Çalışmanın amacı, hasta güvenliği kültürü ile sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları arasındaki ilişkiyi ve hasta güvenliği kültürünün çalışanların örgütsel adalet algısına etkisini ortaya koymaktır. Çalışmada veri toplama aracı olarak; Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilen Örgütsel Adalet Ölçeği, AHRQ tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Hastane Anketinin (Hospital Survey on Patient Safety) D, E ve F bölümleri ile çalışanların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Çalışma, 03 Mart - 04 Nisan 2014 tarihleri arasında Sakarya'da faaliyette bulunan bir kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 165 sağlık çalışanı katılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar, %95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, dağıtımsal adalet ile bildirilen olayların sıklığı; işlemsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı ve etkileşimsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif ilişki bulunmaktadır. Bildirilen olayların sıklığı sağlık çalışanlarının dağıtımsal işlemsel ve etkileşimsel adalet algularını; birimler arası takım çalışması ise işlemsel ve etkileşimsel adalet algularını olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının %53,3'üne göre çalıştıkları hastanenin hasta güvenliği düzeyi kabul edilebilir düzeydedir. Sonuç olarak hasta güvenliği kültürünün oluşturulması, hastanelerin güvenilir sağlık hizmeti sunması bakımından çok önemlidir. Ayrıca, bu durumun örgütsel adaleti olumlu yönde etkilemesi sağlık çalışanlarının kurumlarını benimsemesi ve güvenmesi bakımından önemli bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hasta Güvenliği, Örgütsel Adalet, Sağlık Çalışanları

The Effect Of Patient Safety Culture On Perceived Organizational Justice

ABSTRACT

The purpose of the study is to determine relationship between patient safety culture and organizational justice perception of health employees and effect of patient safety culture on health employee's organizational justice perception. In the study, data was collected with a questionnaire which consist of Organizational Justice Scale was developed by Niehoff and Moorman (1993), subscales D, E and F of Hospital Survey on Patient Safety Scale was developed by AHRQ and socio-demographical characteristics of health employees. Survey was performed in 03 March-04 April 2015 in a public hospital that has been operating in Sakarya. 165 health care employees participated in the study. Descriptive statistical methods, correlation analysis and regression analysis were used to analyze data. Results were assessed at 95% confidence interval- $p < 0.05$ significance level. According to results, there were statistically significant and positive relations between distributive justice and frequency of events reported, among procedural justice and management support for patient safety, teamwork across units and frequency of events reported, and among interactional justice and management support for patient safety, teamwork across units and frequency of events reported. The frequency of events reported effected positively on perception of distributive, procedural and

*Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, makbolat@sakarya.edu.tr

**Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü, isirakaya@sakarya.edu.tr

interactional justice of health employees; similarly, teamwork across units effected positively on their perception of procedural and interactional justice. According to 53.3% of health care employees, patient safety level of hospital was acceptable level, where they had worked. As a result, creating of patient safety culture is very important to provide reliable health care of hospitals. In addition positive effect of patient safety culture on organizational justice is important for trust and adoption of health employees their hospitals.

Keywords: Patient Safety, Organizational Justice, Health Employees

I. GİRİŞ

Adalet kavramı, varoluşundan itibaren insanlığın odaklandığı önemli konulardan biri olmuştur. Örgütsel adalet kavramı ise Adams'ın Eşitlik Teorisi'ne dayanmaktadır (Luthans 1981) ve her geçen gün hızla değişen iş yaşamında çalışanlar için önemini artırmaktadır (Elovainio 2002). Eşitlik teorisine göre, bireyler yaptıkları işler sonucu elde ettikleri kazanımları diğer bireylerin kazanımları ile karşılaştırır ve bu karşılaştırma sonucu bir adaletsizlik algılarına işletmesiyle, yöneticileriyle ve işiyle ilgili birtakım tutumlar geliştirirler (Greenberg 1990).

Hasta güvenliği, sağlık bakım süreçlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçlar ya da yaralanmalardan kaçınma, olumsuz sonuç ve yaralanmaları önleme ve bu sonuçlarda iyileştirme yapma şeklinde tanımlanabilir (Vincent 2012). Dolayısıyla, hasta güvenliği, tüm sağlık çalışanları için önemli bir husustur. Sağlık çalışanları hastaları tedavi ederken ve bakım verirken hastaların verilen zarardan acı çekmesi ters bir durum olarak görülmektedir. Ancak, sağlık bakımı komplekstir ve çıktıları pek çok faktörden etkilenmektedir. Her sağlık sistemi içerisinde hastaların zarar görmesi kaçınılmazdır ve hastaların sağlık kuruluşuna her başvurusunda zarar meydana görmesi potansiyel vardır (Sandars 2009). Bu potansiyel riskin ortadan kaldırılması ya da azaltılması sağlık kuruluşlarının temel problemlerinden biridir. Bu kapsamda kişiler ve takımlar arası işbirliği ve iletişimin geliştirilmesi, korkusuzca hataların yönetime raporlanması, hatalardan öğrenme ve işle ilgili olarak çalışanların daha dikkatli davranması gibi hususlar hem örgütsel adalet, hem de hasta güvenliği ile ilişkili konuları oluşturmaktadır. Bu sebeple bu çalışma daha önce iş tatmini, örgütsel bağlılık, örgütsel sessizlik gibi örgütsel davranış konularıyla ilişkilendirilerek yapılan çalışmalardan farklı olarak; sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları ile hasta güvenliği konusundaki tutumlarını incelemeye yönelik olarak gerçekleştirilmiştir.

1.1. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, bir hastanın müdahale ve potansiyel sağlık tehlikesi oluşturabilecek durumlardan uzak olması anlamına gelmektedir (Yalçın, Acar 2010). Başka bir ifade ile hasta güvenliği, sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi ve sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının ortadan kaldırılması veya azaltılmasıdır (Çakmakçı, Akalın 2011; Thomson, Pryce 2009; Akalın 2007).

Sağlık hizmeti sunum süreçlerinde ortaya çıkan tıbbi hatalar, hasta güvenliğini ve bakım sonuçlarını olumsuz etkileyerek hastaların zarar görmesine neden olabilmektedir (Kır Biçer ve diğerleri 2013). Bu anlamda hastaya verilen hizmet süresince uygulanan tedavi ve bakımın başarısını etkileyebilecek her türlü olumsuz ya da istenmeyen durum hasta güvenliği açısından bir tehdit olarak değerlendirilebilir.

Hasta güvenliği; sağlık bakım hizmetlerinin sunumu aşamasında, hastaya zarar verilmesini önlemek amacıyla kuruluş ve çalışanların aldığı önlemlerden oluşmaktadır (Çakmakçı, Akalın 2011). Hasta güvenliğinin amacı, başarısızlık olasılığını ortadan

kaldırmak için güvenli bir ortam sağlamak ve başarısızlık potansiyelini azaltmak için mevcut operasyonel sistemi değiştirecek bir savunma yaratmaktır (Napier, Youngberg 2011). Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır (Güven 2007). Bu sebeple sağlık sektöründe, gerek insani gerekse maddi anlamda önemli kayıplara neden olan bu durumun önlenmesi için, sağlık kurumlarında etkin bir güvenliğ kùltürünün sağlanması ve geliştirilmesi yönündeki çalışmalar son yıllarda önemli bir ağırlık kazanmıştır (Dursun ve diğerleri 2010).

Hastanelerde hasta güvenliği kùltürünün oluşturulması için yönetimin desteği ve birimler arası takım çalışması büyük öneme sahiptir. Ayrıca, hastaların birimler arası nakil ve geçişleri ile hataların raporlanması da bu kùltürün önemli parçalarındandır.

Hasta güvenliği için yönetimin desteği (Management Support for Patient Safety): Yöneticiler, hasta güvenliği açısından kendisiyle çalışanlar arasındaki mesafeyi ortadan kaldırarak, hasta güvenliği kùltürünün örgüt içerisinde oluşturulmasına ve gelişmesine katkı sağlayabilir (Zakari 2011). Amerikan Tıp Enstitüsü hasta güvenliği için dört aşamalı bir öneride bulunmaktadır: (1) Tıbbi hataların nedenleri konusunda liderlik ve bilgi; (2) hataların tanımlanması ve hatalardan öğrenme; (3) güvenliğ için performans standartlarını ve beklentilerini belirleme ve (4) sağlık kuruluşlarında güvenliğ sistemlerinin uygulanması (Saar 2011). Dikkat edilirse, dört aşamanın başarılı olabilmesi ancak yönetimin desteğiyle mümkün olabilir. Bu sebeptir ki, sağlık kuruluşlarında yönetimin desteği olmadan ortaya konulabilecek bir hasta güvenliği kùltürünün geliştirilmesi çok mümkün görünmemektedir.

Birimler arasında takım çalışması (Teamwork Across Units): Hasta güvenliği ve sonuçları geliştirmek için, açık iletişim, planlama ve problem çözme sorumluluğunun paylaşımları, ortak karar verme ve koordinasyon gibi araçları kullanarak işbirliğinin kritik özelliklerinin entegre edilmesine odaklanılması gerekmektedir (Dingley et al. 2008). Ayrıca, havacılıktan sağlık hizmetlerine aktarılan takım çalışması ve iletişim teori ve uygulamaları, her iki sektörde ortak unsurların bulunduğu gerekçe gösterilerek araştırmacılar tarafından desteklenmektedir (Dingley et al. 2008). Shannon ve Myers (2012) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık hizmeti sunucuları arasında iletişimin kötü olması ile hastalarda olumsuz çıktıları arasında açık bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca, çalışmanın sonuçlarına göre, incelenen zarar görmüş hasta vakalarının altında genellikle iletişim boşlukları ve hatalar yatmaktadır.

Nakiller ve geçişler (Hand offs & Transitions): Sağlık hizmetleri sunumunda nakiller ya da geçişler farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Hastanın hastaneye kabulü, sağlık tesisi içerisinde hizmet birimleri arasında transfer edilmesi, hekim veya hemşirelerin mesai değişimleri sırasında sorumlu hizmet sunucuların değiştirilmesi, sağlık tesisleri arasındaki nakiller ve hastanın hastaneden taburcu edilmesi birer nakil ya da geçiş örneğidir (Forster 2009). Bu süreçlerin tamamında hastanın zarar görmeden naklini ya da geçişini sağlamak sağlık kuruluşlarının dikkat etmesi gereken önemli konular hasta güvenliği uygulamalarından oluşmaktadır.

Tıbbi hataların raporlanması (Frequency of Events Reported): Hatalara, yeterince dikkat göstermeme ya da daha kötüsü, doğru olduğundan yeterince emin olunmayan bakımın verilmesi sebep olur (Leape 1994). Sağlık hizmetine bağlı hatalar; yetersiz eğitim, kullanışsız prosedürler, düşük kalite standartları, zayıf ya da yetersiz teknoloji, gerçeklerle uyuşmayan zaman baskısı ve yetersiz personelden kaynaklanmaktadır (Firth-Cozens, Sanders 2009). Hasta ve hasta yakınları zarar veren tıbbi hata ile karşı karşıya kaldıklarında durumları ile ilgili bilgilendirilmeyi, endişelerinin giderilmesini arzu ederler. Sağlık çalışanları ise, meslektaşları arasında itibar kaybı, kimi zaman cezalandırılma veya olayın

mahkemeye taşınması gibi korku ve endişeler ile olayın ortaya çıkmasını istememektedirler. Özellikle geleneksel tıp eğitiminde hiyerarşi, rekabetin yoğun olduğu ortamlar ve mükemmeliyetçilik, tıbbi hatanın raporlanması önünde duran ciddi engellerdir (Çakmakçı, Akalın 2011).

Hataların bildirilmesiyle örgüt kültürü arasında ilişki vardır. Ketum (secretive) örgüt kültürü son derece reaktiftir, pek çok faaliyetini kriz modunda yapar ve temel kaynaklar güvenlik konuları için son derece sınırlı desteklerle oluşan operasyonel ölçümlere bağlıdır. Suçlama (blame) kültüründe de organizasyon son derece reaktiftir. Gizlilik kültüründe olduğu gibi pek çok gizli hata bilinebilir, ancak bu hataların ortaya çıkarılmaması eğilimi bulunmaktadır. Raporlama (reporting) kültüründe çalışanlar istenmeyen güvenlik olaylarını, tekrarını önlemek için kritik bilgi kaynağı olarak kabul etmektedirler. Çalışanlar için gizli sistemsel başarısızlıklar kadar bireysel hataları rapor etmek için etkili mekanizmalar vardır. Adalet kültüründe ise insanlar güvenlik ile bilgi vermeleri için cesaretlendirilir, hatta ödüllendirilir. Normal faaliyetler, sonuçlarından bağımsız olarak değerlendirilerek, güçlü güvenlik davranışları (eylemleri) geliştirilmesine vurgu yapılır (Patankar et al. 2012).

1.2. Örgütsel Adalet

Örgütsel adalet, adil ve ahlaki uygulama ve işlemlerin örgüt içerisinde egemen kılınmasını ve teşvik edilmesini içermektedir (İşcan, Naktiyok 2004). Örgüt içerisinde çalışanlar kuralları herkese eşit uygulanmasını, eşit işe eşit ücret ödenmesini ve izin ile sosyal imkânlardan eşit olarak yararlanmayı beklerler. Ancak, çalışanların adalet algılamalarının odağında sadece çıktılar ve bu çıktıların karşılaştırılması bulunmamakta, aynı zamanda örgütteki kurallar, bu kuralların uygulanış biçimi ve bireyler arasındaki etkileşim de yer almaktadır (Barling, Phillips 1993). Genel olarak örgütsel adalet dağıtımsal (distributive), işlemsel (procedural) ve etkileşimsel (interactional) olmak üzere üç ana kategoriye içermektedir.

Dağıtımsal Adalet (Distributive Justice): Dağıtımsal adalet, bir örgütte, ücretlendirme ve terfi kararları gibi kazançların çalışanlara paylaşımı ve bu paylaşımın adillığının çalışanlarca algılanışdır (Cohen – Charash, Spector 2001). Adil dağıtım, bir bireyin ulaştığı, aldığı sonuçları ya da ona ayrılan payı hakça algılamasıdır (Yıldırım 2007). Dağıtımsal adalet, çalışanların kendi katkılarına karşılık elde ettikleri kazançlar ile diğerlerinin katkılarına karşılık elde ettikleri kazançlara ilişkin yaptıkları kıyas sonucunda oluşturdukları algılardır (McShane, Von Glinow 2009). Çalışanların örgüte kattıklarına inandıkları değere karşılık olarak, almaları gereken maddi kazanç ve ideal ödül miktarına ilişkin algılarının göstergesidir (İnce, Gül 2005). Dağıtım adaletinde esas olan, bireylerin, dağıtılan kaynaklardan adil şekilde pay aldığını düşünmesidir (Özdevecioğlu 2003). O halde dağıtım adaleti, çalışanların belirli davranışları göstermeleri şartıyla belirli ödüllere ulaşmalarını garanti etmektedir (İşcan, Naktiyok 2004).

İşlemsel Adalet (Procedural Justice): İşlemsel adalet, karar alırken kullanılan politikaların, işlemlerin ve süreçlerin algılanan açıklık ve adillığının çalışanlar tarafından algılanmasına işaret etmektedir (Greenberg 1990). Çalışanlar, dağıtım kararlarının alınma şeklini ifade eden süreçleri adil olarak algıladıklarında, karar alıcıların temsil ettiği örgütlere ve kararlara daha fazla destek olmaktadır (Beugré 2002). İşlemsel adalet bireylerin karar alma sürecine katılabilmeleri ve karar alma sürecindeki tarafsızlık veya objektiflikle ilgili algılarını da kapsamaktadır (Moon et al. 2008; Colquitt 2001). Ücret, terfi, maddi olanaklar, çalışma şartları ve performans değerlemesi gibi unsurların belirlenmesi ve ölçümünde kullanılan yöntem, prosedür ve politikaların adil olma derecesi olarak tanımlanmaktadır (Jahangir et al. 2006; Doğan 2002). Yöneticinin yanlış ve kayırcı davranışlardan uzak

olması, örgüt yönetim politikasını doğrulukla uygulaması ve problemleri etraflıca dinlemesi bu sürece katkıda bulmasını kapsamaktadır (McShane, Von Glinov 2009).

Etkileşimsel Adalet (Interactional Justice): Etkileşimsel adalet, işlemsel adaletin genişletilmiş bir hali olarak görülmekte ve örgütsel uygulamaların insani yönü ile ilgilenmektedir. Buna göre etkileşimsel adalet çalışanlarla, kaynakları dağıtan yöneticiler arasındaki iletişimdeki adalet algılamasını vurgular. Örgütsel adaletin bu boyutuna göre, adaletin kaynağı ve alıcısı arasındaki iletişim sürecinin nezaket, saygı ve dürüstlük çerçevesinde yürütülmesi esastır (Cohen-Charash, Spector 2001). Bireyler, karar verilirken kullanılan prosedürlerin neler olduğu ve bu prosedürler uygulanırken ne derece sadık kaldığından ziyade, prosedürler uygulanırken kendilerine nasıl davranıldığına ve yeterli açıklamanın yapılıp yapılmadığına dikkat ederler. Prosedürlerin uygulanması sırasında bireylerin karşılaştıkları kişilerarası davranışın kalitesine ilişkin algılar etkileşimsel adaleti oluşturur (Yılmaz 2004). Etkileşimsel adalet algısındaki sapmalar, çalışanların yöneticilerine karşı tepki geliştirmelerine neden olabilmektedir (Özdevecioğlu 2003).

Hasta güvenliği sonuçtur. Yapılması gereken, son derece güvenilir kuruluşlardan öğrenilen ilkelerin uygulandığı, son derece karmaşık ve hızla gelişen teknoloji ile insanlar ve çalışanların uyması için uygun ilkelerin ve üretim baskısıyla karşı karşıya kaldığında uyulması gereken kuralların belirlendiği bir çevrede çalışılıyor duygusu oluşturulan bir bakım sisteminin tasarlanmasıdır (Napier, Youngberg 2011). Bu anlamda örgütsel adaletin önemli olduğu düşünölmektedir. Çünkü adalet algısı olumlu davranışlara, tersi ise hem bireylerin hem de örgütlerin amaçlarının gerçekleşmesini engelleyen olumsuz davranışların ortaya çıkmasına sebep olur (Eker 2006). Sağlık kuruluşlarında özellikle tıbbi hataların raporlanması büyük önem taşımaktadır ve bu konuda yönetimin desteği büyük önem taşımaktadır. Özellikle karar vericilerin davranışlarının ve uygulanan süreçlere ilişkin yeterli bilginin çalışanlara açıklanmasının işlemsel adaletle ilişkin yargıları etkilediği fark edilmiştir (Greenberg 1990). Bu anlamda, özellikle işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet ile hasta güvenliği arasında bir ilişki olacağı düşünölmektedir.

II. YÖNTEM

Araştırma, sağlık kuruluşlarında örgütsel adalet ve hasta güvenliği arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hasta güvenliğinin örgütsel adaletle etkisini ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak, Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilen ve 20 soru ve 3 alt boyuttan oluşan örgütsel adalet ölçeği; bildirilen olayların sıklığı (3 soru), çalışanlarına hasta güvenliği düzeyine ilişkin değerlendirmeleri (1 soru) hasta güvenliği için yönetimin desteği (3 soru), birimler arasında takım çalışması (4 soru) ve nakiller ve geçişler (4 soru) olmak üzere 6 boyuttan oluşan ve Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilen hasta güvenliği hastane anketinin (Hospital Survey on Patient Safety) D, E ve F bölümleri ile çalışanların sosyo-demografik özelliklerinin yer aldığı toplam 40 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. 03 Mart-04 Nisan 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Sakarya'da faaliyette bulunan bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeden tüm çalışanlara ulaşılmaması hedeflenmiştir, ancak çalışma sonucunda araştırmaya katılmayı kabul eden 165 sağlık çalışanından veri elde edilebilmiştir. Anketten elde edilen veriler IBM SPSS ve IBM AMOS paket programından yararlanılarak, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.1. Çalışmanın Modeli ve Hipotezleri

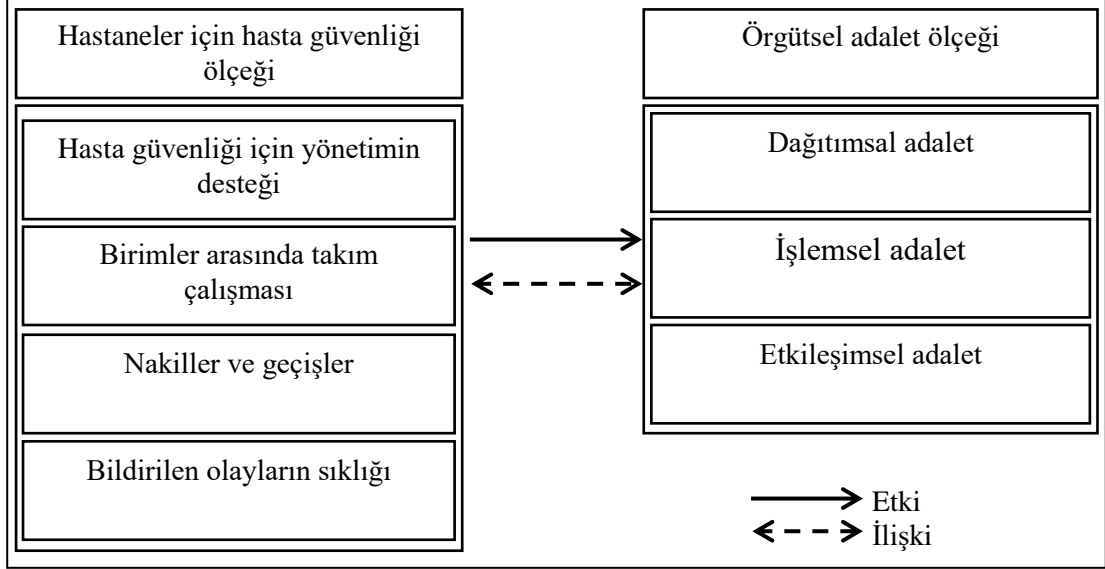
Çalışmada hasta güvenliği ile örgütsel vatandaşlık arasında bir ilişki olacağı öngörülmüş ve bu öngörüye dayalı olarak aşağıdaki hipotezler ve araştırma modeli geliştirilmiştir:

H₁:Hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları ile örgütsel adalet ölçeğinin alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır.

H₂:Hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları örgütsel adalet ölçeğinin alt boyutlarını etkiler.

H₃:Hastane çalışanlarına göre, sağlık kuruluşunda hasta güvenliği kabul edilebilir düzeydedir.

Şekil 1. Çalışmanın Modeli



2.2. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirliği alfa değeri temel alınarak hesaplanmıştır. Kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,70 olması arzu edilmektedir. Ancak bazı araştırmacılar inceleme türü çalışmalarında 0,5'e kadar makul kabul edilebileceğini öngörmektedir (Altunışık ve diğerleri 2005). Bu çalışmada kullanılan ölçeklerin genel iç tutarlılık katsayıları hem örgütsel adalet (0,965) hem de hastaneler için hasta güvenliği (0,859) ölçekleri için kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur. Ölçeklerin alt boyutlarını da kapsayan ayrıntılı iç tutarlılık değerleri Tablo 1'de görülmektedir.

Niehoff ve Moorman (1993) çalışmalarında örgütsel adalet ölçeğinin üç boyutunun da Croanbach Alpha iç tutarlılık katsayılarının 0,90'ın üzerinde olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde ölçeğin Türkçeye uyarlanmış şekliyle yapılan çalışmalarda da ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hem ölçeğin geneli hem de boyutları için genel olarak 0,90 civarında veya üzerinde bulunmuştur (Gürbüz, Mert 2009; Polat, Ceep 2008). Hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin Türkiye uyarlamalarında da Cronbach Alfa değerleri 0,80'nin üzerinde bulunmuştur (Taş ve diğerleri 2013; Tütüncü, Küçükusta 2006).

Tablo 1. Veri Toplama Aracının Güvenilirliği

| Ölçekler | İfade sayısı | Cronbach Alpha |
|---|--------------|----------------|
| Örgütsel Adalet Ölçeği (Organizational Justice Scale) | 20 | 0,965 |
| Dağıtımsal Adalet (Distributive Justice) | 5 | 0,904 |
| İşlemsel Adalet (Procedural Justice) | 6 | 0,916 |
| Etkileşimsel Adalet (Interactional Justice) | 9 | 0,966 |
| Hastaneler İçin Hasta Güvenliği Ölçeği (Hospital Survey on Patient Safety) | 14 | 0,859 |
| Hasta Güvenliği için Yönetimin Desteği (Management Support for Patient Safety) | 3 | 0,804 |
| Birimler arasında takım çalışması (Teamwork Across Units) | 4 | 0,810 |
| Nakiller ve geçişler (Handoffs & Transitions) | 4 | 0,869 |
| Bildirilen olayların sıklığı (Frequency of Events Reported) | 3 | 0,835 |

Ölçekler daha önceden geçerlilik analizleri keşfedici faktör analizi yöntemi kullanılarak yapıldığından bu çalışmada doğrulayıcı faktör analizi kullanılarak ölçeklerin geçerlilik analizleri yapılmıştır. Şekil 2’de görüldüğü gibi her iki ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları gerekli uyum iyiliği koşullarını sağlamaktadır.

Tablo 2. Veri Toplama Aracının Geçerliliği

| | Örgütsel Adalet | Hastaneler İçin Hasta Güvenliği |
|-----------|-----------------|---------------------------------|
| İndeksler | Değerler | Değerler |
| CMIN | 200,450 | 113,126 |
| DF | 152 | 69 |
| p | 0,005 | 0,001 |
| CMIN/DF | 1,319 | 1,640 |
| GFI | 0,889 | 0,910 |
| AGFI | 0,847 | 0,863 |
| PGFI | 0,643 | 0,598 |
| NFI | 0,941 | 0,906 |
| IFI | 0,985 | 0,961 |
| TLI | 0,981 | 0,948 |
| CFI | 0,985 | 0,960 |
| RMSEA | 0,044 | 0,062 |

III. BULGULAR

Tablo 3’de araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına ilişkin tanımlayıcı bulgular görölmektedir. Sağlık çalışanlarının %65,5’i kadın ve %34,5’i erkektir. Yaş ve toplam çalışma süresi açısından incelendiğinde, katılımcıların %52,2’sinin 30 yaş ve altında olduğu; %67,3’ünün 10 yıldan daha az bir iş deneyimine sahip olduğu görölmektedir. Katılımcıların %10,9’u hekim, %52,7’si hemşire, %22,1’i tıbbi sekreterler ve %15,2’si sağlık teknisyeni ya

da teknikeri olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların önemli bir bölümü (%60) evli iken, %11,6'sı lisansüstü düzeyde eğitime almıştır.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri (n=165)

| | | Sayı | % |
|-----------------------|---------------------|------|------|
| Cinsiyet | Kadın | 108 | 65,5 |
| | Erkek | 57 | 34,5 |
| Yaş | ≤25 | 44 | 26,7 |
| | 26-30 | 42 | 25,5 |
| | 31-35 | 48 | 29,1 |
| | ≥36 | 31 | 18,8 |
| Unvan | Hemşire | 87 | 52,7 |
| | Tıbbi sekreter | 35 | 21,2 |
| | Teknisyen/ tekniker | 25 | 15,2 |
| | Hekim | 18 | 10,9 |
| Medeni durum | Bekar | 66 | 40,0 |
| | Evli | 99 | 60,0 |
| Çalışma süresi | ≤4 | 63 | 38,2 |
| | 5-9 | 48 | 29,1 |
| | 10-14 | 23 | 13,9 |
| | ≥15 | 31 | 18,8 |
| Eğitim durumu | Lise | 34 | 20,6 |
| | Önlisans | 60 | 36,4 |
| | Lisans | 52 | 31,5 |
| | Lisansüstü | 19 | 11,6 |

Tablo 4’de görüldüğü gibi, çalışmada hem örgütsel adalet, hem de hastaneler için hasta güvenliği ölçeğini oluşturan boyutlar arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, hastaneler için hasta güvenliğini oluşturan alt boyutlar, arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Hasta güvenliği için yönetimin desteği ile birimler arasında takım çalışması ($r = 0,541$), nakiller ve geçişler ($0,455$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r = 0,400$); takım çalışması ile nakiller ve geçişler ($0,523$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r = 0,333$) ve ile nakiller ve geçişler ile bildirilen olayların sıklığı ($r = 0,202$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Benzer şekilde dağıtımsal adalet ile işlemsel adalet ($r = 0,588$) ve etkileşimsel adalet ($r = 0,564$) ve etkileşimsel adalet ile işlemsel adalet ($r = 0,838$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Aynı zamanda dağıtımsal adalet ile bildirilen olayların sıklığı ($r = 0,277$); işlemsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği ($r = 0,193$), birimler arasında takım çalışması ($r = 0,333$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r = 0,354$); etkileşimsel adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği ($r = 0,189$), birimler arasında takım çalışması ($0,336$) ve bildirilen olayların sıklığı ($r = 0,359$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna karşılık dağıtımsal adalet ile hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve nakiller ve geçişler; işlemsel adalet ile nakiller ve geçişler ve etkileşimsel adalet ile nakiller ve geçişler arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 4. Araştırma Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

| | Ort. | S.S. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Hasta güvenliği için yönetimin desteği (1) | 3,28 | 0,664 | 1 | | | | | |
| Birimler arasında takım çalışması (2) | 3,29 | 0,481 | 0,541** | 1 | | | | |
| Nakiller ve geçişler (3) | 3,42 | 0,575 | 0,455** | 0,523** | 1 | | | |
| Bildirilen olayların sıklığı (4) | 3,04 | 1,112 | 0,400** | 0,333** | 0,202** | 1 | | |
| Dağıtımsal adalet (5) | 2,75 | 0,899 | 0,066 | 0,146 | 0,028 | 0,277** | 1 | |
| İşlemsel adalet (6) | 2,84 | 0,967 | 0,193* | 0,333** | 0,070 | 0,354** | 0,588** | 1 |
| Etkileşimsel adalet (7) | 2,93 | 1,037 | 0,189* | 0,336** | 0,084 | 0,359** | 0,564** | 0,838** |

** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlı

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlı

Çalışmada kullanılan ölçeklerin korelasyon analizi yapıldıktan sonra, aralarında ilişki bulunan boyutların etkilerini yordamak amacıyla çoklu regresyon analizi modelleri geliştirilmiştir. Geliştirilen ilk modelde hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının dağıtımsal adalet üzerindeki etkilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Tablo 5’de görüldüğü gibi, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=3,946; p=0,004). Modelin ilişki katsayısı 0,300’dür ve hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları hep birlikte dağıtımsal adalet algısındaki toplam varyansın %9,0’ını açıklamaktadır. Ancak modelde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etkinin yalnızca bildirilen olayların sıklığı alt boyutunda olduğu görülmektedir (t=3,385; p=0,001). Diğer boyutların dağıtımsal adalet üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır (p>0,05). Modelde, standardize edilmiş regresyon katsayısı ($\beta=0,282$) pozitif yönlüdür ve bildirilen olayların sıklığı dağıtımsal adalet algılarını istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir şekilde etkilemektedir.

Tablo 5. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının Dağıtımsal Adalet Üzerindeki Etkilerinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

| Değişken | B | Std. Hata | β | t | p |
|--|----------------------------|----------------|----------------|------------------------------|-------|
| Sabit | 1,953 | 0,509 | | 3,838 | 0,000 |
| Hasta güvenliği için yönetimin desteği | -0,125 | 0,130 | -0,092 | -0,960 | 0,338 |
| Birimler arasında takım çalışması | 0,246 | 0,183 | 0,132 | 1,347 | 0,180 |
| Nakiller ve geçişler | -0,088 | 0,143 | -0,056 | -0,614 | 0,540 |
| Bildirilen olayların sıklığı | 0,228 | 0,067 | 0,282 | 3,385 | 0,001 |
| R=0,300 | R²=0,090 | F=3,946 | p=0,004 | Durbin Watson = 1,859 | |

Geliştirilen ikinci model, hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının iletişimsel adalet üzerindeki etkilerini ortaya koymak amacıyla yöneliktir. Tablo 6’da görüldüğü gibi, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir (F=9,697; p=0,000). Modelin ilişki katsayısı 0,442’dir ve hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları hep birlikte iletişimsel

adalet algısındaki toplam varyansın %19,5'ini açıklamaktadır. Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etkiler, birimler arasında takım çalışması ($t=3,625$; $p=0,000$) ve bildirilen olayların sıklığı ($t=3,664$; $p=0,000$) alt boyutlarında görülmektedir. Anlamlı bulunan alt boyutlarda modelin standardize edilmiş regresyon katsayıları (sırasıyla $\beta=0,333$ ve $\beta=0,287$) pozitif yönlüdür. Buna göre, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı, sağlık çalışanlarının işlemsel adalet algılarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir.

Tablo 6. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının İşlemsel Adalet Üzerindeki Etkilerinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

| Değişken | B | Std. Hata | β | t | p |
|--|----------------------------|----------------|----------------|------------------------------|-------|
| Sabit | 0,883 | 0,514 | | 1,716 | 0,088 |
| Hasta güvenliği için yönetimin desteği | -0,052 | 0,132 | -0,036 | -0,399 | 0,691 |
| Birimler arasında takım çalışması | 0,670 | 0,185 | 0,333 | 3,625 | 0,000 |
| Nakiller ve geçişler | -0,245 | 0,144 | -0,146 | -1,701 | 0,091 |
| Bildirilen olayların sıklığı | 0,250 | 0,068 | 0,287 | 3,664 | 0,000 |
| R=0,442 | R²=0,195 | F=9,697 | p=0,000 | Durbin Watson = 1,788 | |

Geliştirilen üçüncü model ile hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutlarının etkileşimsel adalet üzerindeki etkileri bulunmuştur. Tablo 7'de görüldüğü gibi, regresyon modeline ilişkin istatistiksel tahminler modelin anlamlı ve kullanılabilir olduğunu göstermektedir ($F=9,797$; $p=0,000$). Modelin ilişki katsayısı 0,444 bulunmuştur ve hastaneler için hasta güvenliği ölçeğinin alt boyutları hep birlikte etkileşimsel adalet algısındaki toplam varyansın %19,7'sini açıklamaktadır.

Regresyon modelinde, regresyon katsayısının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı etki, birimler arasında takım çalışması ($t=3,606$; $p=0,000$) ve bildirilen olayların sıklığı ($t=3,763$; $p=0,000$) alt boyutlarında görülmektedir. Anlamlı bulunan alt boyutlarda modelin standardize edilmiş regresyon katsayıları (sırasıyla $\beta=0,331$ ve $0,294$) pozitif yönlüdür. Buna göre, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı, sağlık çalışanlarının etkileşimsel adalet algılarını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olarak etkilemektedir.

Tablo 7. Hastaneler için Hasta Güvenliği Alt Boyutlarının Etkileşimsel Adalet Üzerindeki Etkilerinin Yordanmasına İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

| Değişken | B | Std. Hata | β | t | p |
|--|----------------------------|----------------|----------------|------------------------------|-------|
| Sabit | 0,781 | 0,551 | | 1,418 | 0,158 |
| Hasta güvenliği için yönetimin desteği | -0,079 | 0,141 | -0,051 | -0,562 | 0,575 |
| Birimler arasında takım çalışması | 0,713 | 0,198 | 0,331 | 3,606 | 0,000 |
| Nakiller ve geçişler | -0,225 | 0,154 | -0,125 | -1,458 | 0,147 |
| Bildirilen olayların sıklığı | 0,275 | 0,073 | 0,294 | 3,763 | 0,000 |
| R=0,444 | R²=0,197 | F=9,797 | p=0,000 | Durbin Watson = 1,601 | |

Tablo 8'de sağlık çalışanlarının çalıştıkları hastanenin hasta güvenliğine ilişkin değerlendirmeleri görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %53,3'ü çalıştıkları hastanenin hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir, %14,5'i çok iyi ve %1,8'i mükemmel olarak

değerlendirmektedir. Buna karşılık, 26,7'si hasta güvenliğini zayıf ve %3,6'sı ise başarısız olarak nitelendirmektedir.

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarına Hasta Güvenliği Düzeyine İlişkin Değerlendirmeleri

| | Başarısız | | Zayıf | | Kabul edilebilir | | Çok iyi | | Mükemmel | | Toplam | |
|---------------------------|-----------|-----|-------|------|------------------|------|---------|------|----------|-----|--------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hekim | 0 | 0,0 | 2 | 11,1 | 13 | 72,2 | 3 | 16,7 | 0 | 0,0 | 18 | 10,9 |
| Hemşire | 5 | 5,7 | 27 | 31,0 | 44 | 50,6 | 10 | 11,5 | 1 | 1,1 | 87 | 52,7 |
| Teknisyen/Tekniker | 0 | 0,0 | 3 | 12,0 | 14 | 56,0 | 7 | 28,0 | 1 | 4,0 | 25 | 15,2 |
| Tıbbi sekreter | 1 | 2,9 | 12 | 34,3 | 17 | 48,6 | 4 | 11,4 | 1 | 2,9 | 35 | 21,2 |
| Toplam | 6 | 3,6 | 44 | 26,7 | 88 | 53,3 | 24 | 14,5 | 3 | 1,8 | 165 | 100,0 |

Tablo 9'da sağlık kuruluşundan meydana gelen, gelmesine karşılık hastaya zarar verme potansiyeli olmayan ve hastaya zarar verme potansiyeli olmasına karşılık meydana gelmeden bildirilen vakaların sıklığı görülmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi, yapıldığında hastaya zarar verme potansiyeli olan hataların bildirilmeme oranı (%18,2) ve hastaya zarar verme potansiyeli olmayan hataların (%15,2) bildirilmemesi oranları daha yüksek olmasına karşılık; yapılan ve hastayı ve hastayı etkilemeden düzeltilen hataların bildirilme sıklığı (%6,1) daha düşük seviyelerdedir. Aynı durumlarda hataların bildirilme sıklığı ise sırasıyla %17,0, %17,0 ve %15,8'dir.

Tablo 9. Sağlık Kuruluşunda Meydana Gelen ya da Gelme Potansiyeli Olan Hataların Bildirilme Sıklığı

| | Asla | | Nadiren | | Bazen | | Çoğu zaman | | Her zaman | |
|--|------|------|---------|------|-------|------|------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Yapılmasına karşılık, hastayı etkilemeden önce belirlenen ve düzeltilen hataların bildirilme sıklığı | 10 | 6,1 | 47 | 28,4 | 44 | 26,7 | 38 | 23,0 | 26 | 15,8 |
| Hastaya zarar verme potansiyeli olmayan bir hata yapıldığında bildirilme sıklığı | 25 | 15,2 | 39 | 23,6 | 37 | 22,4 | 36 | 21,8 | 28 | 17,0 |
| Yapıldığında hastaya zarar verebilen, fakat yapılmamış bir hatanın bildirilme sıklığı | 30 | 18,2 | 33 | 20,0 | 43 | 26,0 | 31 | 18,8 | 28 | 17,0 |

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürünün örgütsel adalet algılarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, hasta güvenliği konusunda en yüksek katılım nakiller ve geçişler ($3,42 \pm 0,575$) boyutunda olurken bunu sırasıyla birimler arasında takım çalışması ($3,29 \pm 0,481$), hasta güvenliği için yönetimin desteği ($3,28 \pm 0,664$) ve bildirilen olayların sıklığı ($3,04 \pm 1,112$) takip etmektedir. Örgütsel adalette etkileşimsel adalet ($2,93 \pm 1,037$), İşlemsel adalet ($2,84 \pm 0,967$) ve dağıtımsal adalet ($2,75 \pm 0,899$) şeklinde gerçekleşen bu dağılımda, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği konusundaki katılımlarının, örgütsel adalet konusunda daha düşük olduğunu göstermektedir. Greenberg'e (1990) göre karar vericilerin çalışanlara davranışları ve uygulanan süreçlere ilişkin yeterli bilgi aktarması, süreç adaletine ilişkin yargılarını etkilemektedir. Benzer durum, hasta güvenliği için yönetimin desteği ve birimler arasında takım çalışması için de söz konusudur. Hem örgütsel adalet duygusunun geliştirilmesi, hem de hasta güvenliği kültürü oluşturma bakımından yöneticilerin hesap verebilirliği önemli bulunmaktadır.

Üst düzey yöneticiler, örgüt içerisinde sağlık çalışanlarının kararlara katılımını sağlayacak ve kurum içerisinde ortak faaliyetleri cesaretlendirecek bir iklim yaratarak onlara bilgi, zaman, insan kaynakları, fiziksel ve finansal kaynakları hasta güvenliğini geliştirecek ve performansı artıracak bir şekilde dağıtmalıdır (JCR 2009). Örgütsel adaletle doğrudan ilişkili olan bu durum hasta güvenliği durumunu da geliştirecektir. 2011 yılında ortak komisyona bildirilen 1243 nöbetçi vakasının %60'ında rapor edilen vakaların tanımlanmasında, iletişim problemleri üçüncü genel katkı sağlayıcı faktör olarak tanımlanmaktadır (Shannon, Myers 2012). Tıbbi hataların oluşmasında bu kadar yüksek etkiye sahip iletişim problemleri birimler arasında takım çalışması ve yönetimin desteği ile azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabilir. Bu anlamda sağlık kuruluşu yöneticilerinin birimler arasında takım çalışmasını özendirilmesi, hem örgütsel adalet hem de hasta güvenliği kültürü geliştirmede etkili olabilecektir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, hastaneler için hasta güvenliğinin boyutlarını oluşturan hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması, nakiller ve geçişler, bildirilen olayların sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Benzer ilişki dağıtımsal adalet, işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet için de söz konusudur. Buna karşılık, dağıtımsal adalet ile bildirilen olayların sıklığı, işlemsel adalet hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı ve etkileşimsel adalet hasta güvenliği için yönetimin desteği, birimler arasında takım çalışması ve bildirilen olayların sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının dağıtımsal adalet, işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet algıları bildirilen olayların sıklığından olumlu yönde etkilenirken; birimler arasında takım çalışması işlemsel adalet ve etkileşimsel adalet algılarını olumlu yönde etkilemektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısı (%53,3) hastalara sunulan hizmeti kabul edilebilir düzeyde bulurken, %15,5'i çok iyi ve %1,8'i mükemmel olarak nitelemektedir. Olaya tersinden bakılarak sağlık çalışanlarının %30,3'ünün hasta güvenliğini zayıf ya da başarısız bulduğu söylenebilir.

Tıbbi hataların tekrarını önlemek için yapılan hataların yönetime bildirilmesi önemlidir. Ancak, sağlık hizmeti sunucuları, iş arkadaşları tarafından kabul edilmeme veya dışlanma ya da hata yaptığını toplum içinde kabule zorlanma gibi nedenlerle yeterli bildirimde bulunmaktan kaçınmaktadırlar (Wolf et al. 2000). Çalışmanın sonuçlarına göre, yapılmasına karşılık hastayı etkilemeden belirlenen ve ortadan kaldırılan hataların %15,8'i her zaman yönetime raporlanırken, bu hataların %6,1'i hiçbir şekilde yönetime rapor edilmemektedir. Bu oranlar sırasıyla yapılması halinde hastaya zarar verme potansiyeli bulunan vakalarda %17,0 ve 18,2 olmasına karşılık; hastaya zarar verme potansiyeli olmayan vakalarda %17,0 ve 15,2'dir. Hasta güvenliği ve kalite geliştirme bakımından olayların raporlanması önemlidir. Ancak bu durum her zaman doğru sonuçlar ortaya koymayabilir. Yapılan bir başka çalışmada da, ortalama olarak olayların %22'sinin ve eksikliklerin %39'unun rapor edilmediği ileri sürülmektedir (Thomson, Pryce 2009). Bu sebeple sağlık kuruluşları, raporlama sisteminin yanı sıra, kalite geliştirmenin bir parçası olarak örnek tıbbi kayıtlar üzerindeki yapılandırılmış vaka notları kullanılarak rutin bir şekilde değerlendirmeler yapılmalıdır. (Sari et al. 2007).

Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık çalışanlarının yaklaşık %70,6'sı sağlık kuruluşlarındaki hasta güvenliğini kabul edilebilir ve üst düzeylerde bulmasına karşılık; özellikle hastaya zarar verme potansiyeli olmayan vakaların her zaman bildirilme oranları (%17,0) düşük bulunmuştur. Karaca ve Arslan (2014) tarafından hemşireler üzerinde yapılan

bir çalışmada katılımcıların %81,5'inin hasta güvenliğini yeterli bulmasına karşılık; hasta güvenliği uygulamalarına yönelik raporlama oranının oldukça dűřük olmasının (%8,6), hemşirelerin güvenlik raporlama sistemi ile ilgili tutum ve davranışlarında yetersizlik ve sorunlarının olduğu ileri sür÷lmektedir. Benzer durum bu çalışma için de söz konusudur.

Sonuç olarak hasta güvenliği kùltürünün oluşturulması hastanelerin hizmet sunumu ve hastaların hizmet alımı bakımından çok önemlidir. Ayrıca, bu durumun örgütsel adaleti olumlu yönde etkilemesi sağlık çalışanlarının kurumlarını benimsemesi ve güvenmesi bakımından çok önemlidir. Bu sebeple sağlık yöneticilerine kurumlarında hasta güvenliği kùltürü geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmaları; akademisyenlere ise çok daha büyük örneklem grupları üzerinde benzer çalışmalar yaparak konuya dikkat çekmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akalın E. (2007) Klinik Araştırmalar ve Hasta Güvenliği. **İyi Klinik Uygulamalar Dergisi** 17(2): 32-35.
2. Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım E. (2005) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**. Sakarya Kitabevi, Sakarya.
3. Barling J. and Phillips M. (1993) Interactional, Formal, and Distributive Justice in The Workplace: An Exploratory Study. **The Journal of Psychology** 127(6): 649-656.
4. Beugré C. D. (2002) Understanding Organizational Justice and Its Impact on Managing Employees: an African Perspective. **International Journal of Human Resource Management** 13(7): 1091-1104.
5. Cohen-Charash Y. and Spector P. E. (2001) The Role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis. **Organizational Behavior and Human Decision Process** 86(2): 278-321.
6. Colquitt J. A., Conlon D. E., Wesson M. J., Porter C. O. L. H. and Ng K. Y. (2001) Justice at the Millennium: A Meta-Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research. **Journal of Applied Psychology** 86(3): 425 - 445.
7. akmakı M. ve Akalın H. E. (2011) **Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya**. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
8. Dingley C., Daugherty K., Derieg M. K. and Persing R. (2008) 'Improving Patient Safety Through Provider Communication Strategy Enhancements'. In Henriksen K., Battles J. B., Keyes M. A. and Grady M. L. (eds.) **Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches, Vol. 3: Performance and Tools**, pp. 1-18. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43663/> Erişim Tarihi: 29/01/2015.
9. Doğan H. (2002) İş görenlerin Adalet Algılamalarında Örgüt İçi İletişim ve Prosedürel Bilgilendirmenin Rolü. **Ege Akademik Bakış Dergisi** 2(2): 71-78.
10. Dursun S., Bayram N. ve Aytaç S. (2010) Hasta Güvenliği Kùltürü Üzerine Bir Uygulama. **Sosyal Bilimler** 8(1): 1-14.

11. Eker G. (2006) Örgütsel Adalet Algısı Boyutları ve İş Doyumu Üzerindeki Etkileri. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
12. Elovainio M., Kivimäki M. and Vahtera, J. (2002) Organizational Justice: Evidence of a New Psychosocial Predictor of Health. **American Journal of Public Health** 92(1): 105-108.
13. Firth-Cozens J. and Sandars J. (2009) 'The Scope of the Problem'. In Sandars, J. and Cook, G. (ed) **ABC of Patient Safety**, pp: 4-8. Blackwell Publishing, BMJ Books, USA.
14. Forster A. (2009) 'Clinical Transitions: Implications for Patient Safety'. In Hurwitz, B. and Sheikh, A. (ed) **Health Care Errors and Patient Safety**, pp: 129-149. Blackwell Publishing, USA.
15. Greenberg J. (1990) Organizational Justice: Yesterday, Today, and Tomorrow. **Journal of Management** 16(2): 399-432.
16. Gürbüz S. ve Mert İ. S. (2009) Örgütsel Adalet Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Uygulaması: Kamuda Görgül Bir Çalışma. **Amme İdaresi Dergisi** 42(3): 117-139.
17. Güven R. (2007) Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. **5.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Bildirileri**, ss: 411-422, Antalya.
18. İnce M. ve Gül H. (2005) **Yönetimde Yeni Bir Paradigma: Örgütsel Bağlılık**. Çizgi Kitabevi, Konya.
19. İşcan Ö. F. ve Naktiyok A. (2004) Çalışanların Örgütsel Bağdaşımalarının Belirleyicileri Olarak Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Adalet Algıları. **Ankara Üniversitesi S.B.F. Dergisi** 59(1): 181-201.
20. Jahangir N., Akbar M. and Begum, N. (2006) The Role of Social Power, Procedural Justice, Organizational Commitment, and Job Satisfaction to Engender Organizational Citizenship Behavior. **ABA Journal** 26(3): 21-36.
21. Joint Commission Resources (JCR) (2009) **Patient Safety Essentials for Health Care**. Joint Commission Resources, Illinois.
22. Karaca A. ve Arslan H. (2014) Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Kültürünün Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi** 1(1): 10-18.
23. Kır Biçer E., Güçlüel Y., Neymen A. ve Yiğit Ş. (2013) Hasta Güvenliğine İlişkin Düzenlenen Hizmet İçi Eğitimin Hemşirelerin Bilgi Düzeyine Etkisi. **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 10(1): 14-20.
24. Leape L. L. (1994) Error in Medicine. **Journal of the American Medical Association** 272(23): 1851-1857.
25. Luthans F. (1981) **Organizational Behavior**. McGraw Hill Co, New York.

26. Mcshane S. and Von Glinow M. (2009) **Organizational Behavior**. McGrawHill Irwin, New York.
27. Moon H., Kamdar D., Mayer D. M. and Takeuchi R. (2008) Me or We? The Role of Personality and Justice as Other-Centered Antecedents to Innovative Citizenship Behaviors within Organizations. **Journal of Applied Psychology** 93(1): 84-94.
28. Napier J. and Youngberg B. J. (2011) 'Risk Management and Patient Safety: The Synergy and the Tension'. In Youngberg B. J. (ed) **Principles of Risk Management and Patient Safety**, pp: 3-11. Jones & Bartlett Learning, USA.
29. Niehoff B. P. and Moorman R. H. (1993) Justice as a Mediator of the Relationship Between Methods of Monitoring and Organizational Citizenship Behavior. **Academy of Management Journal** 36(3): 527-556.
30. Özdevecioğlu M. (2003) Algılanan Örgütsel Adaletin Bireylerarası Saldırđan Davranışlar Üzerindeki Etkilerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakùltesi Dergisi** 21(21): 77-96.
31. Patankar M. S., Brown J. P., Sabin E. J. and Bigda-Peyton T. G. (2012) **Safety Culture Building and Sustaining a Cultural Change in Aviation and Healthcare**. MPG Books Group, UK.
32. Polat S. and Ceep C. (2008) Ortaöğretim Öğretmenlerinin Örgütsel Adalet, Örgütsel Güven, Örgütsel Vatandaşlık Davranışlarına İlişkin Algıları. **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi** 14(2): 307-331.
33. Saar L. (2011) 'Patient Safety: The Past Decade'. In Youngberg B. J. (ed.) **Principles Of Risk Management and Patient Safety**, pp: 63-98. Jones & Bartlett Learning, USA.
34. Sandars J. (2009) 'The Scope of the Problem'. In Sandars J. and Cook, G. (ed.) **ABC of Patient Safety**, pp:1-3. Blackwell Publishing, BMJ Books, USA.
35. Sari A. B., Sheldon T. A., Cracknell A. and Turnbull A. (2007) Sensitivity of Routine System for Reporting Patient Safety Incidents in An NHS Hospital: Retrospective Patient Case Note Review. **BMJ** 334(7584): 79-82.
36. Shannon D. W. and Myers L. A. (2012) Nurse-to-Physician Communications: Connecting for Safety. **Patient Saf Qual Healthc** 9(5): 20-26.
37. Taş Y., Akpınar A. T. ve İşçi E. (2013) Kalite Yönetim Sistemi ile Hasta Güvenliği Kùltürü İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. **7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi**, Konya.
38. Thomson R. and Pryce A. (2009) 'Patient Safety- Epidemiological Considerations'. In Hurwitz B. and Sheikh, A. (ed.) **Health Care Errors and Patient Safety**, pp:207-223. Blackwell Publishing, USA.
39. Tütüncü Ö. ve Küçükusta D. (2006) Hasta Güvenliği Kùltürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama. **Hastane Yönetimi Dergisi** 10(2): 61-68.

40. Vincent C. (2012) **The Essentials of Patient Safety**. Wiley-Blackwell, USA. <http://www.chfg.org/wp-content/uploads/2012/03/Vincent-Essentials-of-Patient-Safety-2012.pdf>, Erişim tarihi: 29/01/2015.
41. Wolf Z. R., Serembus J. F., Smetzer J., Cohen H. and Cohen M. (2000) Responses and Concerns of Healthcare Providers to Medication Errors. **Clinical Nurse Specialist** 14(6): 278-290.
42. Yalçın Ş. ve Acar A. (2010) Avrupa Birliği Ülkelerinde Hasta Güvenliği ve Güvenli Hastane İlişkisi. In Kırılmaz, H. (ed.). **II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi**, ss: 12-26. Ankara.
43. Yıldırım F. (2007) İş Doyumu ile Örgütsel Adalet İlişkisi. **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 62(1): 253-278.
44. Yılmaz G. (2004) İnsan Kaynakları Uygulamalarına İlişkin Örgütsel Adalet Algısının Çalışanların Tutum ve Davranışları Üzerindeki Etkisi. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İstanbul.
45. Zakari N. M. A. (2011) Attitude of Academic Ambulatory Nurses Toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal** 8(3): 230-237.

Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması

Fatih ŞANTAŞ*
Arzu KURŞUN**
Ahmet KAR***

ÖZ

Sağlık hizmeti sunumunda alternatiflerin fazlaşması nedeniyle artan rekabet, tüketici bilinç ve tercih yapma özgürlüğü gibi faktörler sağlık hizmeti tüketicilerinin istek ve ihtiyaçlarının daha fazla dikkate alınmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Tüketicilerin hastane tercihine etki eden faktörlerin belirlenmesi, artan rekabetle başa çıkma ve tercih edilen sağlık kurumu olmayı sağlamada yararlanılacak araçlar arasındadır. Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane tercihine etki eden faktörlerin belirlenmesidir. Çalışmada, Giresun ilinde bir kamu hastanesinde poliklinik hizmeti alan 283 sağlık hizmeti kullanıcılarına anket uygulanmıştır. Araştırma sonuçları, hastane seçimine etki eden en önemli üç faktörün hastanenin hijyen ve temizliği, doktorların tutum ve davranışları ve hastanenin tıbbi-teknik donanımı, en az önemli görülen faktörün hastanenin tabelası, logosu ve renklerinin olduğunu göstermektedir. Çalışmada, hastane seçiminde etkili olan faktörler hizmet kalitesi, tanınırlık, personel, fiziki unsur ve tüketiciye maliyet şeklinde 5 boyutta toplanmış; bu boyutlara ilişkin algılamaların, sağlık hizmeti tüketicilerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pazarlama, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Hastane, Hastane Tercihi

Factors Affecting Hospital Preference: Field Research from the Perspective of Health Services Marketing

ABSTRACT

Due to increasing alternatives in delivery of health care, factors such as increasing competition, consumer awareness and freedom of preferencing, are required to inevitably consider wants and needs of health care consumers. Identification of factors affecting the consumer choice of hospitals is among the tools to be utilized to cope with increased competition and ensure that health care preferred. The aim of this study is to determine the factors that affect the health care consumer choice of hospital. In this study, survey was applied to 283 health care service users getting outpatient service in a public hospital in Giresun. As a result of study, most important three factors affecting the choice of hospital were hygiene and cleanliness of health institution, doctors' attitudes and behaviors and medical-technical equipment of hospital; least important factors were hospital signs, logos and colors. In the study, influential factors in the selection of hospital were collected in 5 dimension as service quality, recognition, staff, physical elements and costs to consumers; it was analyzed if perceptions related to these dimensions differs or not according to socio-demographic characteristics of health care consumers.

Keywords: Marketing, Health Services Marketing, Hospital, Hospital Preference

* Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, fatih.santas@hacettepe.edu.tr

** Öğr. Gör. Giresun Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, akurshun@gmail.com

*** Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, ahmetkar@hacettepe.edu.tr

I. GİRİŞ

Pazarlama, değer ve güçlü müşteri ilişkileri oluşturma süreci olup, en öz şekilde müşteri ilişkilerinin yönetimi olarak tanımlanmaktadır. Pazarlamanın kökeni ticaretin ilkel dönemlerine kadar uzanmaktadır. Modern pazarlama sürecinin tarihsel yolculuğunu üretim, satış ve modern pazarlama olmak üzere üç bölümde incelemek mümkündür (Johnson 2002).

Pazarlama, belli sınırlar dâhilinde hedef pazardaki tüketicilerin taleplerini karşılayacak pazarlama karmasını eşleştirme sürecidir. Süreç, kurumsal amaç ve yeteneklere dayalıdır (Sherlekar et al. 2010). Pazarlama süreci müşteri ihtiyaç ve isteklerinin anlaşılması, müşteri odaklı pazarlama stratejisinin tasarlanması, bütünlük pazarlama programının oluşturulması, kârlı ilişkilerin inşa edilmesi ve müşteriden değer elde edilmesi gibi çeşitli safhalardan oluşmaktadır.

Pazarlamanın nihai amacı müşteri tatmininin yanında hizmet sunucu olarak örgütün amaçlarına ulaşmasını sağlamaktır. Her iki tarafın da amaçları karşılıklı olarak gerçekleştirilmedikçe pazarlama sürecinin başarılı olduğundan söz edilemez (Thomas 2008).

Pazarlamanın sağlık sektöründe kullanımı, diğer sektörlerde göre çok daha yakın zamana rastlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde pazarlama, toplum tarafından tanınmak ve güvenilir olmak, benzer yapıda sağlık işletmeleri ile rekabet içinde olmak, hastanın hizmetten beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak ve daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlamak gibi işlevlere sahiptir (Salman, Uydacı 2011).

Hastane seçimi, sağlık hizmeti tüketicisinin ya da onun bakımından sorumlu olan kişinin, sağlık kurumu tercihi yapma özgürlüğüne sahip olması durumunda, sağlık kurumları arasında seçim yapmasıdır. Sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane seçimine etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Çalışmalarda belirlenen hastane seçimine etki eden faktörler, sağlık hizmeti tüketicisinin bireysel özellikleri ve hastaneye ait özellikler olarak iki kategori altında toplanabilir.

Temel amacı tüketicilerin sağlık kurumundan beklentilerini tespit etmek ve tespit edilen beklentilerin karşılanmasını sağlayarak hedef pazarın tatmin edilmesini ve sağlık kurumunun amaçlarına ulaşmasını sağlamak olan sağlık hizmetleri pazarlamasından hastane tercihinde önem verilen faktörlerle ilgili olarak da yararlanılmalıdır.

Bu çalışma, sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane seçimine etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

II. PAZARLAMA KAVRAMI

21. yüzyılla birlikte firmalar hata kabul etmeyen bir ekonomik çevrede finansal başarılarını sürdürmede hatta varlıklarını idame ettirmede zorlanır hale gelmiştir. Pazarlama, bu zorlayıcı çevrede hayati önem arz etmektedir. Operasyonel yönetim, finans ya da muhasebe yönetimi ürün ya da hizmetlere yeterli talep olmadığında firmanın kâr etmesi konusunda önemli işlev görememektedir (Kotler, Keller 2012). Bu bağlamda pazarlamanın tarihsel süreç içerisinde ifade ettiği anlamın değişmesi nedeniyle günümüzdeki rolünün anlaşılması işletmeler ve paydaşları açısından önem arz etmektedir.

Pazarlama yeni müşterileri daha üstün değer vadederek cezbetme ve mevcut müşterileri de memnun ederek elde tutma ve büyütme sürecidir (Kotler, Armstrong 2014). Pazarlama, ürün ya da hizmetlere toplumun istediği zaman, istediği yerde ulaşmasını sağlamadır (Sherlekar et al. 2010). Halkla ilişkiler ve reklamı da kapsayacak şekilde müşteri arzu ve

ihtiyaçlarını karşılayacak yeni fikir, mal ve hizmetlerin üretilmesi, bunların zaman, yer ve mülkiyet faydaları yaratacak şekilde fiyatlandırılması, dağıtımı ve tutundurulması olarak da pazarlamayı tanımlamak mümkündür (Karafakıoğlu 1998).

Pazarlamanın sadece reklamcılık, halkla ilişkiler ya da kullanılan herhangi bir dağıtım tekniği olmadığı vurgulanmalıdır. Pazarlama bu tekniklerden herhangi biri ile somutlaşmamaktadır ancak tüm bunlar pazarlama sürecinin bir parçasıdır. Aynı zamanda kurumun pazarlama planı kapsamında da kullanılmalıdır (Thomas 2008).

Pazarlamanın topluma ve firmalara sağladığı çeşitli faydalar bulunmaktadır. Toplumun yaşam standartlarını korumak ve yükseltmek, istihdam olanaklarını artırmak ve ulusal gelirin artışına katkıda bulunmak, ekonomik dengeye katkı sağlamak, tüketici ve üretici arasındaki bağlantıyı sağlamak, firmalara gelir oluşturmada destek olmak ve karar verme sürecinde dayanak olmak bu faydalar arasında yer almaktadır (Sherlekar et al. 2010).

Pazarlamanın gelişimi evrimseldir ve pazarlama kavramının ifade ettiği anlam insan davranışlarının değişimi ile birlikte değişmektedir. Bu süreç kendi kendine yeterlik dönemi, değişim odaklı dönem, üretim odaklı dönem, satış odaklı dönem, pazarlama odaklı dönem, tüketici odaklı ve yönetim odaklı dönem olmak üzere yedi aşamanın ardından günümüzdeki halini almıştır (Sherlekar et al. 2010).

III. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PAZARLAMA

Pazarlama, sağlık sektöründe yoğun bir şekilde 1970'lerden itibaren kullanılan bir kavramdır. Etik kaygılar, sağlık çalışanlarının tutumları ve yasalardan kaynaklanan nedenlerle temkinli şekilde yaklaşılan pazarlama uygulamaları, zamanla sektörde yaşanan rekabete paralel şekilde artış göstermiş ve günümüzde sağlık alanında ayrı bir uzmanlık dalı haline gelmiştir (Karaçor, Arkan 2014). Sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı toplum tarafından tanınmak ve güvenilir olmak, benzer yapıda sağlık işletmeleri ile rekabet içinde olmak, hastaların hizmetten beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak ve daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlamak amacıyla ortaya çıkmıştır (Salman, Uydacı 2011).

Bazı sağlık kurumları, perakende ve tedarik sektörlerinde pazarlama tekniklerini ürünlerinin daha iyi tanıtımını yapabilmek için kullanmış olmalarına rağmen sağlık profesyonelleri, sağlık kurumu ile pazarlama kelimelerinin birleşiminden hoşlanmamış ve profesyonel manada 1980'lere kadar pazarlama yaklaşımı benimsenmemiştir (Thomas 2008). Sağlık hizmeti sunucuları, faaliyetleri ile formal pazarlama aktivitelerini birleştirme konusunda uzun süre direnmiştir. Ancak ürün ya da hizmet odaklı örgütlerden kullanıcı ya da müşteri odaklı örgütlere geçişle birlikte, müşterilerle ilişkileri iyileştirerek ve böylece örgütün gelirlerini dolaylı olarak artırarak hizmet verme kaçınılmaz olmuştur (Kumar et al. 2014).

Diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda da pazarlamanın amacı tüketicilerin beklentilerini karşılayan nitelikli hizmetler sunarak hedef pazarı tatmin etmek ve böylece sağlık kurumunun amaçlarına ulaşmasına katkı sağlamaktır. Ancak pazarlamanın bu amacı diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık sektöründe de rekabetin yoğunlaşmasına koşut olarak gelişim göstermektedir. Rekabetin olmadığı ve talebin arzı aştığı durumlarda sağlık kurumları istisnai haller hariç tüketicilerine tatminkâr olmayan hizmetler sunabilmektedirler. Rekabetin artması sağlık sektöründe pazarlama fonksiyonunun önemini artırmakta, tüketicilerin ihtiyaç ve isteklerinin belirlenmesini ve tatmin edilmesini ön plana çıkarmaktadır (Akkılıç 2002).

Sağlık hizmetleri pazarlamasına özgü çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının özellikle de klinisyenlerin diğer sektörlerdeki çalışanlardan farklı davranış biçimlerine ve karar mekanizmalarına sahip olmaları ve sağlık kurumlarının örgütlenme biçimlerinin diğer işletmelerden farklılık göstermesi sağlık hizmetleri pazarlamasını kendine özgü hale getirmektedir. Diğer taraftan sağlık mal ve hizmetlerinin ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklı olması sağlık hizmetleri pazarlamasını diğer işletmelerdeki pazarlama uygulamalarından ayırmaktadır (Thomas 2008). Kısaca ifade etmek gerekirse sağlık kurumlarının örgütlenme biçimi, istihdam ettiği çalışanlar ve ürettiği ürünlerden kaynaklanan özgünlükleri nedeniyle sağlık hizmetleri pazarlaması farklılık göstermektedir.

Sağlık hizmetleri pazarlamasında yaşanan karmaşa ve farklılığın bir kaynağı da müşteri ve hasta kavramlarının kullanımından ileri gelmektedir. Bazı pazarlamacılar, tüketici ve hasta kavramlarının kullanımında farklı bakış açısına sahiptir. Geleneksel tüketici ya da hasta bakış açısı pasif olarak bir şeyleri tüketen kişi şeklinde algılanmaktadır. Oysaki sağlık hizmeti tüketicileri ürün ve hizmetleri ile ilgili deneyimlerini, yeni uygulamaları, internet veya diğer kaynaklardan doktorlarla ilgili edindikleri bilgileri aktif bir şekilde iletmektedirler. Peter Drucker bu mevcut çevreyi analiz ederek pazarlamayı müşteri temsilcisi gibi rol oynama şeklinde değerlendirmiştir. Yeni pazarlamacıların rolü artık uzun dönemli, güvene dayalı ve müşteriyle değerli ilişkiler kurmak üzerine tüm örgütü hizmet sunmaya hazır hale getirmektir (Kotler et al. 2008).

Sağlık hizmetleri pazarlamasının gerekliliğinin anlaşılabilmesi bu alana birçok eleştiri getirilmesine sebep olmaktadır. Pazarlamanın kıt kaynakların boşa harcanmasına sebep olduğu, saldırgan, yönlendirici ve kalite düşürücü olduğu, gereksiz talep yarattığı ve hastalar arasında ayırım yapılmasına neden olduğu ileri sürülmektedir (Karafakıoğlu 1998; Tengilimoğlu 2012).

IV. HASTANE TERCİHİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Tüm piyasalarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda da sağlık hizmeti tüketicilerinin hizmet alıp almayacağı ve bu hizmeti hangi sunucudan alacağı konusunda bir tercih yapması gerekmektedir. Tercihler genellikle karar vericinin her bir olası alternatif için yüzleşeceği fayda fonksiyonuyla temsil edilmektedir. Kaynakların sınırsız olmayışı ve kısıtların varlığı tüketicileri tercih yapmaya itmektedir (Owumi, Sakiru 2013).

Hastane tercihi, sağlık hizmeti tüketicisinin ya da onun bakımından sorumlu olan kişinin, sağlık kurumu tercihi yapma özgürlüğüne sahip olması durumunda, sağlık kurumları arasında seçim yapmasıdır (Tengilimoğlu, 2001). Bireylerin hastane seçimine etki eden faktörler çeşitlilik göstermekte ve yapılan çeşitli çalışmalarla bu faktörler belirlenmeye çalışılmaktadır.

Sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane tercihinin etki eden faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan ilk çalışmalar incelendiğinde, hastaların nadiren hastane performansına ilişkin bir araştırma yaptıkları, bu tür verileri anlamadıkları ya da bu verilere güvenmedikleri ve bunun hastane seçiminde çok küçük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Elsinga et al. 2010).

Yıllar itibarıyla bu durum değişim göstermiştir. Dünya genelinde birçok ülkede hastanelerin performans göstergelerine ilişkin verilerin daha şeffaf hale gelmesiyle birlikte tüketiciler hastaneler arasında daha sağlıklı bir kıyaslama yapabilme imkânına sahip olmuştur. Literatürdeki çalışmalar da tüketicilerin tercih yapmak istediğini ve bunun için de karşılaştırmalı performans verileriyle ilgilendiklerini göstermektedir (Groot et al. 2012). Ancak çoğu Avrupa ülkesinde hastalar aktif bir şekilde sağlık hizmeti sunucularını seçmek

için teşvik edilmemektedir. Bununla birlikte hastane tercihi son zamanlarda Hollanda ve İngiltere gibi birkaç Kuzey Avrupa ülkesinde önem kazanmıştır (Victoor et al. 2012). Örneğin Hollanda’da 2003 yılından itibaren hastane performans göstergelerine ilişkin standart bilgi seti Hollanda Sağlık Müfettişliği (NHI) tarafından sunulmaktadır. 2005-2006 yılları arasında bu sisteme hastanedeki bakım sürecine (bekleme süresi gibi), hastane sistemine (kişisel ihtiyaçlara uygun donatılmış hasta odaları gibi), sunulan hizmetin sonuçlarına ilişkin veriler de (yan etkiye maruz kalmış hasta yüzdesi gibi) sisteme dâhil edilmiştir. Bu bilgilere ek olarak hastaneye toplu taşıma araçlarıyla ulaşım, mesafe ve fiziksel erişime ilişkin veriler de entegre edilmiştir (Elsinga et al. 2010). İngiltere’de 2012 yılında çıkarılan Sağlık ve Sosyal Hizmet Yasası ile hastalara seçebileceği hizmetlerin ötesinde herhangi bir nitelikli sunucudan (AQP) ya da genel uygulayıcılardan (GP) hizmet edinebilme hakkı getirilmiştir (Fotaki 2014). ABD’de ise hastaların deneyimlerine ilişkin veri standart ve sistematik bir şekilde toplanmaktadır. Sağlık Hizmeti Sunucu ve Sistemlerinin Amerikan Tüketicileri Değerlendirmesi (CAHPS) kuruluşu buna bir örnektir. Bu kuruluş farklı hastanelerde sunulan hizmete ilişkin tüketicilerin hasta bakış açılarını karşılaştırmasına imkan sağlayan verileri toplayıp tasarlamaktadır (Groot et al. 2012).

Hastalara erişilebilir ve maliyet etkili bir sağlık hizmetini sunabilme yeteneği hastane tercihiyle ilişkili faktörlerin iyi anlaşılmasına bağlıdır (Doghaite et al. 2003). Ulusal ve uluslararası literatürde hastaların hastane tercihinde etki eden faktörleri ortaya koymak adına birçok çalışma yapılmıştır.

Bazı çalışmalar belirli bir sağlık hizmeti türü için, bazı çalışmalar belirli bir coğrafi bölge için ve bazı çalışmalar da belirli sağlık kurumları için yürütülmüş ve farklı bulgularla sonuçlanmıştır. Tengilimoğlu (2001) hastane seçiminde etkili olan faktörleri araştırdığı çalışmada hizmetin sunulduğu ortamın, teknolojik ekipmanın yeterli olup olmamasının önemli etkenler olduğunu ortaya koymuştur. Özkoç (2013) hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesini uygunluk analizi ve nested logit model aracılığıyla gerçekleştirmiştir. Çalışmasının neticesinde gelir seviyesi ve kuruma erişim imkânı en önemli faktörler olarak bulunmuştur. Işık ve arkadaşları (2013) ise yapmış oldukları çalışmada tüketicilerin hastane seçiminde etkili olan faktörlere ilişkin algılamalarını belirlemeyi amaçlamış ve hastanenin temizliği en önemli faktör olarak ortaya çıkarken, hastane seçiminde etkisi en az olan faktör hekim ve hemşirelerin cinsiyeti şeklinde bulunmuştur. Doghaite ve diğerlerinin (2003) yapmış olduğu çalışmada hastane tercihinde etki eden faktörler tıbbi hizmetler, erişim, yönetsel hizmetler, tanınmışlık, çevre ve donatılar gibi beş başlık altında toplanmıştır. He (2014) ise yapmış olduğu çalışmada bu faktörleri hastanenin nitelikleri, hastanın değer faktörleri ve bireysel özelliklerin etkisi olmak üzere üç başlıkta incelemiştir. Yine benzer bir çalışmada hastalara direkt olarak neden kendi yaşadıkları yerden daha uzakta bir sağlık kurumunu tercih ettikleri sorulmuştur ve yanıtların yarısı (%50,6) uzmanlık gerektiren hizmetlerin yoksunluğunu gerekçe olarak göstermiştir (Liu et al. 2007).

Yapılan tüm bu çalışmalarda elde edilen bulgular demografik değişkenlerle kıyaslanmıştır ancak tamamı için ortak bir payda olacak sonuçlara erişilememiştir. Tüketici olarak hastaların hastane tercihlerinde demografik faktörlerin etkisinin ortaya konulması yoğun rekabet ortamında hastane (pazarlama) yöneticilerinin sadece kalitelerini iyileştirerek ve/veya çeşitli kalite belgeleri alarak değil, pazarlama uygulamaları ile de rekabetçi üstünlük sağlamalarına neden olacaktır (Özdemir ve diğerleri 2010).

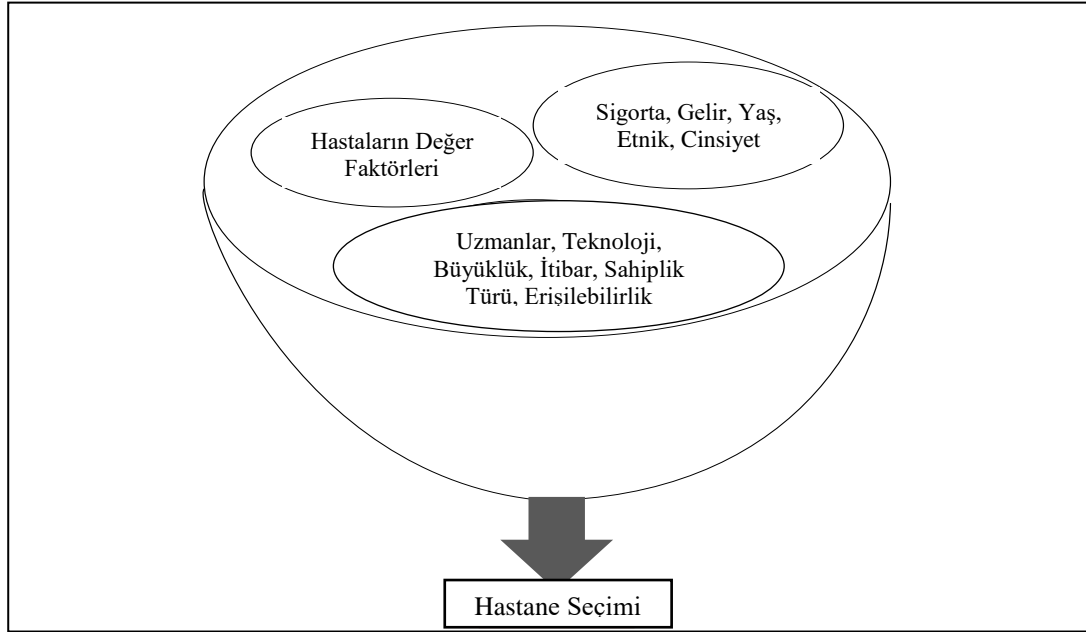
Hastane seçimine etki eden faktörleri,

- Hasta özellikleri (yaş, cinsiyet, ırk, ödeme kaynağı gibi)

- Hastane özellikleri (yatak sayısı, hastanın kaldığı yer ve hastane arasındaki mesafe, sunulan hizmet sayısı, hastanenin diğer sağlık kuruluşlarıyla bağlantıları, hastanenin itibarı ve sahiplik türü gibi) şeklinde iki başlık altında incelemek mümkündür (Özdemir ve diğerleri 2010).

Şekil 1’de hastane tercihinde etki eden faktörler gösterilmiştir. Hastanede istihdam edilen uzman sağlık personeli, kurumun kullandığı teknoloji, hastanenin büyüklüğü ve sahiplik türü ile hastalar için erişilebilirliği hastanenin nitelikleri başlığı altında yer almaktadır. Hastanın sigortalı olma durumu, yaşı, cinsiyeti ve etnik kökeni ise bireysel özellikler altında yer almaktadır. Hastanın sosyokültürel durumu ve değer faktörleri bireysel özellikleri ile de etkileşime girerek hastane seçiminde alternatif sağlık kurumlarının özellikleri de dikkate alınarak bir tercih yapılmasını sağlayacaktır. Bu faktörlerin önem sırası her sağlık hizmeti kullanıcısı için aynı değildir. Örneğin karmaşık cerrahi müdahalelerin ya da ileri uzmanlık gerektiren hizmetlerin eksikliğinde hastaların ciddi derecede rahatsız olabileceği vakalar için hastanenin sahip olduğu uzmanların niteliği daha önemli iken acil vakalarda hastanın bulunduğu noktaya en yakın olma özelliği daha önemli bir faktör olabilmektedir.

Şekil 1. Hastane Tercihinde Hastanenin Nitelikleri, Hastanın Değer Faktörleri ve Bireysel Özelliklerin Etkisi



Kaynak: He, 2011

Hasta güveni, hasta sadakati, hasta bağlılığı ve hasta özdeşleşmesi gibi unsurların beraberinde getirdiği kurum ünü de hastane tercihinde önemli bir rol oynamaktadır. Fobrum ve Bromley’in tanımına göre kurum ünü tüm ortaklar, hissedarlar için değer elde etmekle sonuçlanacak, firmanın yapabildiklerini tanımlayan, firmanın geçmişteki davranışı ve çıktılarına yönelik toplu bir düşünce, fikir” olarak ifade edilmektedir (Derin, Demirel 2011). Hastanenin tüketicinin zihninde olumlu bir yer edinmiş olması ve kurum ününün yüksek olması onu alternatifleri karşısında bir adım öne çıkaracaktır.

Genel hastane bilgisi ve sunulan hizmetin sonuçlarına ilişkin bilgilerin yanı sıra diğer hastaların deneyimlerine ilişkin bilgiler de hastane seçiminde önemli rol oynamaktadır. Tüketiciler akraba ve yakınlarından edindikleri deneyim hikâyeleri neticesinde hastane seçimine karar verebilmektedir (Groot et al. 2012). Ancak tüketicilerin tercihleri her zaman

süreklilik göstermeyebilmektedir. Hastaların bir hastaneyi tercih etmesini sağlayan faktörlerin ortadan kalkması durumunda tercihleri değişebilmektedir. Hastalar bazı durumlarda park yeri bulamadıklarından ötürü bile o kurumu ikinci kez tercih etmeyebilmektedir (Dubey, Sharma 2013).

V. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane seçimine etki eden faktörlerin belirlenmesidir. Sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane tercihine etki eden faktörlerin tespit edilmesi, sağlık kurumlarının hedef pazarındaki nüfusun ihtiyaçlarına uygun hizmet sunmalarında, pazarlama stratejilerinin oluşturulma ve uygulanmasında yardımcı olabilecektir. Araştırmanın bu amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

- Hastane tercihine etki eden faktörler nelerdir?
- Hastane tercihine etki eden faktörler sağlık hizmeti tüketicilerinin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aylık gelir, sağlık güvencesi ve konumlandırmaya verilen önem gibi kişisel özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?
- Hastane tercihine etki eden faktörlerin belirlenmesinin sağlık kurumları yönetimlerine getireceği yararlar neler olabilir?

5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Giresun ilinde bir kamu hastanesinde 1 Nisan-31 Mayıs 2014 tarihleri arasında poliklinik hizmeti alan tüm hastalar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında herhangi bir örneklem seçilmemiş olup; ilgili tarihler arasında poliklinik hizmeti alan tüm hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma kapsamında toplam 283 adet geçerli ve kullanılabilir anket araştırmacılar tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

5.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Çiftçi (2010) tarafından “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Konumlandırma Stratejileri: Kırıkkale Örneği” isimli yüksek lisans tezi kapsamında geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Anket formu toplam 31 sorunun yer aldığı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların kişisel ve demografik bilgilerini ölçmeye yönelik 8 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde hastane seçimine etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla oluşturulmuş 23 soru yer almaktadır. Soru formunda, sağlık işletmesinin tercihinde önemli olan faktörler 0=hiç önemi yok, 1=önemsiz, 2=fark etmez, 3=önemli ve 4=çok önemli şeklinde ölçülerek Likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Araştırma ölçeğinde yer alan soruların hangi boyutlar altında toplanabileceğini belirlemek amacıyla araştırma verisine faktör analizi uygulanmıştır. Tablo 1 incelendiğinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği ölçüsünün 0,872 olarak bulunması örneklem yeterliğinin iyi olduğunu göstermektedir. Korelasyon matrisinin faktörlenebilir olup olmadığının tespit edilmesi amacıyla yapılan Barlett'in Küresellik Testinde Ki-Kare değerinin 2086,145 ($p=0,000$) olarak bulunduğu görülmekte ve bu skorlar korelasyon matrisinin faktörlenebilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. KMO ve Bartlett Testi

| | | |
|--|-------------------------|----------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Uygunluğunun Ölçüsü | | 0,872 |
| Bartlett's Küresellik Testi | Yaklaşık Ki-Kare Değeri | 2086,145 |
| | Serbestlik Derecesi | 253 |
| | p | 0,000 |

Tablo 2’de faktör analizi sonuçları verilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda değişkenler 5 faktör altında toplanmakta ve açıklanan toplam varyans %55’tir. Araştırma ölçeğinde yer alan 23 soru 5 faktör altında toplanmıştır. 9 sorunun yer aldığı Faktör 1, Hizmet Kalitesi; 5 sorunun yer aldığı Faktör 2, Tanınırlık; 3 sorunun yer aldığı Faktör 3, Personel; 3 sorunun yer aldığı Faktör 4, Fiziki Unsur ve 3 sorunun yer aldığı Faktör 5, Tüketicie Maliyet şeklinde isimlendirilmiştir.

Tablo 2. Döndürülmüş Faktör Yükleri ve Özdeğerler

| Değişken | Faktör 1 | Faktör 2 | Faktör 3 | Faktör 4 | Faktör 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Sağlık işletmesinin tıbbi/teknik donanımı | 0,560 | | | | |
| Sağlık işletmesinin kafeterya hizmetlerinin olması | 0,705 | | | | |
| Hastaların tedavisi sırasında takip sisteminin varlığı | 0,614 | | | | |
| Hastane içi işlemlerde kısalık ve kolaylık | 0,538 | | | | |
| Sağlık işletmesinin hijyen ve temizliği | 0,607 | | | | |
| Sağlık işletmesinde güvenlik sisteminin olması | 0,580 | | | | |
| Randevu sisteminin olması | 0,553 | | | | |
| Sağlık işletmelerinde sunulan tıbbi hizmetlerin çeşitliliği | 0,570 | | | | |
| Yataklı tedavi hizmetinin var olması | 0,622 | | | | |
| Sağlık işletmesinin güvenilirliği | | 0,580 | | | |
| Sağlık işletmesinin tanınmışlığı/ünü | | 0,827 | | | |
| Doktorların tanınmışlığı/ünü | | 0,751 | | | |
| Sağlık işletmesi ile ilgili medyada yer alan haberler | | 0,694 | | | |
| Sağlık işletmesinin tabelası/ logosu/renkleri | | 0,534 | | | |
| Personelin kılık ve kıyafeti | | | 0,662 | | |
| Personelin tutum ve davranışı | | | 0,574 | | |
| Doktorların tutum ve davranışları | | | 0,625 | | |
| Sağlık işletmesinin iç/dış mimarisi ve otopark olanakları | | | | 0,727 | |
| Bekleme alanlarının uygunluğu | | | | 0,747 | |
| Sağlık işletmesinin fiziki büyüklüğü | | | | 0,643 | |
| Muayene ve diğer hizmet fiyatları | | | | | 0,577 |
| Sağlık işletmesine ulaşım | | | | | 0,597 |
| Hasta ve refakatçinin barınma olanağı | | | | | 0,446 |
| Özdeğerler | 6,600 | 2,366 | 1,500 | 1,163 | 1,105 |
| % | 28,697 | 10,288 | 6,521 | 5,056 | 4,804 |
| Birikimli % | 28,697 | 38,985 | 45,506 | 50,563 | 55,367 |

Araştırma ölçeğinin güvenilirlik değeri $\alpha=0,87$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutları olan hizmet kalitesi, tanınırlık, personel, fiziki unsur ve tüketiciye maliyet için de güvenilirlik katsayılarının 0,70'den yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma Ölçeğinin Güvenirliği

| Boyutlar | Madde Sayısı | Cronbach Alpha Katsayısı |
|--------------------|--------------|--------------------------|
| Genel | 23 | 0,87 |
| Hizmet Kalitesi | 9 | 0,78 |
| Tanınilılık | 5 | 0,73 |
| Personel | 3 | 0,70 |
| Fiziki Unsur | 3 | 0,71 |
| Tüketiciye Maliyet | 3 | 0,72 |

5.4. Verilerin Analizi

Anketten elde edilen verilerin analizinde SPSS 20.0 paket programından yararlanılarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, frekans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, ikiden fazla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve tek yönlü varyans analizinde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla Tukey testi kullanılmıştır.

VI. BULGULAR

Araştırma kapsamında yer alan katılımcıların çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4'te sunulmuştur. Buna göre katılımcıların yarıdan fazlasının (%53,4) erkeklerden oluştuğu görülmekle birlikte cinsiyet açısından dengeli bir dağılım olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılanların üçte birinin 31-35 yaş aralığında, çoğunluğunun ise 55 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Araştırmaya dâhil olanların yaklaşık yarısı (%49,5) lisans ve üstü eğitime sahip iken, lise ve dengi eğitim düzeyinde olanların oranı %27,6 ve ilköğretim düzeyinde eğitimi olanların oranı %22,6'dır. Katılımcıların aylık gelirleri dikkate alındığında yaklaşık üçte birinin (%31,1) 847-1250 TL aralığı içerisinde yer aldığı görülmektedir. Asgari ücret ve altında aylık gelir elde edenlerin oranı %15,5 ve 3001 TL ve üzerinde aylık geliri olanların oranı %14,1'dir. Katılımcıların %70'ine yakınının 847-3000 TL arasında aylık geliri bulunmaktadır. Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının (%56,1) devlet hastanesini tercih ettiği görülmektedir. Devlet hastanesini %29,7 ile eğitim ve araştırma hastaneleri ve %13,1 ile özel hastaneler takip etmektedir. Özel dal hastanelerinin belirli bir yaş ve cinsiyet grubu hastalar ya da bir organ ve organ grubu ile ilgilenmeleri ve hastaların ancak yönlendirilmek suretiyle müracaat etmeleri nedeniyle hastane tercihinde son sırada yer almıştır. Araştırmaya katılanların %48,7'si problem yaşadığında, %37,5'i ise nadiren hastane değiştirdiği saptanmıştır. Sık ve çok sık hastane değiştirdiğini söyleyenlerin oranı %3 civarında iken hiçbir şartta hastane değiştirmedini söyleyenlerin oranı ise %10'dur. Katılımcıların çok büyük kısmı (%91,9) sağlık güvencesine sahiptir. Araştırma kapsamında yer alan kişilerin %60'ının son bir yılda hastaneye 2-10 kez, %22,3'ünün 1 kez ve %16,3'ünün ise 11 kez ve daha fazla gittiği görülmektedir.

Tablo 4. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

| Değişkenler | n | % |
|--|------------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 132 | 46,6 |
| Erkek | 151 | 53,4 |
| Yaş (Yıl) | | |
| ≤ 20 | 54 | 19,1 |
| 21-35 | 98 | 34,6 |
| 36-45 | 44 | 15,5 |
| 46-55 | 34 | 12,0 |
| 56-65 | 26 | 9,2 |
| 65 ≥ | 27 | 9,5 |
| Eğitim Durumu | | |
| İlköğretim | 64 | 22,6 |
| Lise | 78 | 27,6 |
| Lisans ve Üstü | 141 | 49,8 |
| Aylık Gelir | | |
| 846 TL ve Altı | 44 | 15,5 |
| 847-1250 TL | 88 | 31,1 |
| 1251-2000 TL | 72 | 25,4 |
| 2001-3000 TL | 39 | 13,8 |
| 3001 TL ve Üstü | 40 | 14,1 |
| Hastane Tercihi | | |
| Devlet Hastaneleri | 160 | 56,5 |
| Eğitim ve Araştırma Hastaneleri | 84 | 29,7 |
| Özel Dal Hastaneleri | 2 | 0,7 |
| Özel Hastane | 37 | 13,1 |
| Hastane Değiştirme Sıklığı | | |
| Hiç | 28 | 9,9 |
| Nadiren | 106 | 37,5 |
| Problem Yaşandığında | 108 | 48,7 |
| Sık | 5 | 1,8 |
| Çok Sık | 6 | 2,1 |
| Sağlık Güvencesi | | |
| Var | 260 | 91,9 |
| Yok | 23 | 8,1 |
| Son Bir Yılda Hastaneye Başvuru Sıklığı | | |
| 1 Kez | 63 | 22,3 |
| 2-4 Kez | 87 | 30,7 |
| 5-10 Kez | 87 | 30,7 |
| 11 Kez ve Daha Fazla | 46 | 16,3 |
| Toplam | 283 | 100,0 |

Tablo 5'te hastane tercihinde etkili olan faktörlere ilişkin verilen cevaplar yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastane tercihinde en fazla önem verilen faktörün 3,90'lık ortalaması ile sağlık işletmesinin hijyen ve temizliğinin olduğu görülmektedir. Sağlık işletmesinin hijyen ve temizliği ile ilgili sorulan soruya katılımcıların %90,8'i çok önemli, %8,8 ise önemli cevabını vermiştir. Hastane tercihinde en fazla önem verilen ikinci faktör 3,81'lik ortalaması ile doktorların tutum ve davranışlarıdır. En fazla önem verilen diğer faktörler sırasıyla sağlık işletmesinin tıbbi ve teknik donanımı (3,75), personelin tutum ve davranışı (3,72) ve sağlık işletmesinin güvenilirliği (3,67) olmuştur.

Hastane tercihinde en az önemli olarak görülen faktörün 2,09'luk ortalaması ile sağlık kurumunun tabelası/renkleri ve logosu olduğu belirlenmiştir. Hastane tercihinde en az önemli olarak görülen ikinci faktör 2,62'lik ortalaması ile sağlık işletmesi ile ilgili medyada yer alan haberlerdir. En az önem verilen diğer faktörler sırasıyla sağlık işletmesinin kafeterya hizmetlerinin olması (3,01), sağlık işletmesinin mimarisi, otopark olanakları ve tanınmışlığı (3,04) olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörler

| Faktörler | n | Min. | Max. | Ort. | Ss |
|---|-----|------|------|------|-------|
| Sağlık işletmesinin hijyen ve temizliği | 283 | 0 | 4 | 3,90 | 0,306 |
| Doktorların tutum ve davranışları | 283 | 0 | 4 | 3,81 | 0,410 |
| Sağlık işletmesinin tıbbi /teknik donanımı | 283 | 0 | 4 | 3,75 | 0,458 |
| Personelin tutum ve davranışı | 283 | 0 | 4 | 3,72 | 0,493 |
| Sağlık İşletmesinin güvenilirliği | 283 | 0 | 4 | 3,67 | 0,522 |
| Hastaların tedavisi sırasında takip sisteminin varlığı | 283 | 0 | 4 | 3,63 | 0,520 |
| Hastane içi işlemlerde kısıklık ve kolaylık | 283 | 0 | 4 | 3,62 | 0,534 |
| Yataklı tedavi hizmetinin var olması | 283 | 0 | 4 | 3,61 | 0,574 |
| Sağlık işletmelerinde sunulan tıbbi hizmetlerin çeşitliliği | 283 | 0 | 4 | 3,60 | 0,526 |
| Sağlık işletmesinde güvenlik sisteminin olması | 283 | 0 | 4 | 3,58 | 0,542 |
| Hasta ve refakatçinin barınma olanağı | 283 | 0 | 4 | 3,51 | 0,598 |
| Randevu sisteminin olması | 283 | 0 | 4 | 3,47 | 0,665 |
| Muayene ve diğer hizmet fiyatları | 283 | 0 | 4 | 3,44 | 0,701 |
| Bekleme alanlarının uygunluğu | 283 | 0 | 4 | 3,36 | 0,672 |
| Sağlık işletmesine ulaşımın kolaylığı olması | 283 | 0 | 4 | 3,34 | 0,705 |
| Doktorların tanınmışlığı/ünü | 283 | 0 | 4 | 3,28 | 0,788 |
| Personelin kıyafet ve kıyafeti | 283 | 0 | 4 | 3,17 | 0,828 |
| Sağlık işletmesinin fiziki büyüklüğü | 283 | 0 | 4 | 3,07 | 0,849 |
| Sağlık işletmesinin iç/dış mimarisi ve otopark olanakları | 283 | 0 | 4 | 3,04 | 0,824 |
| Sağlık işletmesinin tanınmışlığı/ünü | 283 | 0 | 4 | 3,04 | 0,839 |
| Sağlık işletmesinin kafeterya hizmetlerinin olması | 283 | 0 | 4 | 3,01 | 0,833 |
| Sağlık işletmesi ile ilgili medyada yer alan haberler | 283 | 0 | 4 | 2,62 | 0,987 |
| Sağlık işletmesinin tabelası/logosu/ renkleri | 283 | 0 | 4 | 2,09 | 0,196 |

Tablo 6'da hastane tercihinde etkili olan faktörlerin 5 boyut altında toplanması sonucu oluşan puan dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastane seçiminde en fazla önem

verilen boyutların hizmet kalitesi ve personel olduğu, hastanenin tanınırlığının ise diğer boyutlara göre daha az önem verilen boyut olduğu görülmektedir.

Tablo 6. Hastane Tercihinde Etkili Olan Boyutlara İlişkin Puan Dağılımı

| Boyutlar | Ort. | Ss |
|--------------------|--------|---------|
| Hizmet Kalitesi | 3,5733 | 0,34323 |
| Personel | 3,5670 | 0,44046 |
| Tüketiciye Maliyet | 3,4349 | 0,50856 |
| Fiziki Unsur | 3,1560 | 0,63576 |
| Tanınilık | 2,9376 | 0,61679 |

Tablo 7'de hastane tercihinde etkili olan alt boyutlara ilişkin puanları yaş, cinsiyet, eğitim, aylık gelir, sağlık güvencesi ve son bir yılda hastaneye başvuru sıklığı gibi çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması ve yürütülen test sonuçları görülmektedir. Katılımcıların **hizmet kalitesi** boyutuna vermiş oldukları puanlarının yaş ($F=2,467$; $p<0,05$) ve aylık gelire ($F=3,197$; $p<0,05$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, 21-35 yaş grubundakilerin diğer yaş grubundakilere göre ve 3001 TL ve üzerinde aylık gelire sahip olanların daha az aylık gelire sahip olanlara göre hizmet kalitesi alt boyutuna verdikleri puanların ortalaması daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Hizmet kalitesi alt boyutunda cinsiyet ($t=-0,997$; $p>0,05$), eğitim düzeyi ($F=2,538$; $p>0,05$), sağlık güvencesi ($t=0,893$; $p>0,05$) ve son bir yılda hastaneye başvuru sıklığı ($t=-0,259$; $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların **tanınmışlık** alt boyutuna vermiş oldukları puanlarının cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=-1,076$; $p<0,05$). Buna göre kadınlar tanınmışlık boyutuna erkeklere göre daha fazla önem vermiştir. Tanınmışlık alt boyutunda yaş, eğitim durumu, aylık gelir, sağlık güvencesi ve hastaneye başvuru sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların **fiziki uygunluk** alt boyutuna vermiş oldukları puanlarını istatistiksel olarak anlamlı farklılaşan değişken bulunmamaktadır. Fiziki uygunluk alt boyutunda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık gelir, sağlık güvencesi ve hastaneye başvuru sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılanların **personel davranışı** boyutuna vermiş oldukları puanları, eğitim düzeyine ($F=4,976$; $p<0,05$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmıştır. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, lisans ve üstünde eğitime sahip olanların ilköğretim ve lise düzeyinde eğitime sahip olanlara göre personel davranışına daha fazla önem verdikleri ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Personel davranışı alt boyutunda cinsiyet, yaş, aylık gelir, sağlık güvencesi ve hastaneye başvuru sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Katılımcıların **tüketiciye maliyet** boyutuna vermiş oldukları puanları, yaşa ($F=3,714$; $p<0,05$) göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespiti için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre, 20 yaş ve altındakilerin diğer yaş gruplarına göre tüketiciye maliyet boyutuna verdikleri puanların ortalaması daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Tüketiciye maliyet boyutunda cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, sağlık güvencesi ve hastaneye başvuru sıklığı istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 7. Çeşitli Değişkenlere Göre Hastane Tercihinde Etkili Olan Boyutlara İlişkin Analiz Sonuçları

| Değişkenler | Hizmet Kalitesi | | Tanınırlık | | Fiziki Uygunluk | | Personel | | Tüketiciye Maliyet | |
|----------------------------------|----------------------------|------|----------------------------|------|----------------------|------|---------------------------|------|---------------------------|------|
| | Ort. | Ss | Ort. | Ss | Ort. | Ss | Ort. | Ss | Ort. | Ss |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | |
| Erkek | 3,54 | 0,33 | 2,89 | 0,67 | 3,14 | 0,63 | 3,58 | 0,48 | 3,40 | 0,49 |
| Kadın | 3,59 | 0,34 | 2,97 | 0,56 | 3,16 | 0,63 | 3,55 | 0,40 | 3,45 | 0,52 |
| | t= -1,195 p=0,498 | | t=-1,076 p=0,004 | | t=-0,299 p=0,749 | | t=0,674 p=0,509 | | t=-0,834 p=0,227 | |
| Yaş (Yıl) | | | | | | | | | | |
| < 20 | 3,56 | 0,31 | 2,97 | 0,59 | 3,04 | 0,58 | 3,64 | 0,38 | 3,57 | 0,37 |
| 21-35 | 3,63 | 0,31 | 2,84 | 0,67 | 3,05 | 0,75 | 3,56 | 0,48 | 3,47 | 0,54 |
| 36-45 | 3,61 | 0,35 | 2,87 | 0,55 | 3,25 | 0,52 | 3,63 | 0,34 | 3,49 | 0,50 |
| 46-55 | 3,56 | 0,34 | 3,08 | 0,54 | 3,41 | 0,54 | 3,56 | 0,38 | 3,41 | 0,51 |
| 56-65 | 3,43 | 0,38 | 2,99 | 0,58 | 3,20 | 0,58 | 3,35 | 0,54 | 3,25 | 0,50 |
| 65 > | 3,44 | 0,38 | 3,06 | 0,64 | 3,20 | 0,52 | 3,48 | 0,43 | 3,13 | 0,48 |
| | F=2,467 p=0,033 | | F=1,207 p=0,306 | | F= 2,165 p=0,058 | | F=1,983 p=0,081 | | F=3,714 p=0,003 | |
| Eğitim Düzeyi | | | | | | | | | | |
| İlköğretim | 3,50 | 0,38 | 2,97 | 0,51 | 3,24 | 0,47 | 3,41 | 0,43 | 3,34 | 0,48 |
| Lise ve Dengi | 3,54 | 0,32 | 2,92 | 0,63 | 3,21 | 0,51 | 3,58 | 0,49 | 3,44 | 0,47 |
| Lisans ve Üstü | 3,61 | 0,32 | 2,92 | 0,65 | 3,08 | 0,74 | 3,62 | 0,39 | 3,47 | 0,53 |
| | F=2,538 p=0,081 | | F=0,127 p=0,881 | | F=1,921 p=0,148 | | F=4,976 p=0,008 | | F=,1,383 p=0,253 | |
| Aylık Gelir (TL) | | | | | | | | | | |
| < 846 | 3,60 | 0,39 | 2,95 | 0,64 | 3,36 | 0,53 | 3,52 | 0,41 | 3,52 | 0,43 |
| 847-1250 | 3,60 | 0,34 | 2,90 | 0,50 | 3,31 | 0,44 | 3,50 | 0,53 | 3,41 | 0,50 |
| 1251-2000 | 3,66 | 0,32 | 2,94 | 0,60 | 3,23 | 0,49 | 3,58 | 0,38 | 3,37 | 0,58 |
| 2001-3000 | 3,68 | 0,32 | 3,01 | 0,65 | 3,39 | 0,41 | 3,58 | 0,43 | 3,34 | 0,63 |
| 3001 > | 3,81 | 0,23 | 2,91 | 0,78 | 3,46 | 0,53 | 3,70 | 0,30 | 3,29 | 0,72 |
| | F=3,213; p=0,013 | | F=0,220; p=0,927 | | F=1,331; p=0,259 | | F=1,527; p=0,195 | | F=0,407; p=0,803 | |
| Sağlık Güvencesi | | | | | | | | | | |
| Var | 3,57 | 0,34 | 2,92 | 0,61 | 3,15 | 0,63 | 3,56 | 0,44 | 3,43 | 0,51 |
| Yok | 3,53 | 0,31 | 3,04 | 0,61 | 3,20 | 0,66 | 3,60 | 0,39 | 3,44 | 0,42 |
| | t=0,540 p=0,312 | | t=-0,859 p=0,615 | | t=-0,368 p=0,411 | | t=-0,473 p=0,780 | | t=-0,141; p=0,187 | |
| Hastaneye Başvuru Sıklığı | | | | | | | | | | |
| 1-4 Kez | 3,56 | 0,33 | 2,95 | 0,64 | 3,13 | 0,63 | 3,62 | 0,45 | 3,45 | 0,53 |
| 5 kez > | 3,57 | 0,35 | 2,91 | 0,58 | 3,17 | 0,64 | 3,50 | 0,42 | 3,41 | 0,47 |
| | t= -0,259 p=0,054 | | t= -0,495 p=0,228 | | t= -0,546 p=0,842 | | t= -2,265 p=0,394 | | t= -0,676 p=0,128 | |

VII. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma sağlık hizmeti tüketicilerinin hastane seçimine etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla Giresun ilinde bir devlet hastanesinde poliklinik hizmeti alan 283 sağlık hizmeti kullanıcılarına ulaşılarak görüşleri alınmıştır.

Çalışmanın sonuçları incelendiğinde, hastane seçiminde en fazla önem verilen faktörler sırasıyla hastanenin hijyen ve temizliği, doktorların tutum ve davranışları, hastanenin tıbbi ve teknik donanımı, personelin tutum ve davranışı ve hastanenin güvenilirliği olarak tespit edilmiştir. Çiftçi (2010) tarafından Kırıkkale ili merkezinde yaşayan sağlık hizmetlerinde tüketicileri üzerinde gerçekleştirilen çalışmada benzer şekilde hastane seçiminde en fazla önem verilen faktörler hastanenin hijyen ve temizliği, doktorların tutum ve davranışı, personelin tutum ve davranışı, hastanenin güvenilirliği şeklinde tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına benzer bulgulara ulusal ve uluslararası çalışmalarda ulaşıldığı görülmektedir.

Işık ve diğerleri (2013) tarafından yürütülen çalışmada hastane seçimine etki eden en önemli faktör hastanenin temizliği olarak saptanmıştır. Erdem (2007) tarafından yapılan çalışmada doktorların beceri ve iletişim düzeyleri, sağlık personelinin dinleme ve iletişim becerisi, hastanenin fiziki unsurları en fazla önemli görülen faktörler olarak belirlenmiştir. Yurtdışında çalışmalar incelendiğinde, sağlık hizmeti tüketicilerinin sağlık kurumu seçiminde önem verdikleri faktörler sırasıyla doktorların tedavi edebilme becerisi, sağlık kurumunun büyüklüğü ve uzmanlık alanı olarak saptanmıştır (Jung et al. 2012). Özel sağlık kurumları ile ilgili olarak yürütülen bir çalışmada öne çıkan faktörler sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık kurumunun güvenilirliği ve sağlık hizmetinin fiyatı olarak tespit edilmiştir (Pentescu et al. 2013).

Öne çıkan faktörler göz önüne alındığında sağlık kurumunun hijyen ve temizlik koşullarında ve doktorların ve diğer çalışanlarının tutum ve davranışlarına odaklanmak ve gerekli ise değişiklik yapmak yöneticilerinin en temel sorumlulukları arasındadır. Sağlık kurumları yöneticileri, sağlık kurumunun temizlik ve hijyen koşullarında standartlar belirlemeli, temizliği yapan personelin seçimi ve eğitimlerini hassasiyetle yapmalıdır. Ayrıca sağlık kurumundan hizmet almak için gelen hasta ve yakınlarının sağlık durumlarının belirsizliğinden kaynaklanan nedenlerle sinir, endişe ve stres düzeyleri normal yaşantılarına göre daha yüksek seviyede olabilmektedir. Bu nedenle sağlık kurumu yöneticilerince bu hususların farkına varılmalı ve hem hekimlere hem de diğer sağlık çalışanları ve idari personele yönelik periyodik eğitim ve uygulamalarla bu durum sık sık hatırlatılmalıdır.

Çalışmada, hastane seçiminde daha az önem verilen faktörler sırasıyla sağlık kurumunun tabelası/renkleri ve logosu, sağlık işletmesi ile ilgili medyada yer alan haberler, sağlık işletmesinin kafeterya hizmetlerinin olması ve sağlık işletmesinin mimarisi, otopark olanakları ve tanınmışlığı ön plana çıkmaktadır. Bu bulgular Çiftçi (2010) tarafından yapılan çalışmayla uyumludur. Tengilimoğlu (2001) tarafından yürütülen çalışmada da benzer şekilde hastanenin imajı hastane seçiminde en az önem verilen faktör olarak saptanmıştır. Faktörler incelendiğinde tabela, logo gibi görsel faktörler ve kitle iletişim araçlarında yer alan haberlere daha az rağbet edildiği görülmektedir. Sağlık kurumunun mimarisi ve otopark hizmeti genel olarak önem verilen faktörler olmakla birlikte, araştırma kapsamında yer alan kişilerce diğer faktörlere göre daha az önemli olarak algılanmıştır. Ancak sağlık kurumları yöneticileri, sağlık kurumları ile ilgili medyada olumlu haberlerin yer almasına ve mimari ve otopark gibi fiziki unsurlara özen göstermelidirler.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti kullanıcılarının çeşitli değişkenlere göre hastane tercihinde etkili olan boyutlara ilişkin puanlarının cinsiyet, yaş, eğitim ve aylık gelir düzeyinin hastane tercihini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkileyen değişkenler olduğu

tespit edilmiştir. Çiftçi (2010) tarafından yapılan çalışmada hastane tercihinde etkili olan faktörlerin algılanmasında eğitim ve aylık gelir düzeyinin farklılık yaratan değişkenler olduğu saptanmıştır.

Sağlık sektöründe teknolojik değişim diğer sektörlerle göre daha hızlı ve pahalıdır ve bu nedenle sağlık kurumları yüksek maliyetlerle çalışmak zorundadırlar. Ülkemizde, kamu sağlık kurumlarının kendi gelirleriyle giderlerini karşılama yükümlüğü ile birlikte daha piyasa yönelimli çalışmaya başlamaları, özel hastane sayısının her geçen gün artması sağlık sektöründe rekabeti ortaya çıkarmaya başlamıştır. Ayrıca, sağlık hizmeti tüketicilerinin istedikleri kamu hastanelerine sevk zorunluluğu olmaksızın gidebilmeleri ve SGK'lı hastaların özel hastanelere gidebilmelerinin önünün açılması, tüketicilerin artan eğitim düzeyleri gibi faktörler sağlık hizmeti tüketicilerine sağlık kurumları arasında tercih şansı vermektedir. Bu nedenle sağlık kurumları yöneticilerinin daha özelden pazarlama yöneticilerinin tüketicilerin beklentilerini belirlemeleri ve belirlenen beklentilere uygun hizmet sunulmalar gerektirmektedir.

Temel amacı tüketicilerin beklentilerini tespit etmek ve tespit edilen beklentilerin karşılanmasını sağlayarak hedef pazarın tatmin edilmesini ve bunun sonucunda sağlık kurumunun amaçlarına ulaşmasını sağlamak olan sağlık hizmetleri pazarlaması birimine hastane tercihinde önem verilen faktörlerle ilgili olarak çeşitli roller düşmektedir. Pazarlama yöneticileri, yakın ve uzak çevrelerindeki nüfusun ihtiyaçlarını ve sağlık kurumundan beklentilerini çeşitli araştırmalarla sürekli olarak belirlemeli ve takip etmelidir. Ayrıca, sağlık kurumlarının temizlik, personel davranışları, sağlık kurumlarının fiziki imkânlarının geliştirilmesi, halkla ilişkiler ve pazarlama faaliyetlerinden yasal ve etik kısıtlamaların izin verdiği ölçüde etkinleştirilmesi, özellikle özel sağlık kurumlarının sağlık hizmetleri fiyatlarının hizmet verdikleri nüfusun sosyoekonomik şartlarına göre belirlenmesi, otopark ve kafeterya hizmetlerine özen gösterilmesi gibi konularda pazarlama yöneticilerine görevler düşmektedir.

Bu çalışma, bir il ve bir hastaneyi kapsama, araştırma tarihinde ulaşılan sağlık hizmetleri tüketicilerinin görüşlerini yansıtmaya gibi bazı sınırlılıklara sahiptir. Bu nedenle bundan sonra yapılacak yeni çalışmalarda daha fazla sayı ve türde hastanenin ve katılımcının araştırma kapsamında yer alması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akkılıç M. E. (2002) Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Elazığ'daki Bazı Yataklı Tedavi Kuruluşlarında Bir Uygulama. **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 12(1): 203-218.
2. Çiftçi G. E. (2010) Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Konumlandırma Stratejileri: Kırıkkale İli Örneği. **Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
3. Derin N. ve Demirel E. T. (2011) Hasta Görüşlerine Göre Oluşan Kurum Üünü ile Hasta Tutum ve Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 21(2): 208-235.
4. Doghaiter A. H., Abdelrhman B. M., Saeed A. A. ve Magzoub M. E. (2003) Factors Influencing Patient Choice of Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. **The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health** 123(2): 105-109.

5. Dubey P. ve Sharma S. K. (2013) Factors Affecting Choice of Hospital Services in Bilaspur City. **International Monthly Refereed Journal of Research in Management & Technology** 73(2): 98-104.
6. Elsinga J. D., Otten W., Versluijs M. M., Smeets H. J. ve Kievit J. (2010) Choosing a Hospital for Surgery: The Importance of Information on Quality of Care. **Medical Decision Making** 30(1): 544-555.
7. Erdem Ş. (2007) Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. **Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Edirne.
8. Fotaki M. (2014) **What Market-Based Patient Choice Can't Do for The NHS: The Theory and Evidence of How Choice Works in Health Care**. Centre for Health and the Public Interest, London.
9. Groot J. B., Otten W., Elsinga J. D., Kievit J. and Mheen P. J. (2012) Choosing Between Hospitals: The Influence of the Experiences of Other Patients. **Medical Decision Making** 32(6): 764-778.
10. He X. (2011) Factors Affecting Rural Kentucky Patients Hospital Choice and Bypass Behavior. **University of Kentucky Master's Theses**, http://uknowledge.uky.edu/gradschool_theses/115.
11. Işık O., Fidan C. ve Eriş M. A. (2013) Tüketicilerin Hastane Seçiminde Etki Eden Faktörlere İlişkin Algılamaları. ss. 508-517, **7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı**, Konya.
12. Johnson E. M. (2002) **Fundamentals of Marketing**. Fourth Edition, American Management Association.
13. Karaçor S. ve Arkan A. (2014) Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karmaşası Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. **Selçuk Üniversitesi İletişim Dergisi** 8(2): 90-118.
14. Karafakıoğlu M. (1998) **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**. 1. Baskı, İ.Ü İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul.
15. Kotler P. and Armstrong G. (2014) **Principles of Marketing**. Global Edition, Pearson Education Limited, UK.
16. Kotler P. and Keller K. L. (2012) **Marketing Management**. 14th Edition, Prentice Hall, New Jersey.
17. Kotler P., Shalowitz J. and Stevens R. J. (2008) **Strategic Marketing for Health Care Organizations Building a Customer-Driven Health System**. Jossey-Bass a Wiley Imprint, San Fransisco.
18. Kumar P. N., Jacob A. ve Thota S. (2014) Impact of Healthcare Marketing and Branding on Hospital Services. **International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration** 2(1): 19-24.

19. Liu J. J., Bellamy G. R. ve McCormick M. (2007) Patient Bypass Behavior and Critical Access Hospitals: Implications for Patient Retention. **Journal of Rural Health** 23(1): 17-24.
20. Owumi B. and Sakiru R. (2013) Rational Choice Theory and the Choice of Healthcare Services in the Treatment of Malaria in Nigeria. **Journal of Sociological Research** 4(1): 110-123.
21. Özdemir E., Kılıç S. ve Aydın Z. B. (2010) Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması. **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 29(1): 1-27.
22. Özkoç H. (2013) Hastaların Sağlık Kurumu Tercihlerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Uygunluk Analizi ve Nested Logit Model. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 15(2): 267-280.
23. Pentescu A., Cetina L. and Dumitrescu L. (2013) The Positioning of the Private Healthcare Providers in Romania-an Important Strategic Approach. **Indian Journal of Applied Research** 3(9): 388-390.
24. Roh C.Y., Lee K. H. and Fottler M. D. (2008) Determinants of Hospital Choice of Rural Hospital Patients: The Impact of Networks, Service Scopes, and Market Competition. **Journal of Medical Systems** 32(1): 343-353.
25. Salman A. N. ve Uydacı M. (2011) Butik Hastanelerde Pazarlama Stratejileri. Dergi Park Akademik. **Öneri Dergisi** 9(35): 45-50.
26. Sherlekar S. A., Prasad K. N. and Victor S. J. S. (2010) **Principles of Marketing**. Revised Edition, Himalaya Publishing House, India.
27. Tengilimoğlu D. (2001) Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi** 3(1): 85-98.
28. Tengilimoğlu D. (2012) **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması** 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
29. Thomas R. K. (2008) **Health Services Marketing a Practitioner's Guide**. Springer Science+Business Media, New York.
30. Victoor A., Delnoij D., Friele R. D. and Rademakers J. (2012) Determinants of Patient Choice of Healthcare Providers: A Scoping Review. **BMC Health Services Research** 12(272): 1-16.

Hastane Yöneticilerinin Sağlık Bilgi Teknolojilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Bireysel Faktörlerin Belirlenmesi*

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN**
Yusuf ÇELİK***

ÖZ

Bu çalışma, sağlık hizmetleri alanında önemli bir yere sahip olan sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik, hastane yöneticilerinin tutumlarını etkileyen bireysel faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yürütülmüştür. Araştırma tüm Türkiye genelinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı kamu hastaneleri birlikleri kapsamında faaliyet gösteren hastanelerde çalışan yöneticiler ile gerçekleştirilmiştir. Orjinali Hikmet (1999) tarafından geliştirilen anket çevrimiçi (Qualtrics Çevrimiçi Anket Yazılımı) olarak uygulanmıştır. Araştırma bulgularına dayalı olarak bireysel faktörlerden yaş, medeni durum ve bilgisayar kullanım süresi ile sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutum arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Bilgi Teknolojileri, Sağlık Bilişimi, Sağlık Bilgi Teknolojisi Uyumu, Teknoloji Kabulü, Bilgi Yönetimi

Individual Factors Affecting Hospital Manager's Attitudes Towards Health Information Technologies

ABSTRACT

This study aims to determine individual factors that are more likely to effect technology use which takes a large share in the industry of health care. This research is conducted among hospital administrators which work in hospitals affiliated Turkish Public Hospitals Institution Association of Public Hospital. The research data was collected with online survey instrument (Qualtrics Online Survey Software) which original questionnaire developed by Hikmet (1999). Based on research findings there is a statistically significant relationship between individual factors like age, gender, marital status, years of computer use and attitude of health information technology.

Keywords: Health Information Technologies, Health Informatics, Health Information Technology Adaptation, Technology Acceptance, Knowledge Management

I. GİRİŞ

İşletmelerin faaliyet gösterdikleri sektörlerde varlıklarını koruyabilmeleri, gelişmeleri ve yeni faaliyet alanlarına girmeleri büyük ölçüde bilgiyi yaratmada, kullanmada ve bilgiden yararlanmada ne ölçüde başarılı olduklarına bağlıdır (İraz, Zerenler 2008). Teknolojide yaşanan hızlı gelişmeler, uluslararası pazarın küreselleşmesi, iletişimin artması, dünya çapında hızlı bilgi alışverişinin ve ulaşımının kolaylaştırılması ve serbest ticaretin önündeki engellerin kaldırılması yönündeki girişimler, ülkelerin ekonomilerini de büyük oranda etkilemiştir. Çağımızda özellikle teknolojideki hızlı dönüşüm, beraberinde ekonomik

* Bu çalışma, Gamze Yorgancıoğlu Tarcan'ın "Hastane Yöneticilerinin Sağlık Bilgi Teknolojilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Bireysel ve Örgütsel Faktörlerin Belirlenmesi" isimli doktora tezinden üretilmiştir.

** Öğr. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, gamze@hacettepe.edu.tr

*** Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, yucelik@hacettepe.edu.tr

dönüşümü de getirmiştir. Bilgi toplumu, bilgi ekonomisi ve bilgi yönetimi gibi kavramların ortaya çıktığı yeni çağ, “Bilgi Çağı” olarak adlandırılmaktadır (Tecim, Gökşen 2009).

Bilgi paylaşımını esas alan bilgi teknolojilerinin yoğun kullanıldığı sağlık hizmetleri sunumu için sağlık bilgi teknolojileri maliyet, hizmet kalitesi, verimlilik, hasta tatmini gibi kavramlarla yakından ilişkilidir. Sağlık işletmelerinin bütçe ve kapasiteleri göze alındığında, yönetimin, çalışanların tutum ve niyetleri doğrultusunda uygun bilgi teknolojisine yatırım yapması zorunluluk haline gelmektedir. Yanlış teknoloji seçimi ve uyum eksiklikleri sistemin performansını negatif etkileyerek gereksiz maliyet, emek ve zaman kaybına neden olacaktır. Sağlık işletmelerinde hastane yöneticilerinin sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutumlarını etkileyen faktörleri tanımak, sistemin performansını pozitif etkileyecektir.

Bugün, farklı sağlık kuruluşlarında bilgi teknolojileri uyum hızı ve seviyesini, bunu etkileyen uyum faktörlerini ve beklenen yayılma dokularını analiz etmek için yapılmış sınırlı sayıda araştırma vardır. Bu kıt sayıda araştırma sağlık bilgi teknolojilerinin ne kadar heterojen yapıda olduğunu göstermektedir. Farklı özellikler gösteren farklı tedarikçiler farklı uyum davranışları sergilemektedir. Yine de bu faktörleri ve karakteristikleri tanımlamak uyum ve arkasındaki gücü açıklamak için önemlidir (Fonkych, Taylor 2005).

Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalara bakıldığında bilgi teknolojileri kabulü ya da teknoloji uyumu başlıkları ile farklı sektörlerde (eğitim, turizm, iletişim vb.) yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların genellikle, alan dizinde kabul görmüş uyum modelleri kapsamında yürütüldüğü, teknoloji uyumuna yönelik tutum, niyet, davranış, kullanım kolaylığı gibi boyutları irdelediği görülmektedir. Çalışmalarda bireysel faktörlere sınırlı sayıda yer verilmiş olup bu değişkenler arasında yaş, cinsiyet, deneyim ve eğitim değişkenleri en yaygın kullanılanlardır.

Bu çalışmada kabul modellerinde kullanılan değişkenlerin (kullanım kolaylığı, algılanan fayda, öz yeterlilik, kullanım niyeti vb.) yanı sıra alan dizinde yaygın olarak değerlendirilmeyen moderatör değişkenler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, aylık gelir, pozisyon, evde ve işyerinde bilgisayar olup/olmaması ve kullanım süresi, bilgi teknolojileri ile ilgili eğitim veya sertifikaya sahip olma durumu, tercihen aylık ortalama bilgi teknolojisi kullanım süresi, iş gereği aylık ortalama bilgi teknolojisi kullanım süresi) kullanılmıştır. Bu değişkenler ile bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutum arasındaki ilişki incelenmiştir. Bilgi teknolojileri boyutu ile ilgili ifadeler bilgisayar, internet ve sağlık bilgi teknolojisi olarak üç boyutta toplanmıştır. Açımlayıcı faktör analizi ile belirlenen bu boyutlar; algılanan kullanım kolaylığı, algılanan fayda, öz yeterlilik, sağlık bilgi teknolojisi altyapısı, bilgi işlem personeli desteği, sağlık bilgi teknolojisi seçim ve tasarım sürecine katılım, kullanım niyeti ve sağlık bilgi teknolojisi beklentisidir.

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde sağlık bilgi teknolojileri ve sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutum ve uyum ile ilgili alan dizin, sonraki bölümde araştırma yöntemi; araştırmanın amacı, evren, veri analizi, bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler ele alınmıştır.

II. SAĞLIK BİLGİ TEKNOLOJİLERİ VE SAĞLIK BİLGİ TEKNOLOJİLERİNE YÖNELİK UYUM MODELLERİ

Sağlık bilgi teknolojileri, iletişim ve karar almada gerekli bilgi, veri ve malumatların, saklanması, yeniden erişimi, paylaşımı ve kullanımını sağlayan, bilgisayar donanımı ve yazılımını da kapsayan bilgi işleme uygulamalarıdır (HRSA 2014). Sağlık bilgi teknolojilerinin temel bileşenlerinden olan bilgisayarlar, zamanında ve doğru tanı koymada, karışık ve geniş alanlara yayılmış kaynaklara ulaşmada, veri bankasında depolanmış benzer

olaylarla ilgili istatistiksel verileri kullanarak tedavinin uygun metodunu bulmada ve güvenilir bir ön tanı önermede doktorlara olanak tanımakta ve doktorun tanı koyabilme gücünü artırmaktadır.

Günümüzde, internetin hızla gelişmesi, bilgi ve teknoloji yatırımlarına olan talebi artırmıştır. Bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, özellikle veri tabanı teknolojileri ile internet ve iletişim teknolojileri sağlık hizmetlerini dönüşüm sürecine sokmuştur. Taşınabilir cihazlar, mobil telefonlar ve PDA'lar (Personal Digital Assistant), Evrensel Mobil İletişim Sistemi (Universal Mobile Telecommunications System-UMTS), Dijital Video Yayını (Digital Video Broadcasting-DVB-T) ve internet alanında yaşanan gelişmeler sağlık personeli ile hastalar arasında rutin bir iletişim kanalı haline gelmiştir. Bilgi teknolojileri alanındaki bu modern gelişmeler birçok ülkeyi ulusal elektronik sağlık kayıtları konusunda teşvik etmiş ve bu ülkelerin sağlık bilişim sistemi ile etkileşime girmelerini sağlamıştır. Bu ilerlemeler sağlık hizmetleri sunumunu doğrudan etkileyerek, değiştirmiştir (Bali, Dwivedi 2007).

2014 yılı itibariyle Türkiye'de tüm girişimlerde, bilgi teknolojilerinin alt boyutlarından biri olan bilgisayar kullanım oranı %94,4, internet erişim oranı %89,9, hanelerde bilgisayar kullanımı %53,5, internet kullanım oranı ise %53,8 olup sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte bilgi teknolojileri kullanımı yaygınlaşmıştır (TÜİK 2014). Bilgi yönetim sistemleri, elektronik hasta ve sağlık kayıtları, elektronik veri paylaşımı, bilgiye dayalı rekabet, veri tabanı yönetimi, elektronik toplantı sistemleri gibi uygulamalar birçok alanda kullanılmaya başlanmıştır.

Bilgi teknolojilerinin yoğun olarak kullanıldığı günümüzde teknolojiye uyum ya da bilgi teknolojisinin kullanıcılar/çalışanlar tarafından kabul görmesi özellikle sağlık hizmetleri sektöründe oldukça önemlidir. Kullanıcı direnci ile karşılaşılan bir sağlık kuruluşunda bilgi teknolojilerinin sağlayacağı avantajlar bir süre sonra zaman/emek kaybı, verimlilikte ve hizmet kalitesinde düşüş, maliyet artışı ve atıl teknolojiye dönüşebilmektedir. Bilgi teknolojilerinin doğru, yerinde ve uygun seviyede kullanılması, teknolojik yeniliklere açıklık ve teknolojiye uyum ise yüksek verimlilik, düşük maliyet, çalışanların moralini yükseltme, hasta bakım kalitesini artırma, yanlış tıbbi uygulamaları eleme gibi olumlu etkilere sahiptir (Daim ve diğerleri 2010).

Bilgi teknolojileri uyumu ve uyumu etkileyen faktörler konusunda bugüne dek birçok araştırma yapılmıştır. Geliştirilen uyum modelleri ya da teorilerinde, bilgi teknolojileri kullanım niyetini, tutum ve davranışını etkileyen faktörler çeşitli başlıklar altında toplanarak kolaylaştırıcı ya da engelleyici role sahip olmak üzere sınıflandırılmıştır. Bu modellerden bazılarını TKM (Teknoloji Kabul Modeli), (Davis et al. 1989), SET (Sebepli Eylem Teorisi), (Fishbein, Ajzen 1975), PDT (Planlanmış Davranış Teorisi), (Ajzen 1991), YYT (Yenilik Yayılma Teorisi), (Rogers 1962), SBT (Sosyal Bilişsel Teori), (Bandura 1986), MM (Motivasyonel Model), (Davis 1992), B-TKM-PDT (Birleştirilmiş TKM ve PDT), (Taylor, Todd 1995), KBKM (Kişisel Bilgisayar Kullanım Modeli), TKM'nin genişletilmiş şekli olan TKM2 ve TKM3 (Venkatesh, Davis 2000; Venkatesh ve Bala 2008) ve 7 modelin birleştirildiği BTKKT (Birleştirilmiş Teknoloji Kabulü ve Kullanımı Teorisi) (Venkatesh et al. 2003) ile bu araştırma kapsamında ele alınan BBTUM (Bileşik Bilgi Teknolojileri Uyum Modeli), (Hikmet 1999) olarak sıralamak mümkündür.

Teknoloji kullanımında ve kabulünde adı geçen uyum modellerinin ortak özelliği bilgi teknolojileri kullanıcılarının uyum davranışı üzerinde rol oynayan alt bileşenleri ve bunlar arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır. TKM ve TKM2'de algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, sübjektif normlar, deneyim, gönüllülük, imaj, iş ilişkisi, çıktı kalitesi ve sonuçların somutluğu temel bileşenlerdir. Kullanıma yönelik tutum, hedeflenen davranışa yönelik

(örneğin sistem kullanımı) bireyin negatif ya da pozitif hislerini ortaya koyan davranışsal niyet, gelecek için belirlenmiş davranışı gösterme ya da göstermeme planının birey tarafından bilinçli şekilde formülasyonudur. Algılanan kullanım kolaylığı, beklenen çabanın tanımınıdır. Algılanan fayda gösterilecek çabanın performansıdır (Davis 1989; Davis ve diğerleri 1989). SET bireysel davranışların algılanan inançlar tarafından oluşturulduğunu ve tutumların bu davranışlara yönelik niyeti etkilediğini söylemektedir. Modele göre insanlar, öncelikle eylemlerinin, mevcut bilgilere dayalı olarak, başkalarını nasıl etkilediğine dikkat eder. Model, temel üç yapı üzerine kuruludur: tutum, sübjektif norm ve davranış niyetidir (Naser 2012). PDT’de insanın davranışı, o davranışı ortaya koymadaki niyeti tarafından etkilendiği ve niyetin de o davranışa yönelik sübjektif normlar ve tutumun bir fonksiyonu olduğu belirtilmektedir. Davranışın en iyi tahminicisi niyettir. Niyet, bireyin davranışı sergilemek için hazır olduğunu gösteren bilişsel bir göstergedir (Alajmi 2008).

Teknoloji kabul ve kullanımını ele alan BTKKT, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal birçok modelin birleşiminden oluşmaktadır. Temel amacı, teknoloji kullanım niyeti ve davranışının altında yatan etkenleri belirlemektir. Teori, cinsiyet, yaş, deneyim ve kullanım gönüllülüğü gibi aracı değişkenleri de teknoloji kabul çerçevesine alması bakımından başta TKM olmak üzere birçok modele göre güçlü yönlere sahiptir (Ersoy 2014).

Hikmet tarafından hastane yöneticilerinin sağlık bilgi teknolojileri uyumunda etkili olan faktörleri ve bu faktörler arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmak için geliştirilen BBTUM’de algılanan fayda, algılanan kullanım kolaylığı, öz yeterlilik, yönetim takdiri ve bilgi işlem personeli ile ilişkiler hastanede çalışan yöneticilerin bilgi teknolojilerine (bilgisayar donanımı, yazılım ve internet) yönelik tutumlarını doğrudan etkilemektedir. Tutum ise beklentinin belirleyicisidir. Sübjektif normlar ve beklentiler ise bilgi teknolojilerine yönelik davranışsal niyetin oluşmasında rol oynamaktadır.

Yusof ve diğerleri (2007) tarafından yapılan çalışmada, uyum faktörleri, teknoloji, insan ve örgüte göre (HOT-fit; Human, Organization, Technology Fit) tanımlanmıştır. Analizler sonunda, başarılı sağlık bilgi sistemleri uyumu ile destek ve işbirliği, kullanıcı katılımı, bilgi teknolojileri personeli ile ilişki, liderlik, sistem yöneticisi ve tıbbi destek konuları ile doğrudan ilişki bulunmuştur.

Kaye ve diğerleri (2010) tarafından yapılan başka bir çalışmada, elektronik sağlık kayıtları ve sağlık bilgi teknolojileri uyumunu olumsuz yönde etkileyen ve engelleyici olarak tanımlanan faktörler, finansal, yapısal, kültürel, teknik ve profesyonel engeller olarak sınıflandırılmıştır (Kaye ve diğerleri 2010).

Özetle, sağlık sektöründe, bilgi teknolojilerinin kullanımını, benimsenmesini, kullanım niyetini ve tutumları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda sağlık bilgi teknolojileri kullanımını, uyumunu ya da tutumunu etkileyen faktörler bazen kolaylaştırıcı ya da pozitif etkiye sahip faktörler bazen de engelleyici ya da niyet, tutum, davranış ve uyumu negatif etkileyen faktörler olarak nitelendirilmiştir.

III. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, hastane yöneticilerinin sağlık bilgi teknolojileri kullanımını ve sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutumlarını etkileyen bireysel faktörleri belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Evreni

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti vermekte olan hastanelerde hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı olarak görev yapan yöneticilerin sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutumlarını etkileyen bireysel faktörlerin neler olduğunu belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı toplam 832 hastanede, yukarıdaki ünvana sahip toplam 2720 yönetici (Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2014) görev yapmaktadır. Bu yöneticilerden örneklem çekilmeyip evrenin tümüne ulaşmak amaçlanmıştır. Anketi tam olarak yanıtlayanların sayısı 378'dir. Cevaplama oranı %14 olup, 0,05 örneklem hatası ve %95 güven seviyesi ile 2720 kişiden çekilecek örneklem büyüklüğünü (n=337) karşılamaktadır (Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2004) Qualtrics Online Survey programı ile hazırlanan web tabanlı anketler Sağlık Bakanlığı'nın izni ile bu yöneticilerin e-posta adreslerine gönderilmiş ve anketleri doldurmaları istenmiştir. 24.04.2014 ve 08.05.2015 tarihlerinde yapılan hatırlatma e-postaları sonucu 09.04.2014 ile 22.05.2014 tarihleri arasında anketleri eksiksiz dolduran 378 yöneticinin doldurdukları anketler bu çalışma amacı için analize uygun hale getirilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Hikmet (1999) tarafından Bilgi Teknolojisi Kullanımını Etkileyen Faktörler konulu çalışmasında kullanılan anket revize edilerek bu çalışma kapsamında veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Hikmet tarafından yapılan çalışmada kullanıcıların sağlık bilgi teknolojileri tutumlarını ölçmek için toplam 69 ifade yer almaktadır. Bu 69 ifadenin 18'i bilgi teknolojisi kullanıcılarının beklenti, davranışsal niyet ve sübjektif normlarını ölçmeye yönelik kullanılan ifadelerdir. Bu araştırma kapsamında hastane yöneticilerinin sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutumları ölçülmeye çalışıldığı için Hikmet'in ölçeğinde yer alan ve bilgisayar, internet ve işyerinde bilgi teknolojileri başlıkları altında yer alan toplam 49 ifade kullanılmıştır.

Kültürlerarası farklılıklar dikkate alınarak, anketin psikolinguistik dil uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik incelemeleri yapılmıştır. Orijinal dili İngilizce olan anket, 2 akademisyen ve 1 okutman tarafından bağımsız şekilde Türkçe'ye çevrilmiş ve karşılaştırılmıştır. Daha sonra orijinal anketin sahibi Hikmet tarafından tekrar Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir. Bazı ifadelerin ve soruların birbirine çok yakın anlam taşımaları nedeniyle 2 soru anketten çıkarılmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması için seçilen ölçek, hastane yöneticilerinin, sağlık bilgi teknolojilerinin alt boyutlarından olan bilgisayar ve internet bileşenleri ile genel olarak bilgi teknolojileri kullanımlarıyla ilgili tutumlarını ölçmek üzere dizayn edilmiş ifadeleri kapsamaktadır.

Ölçeğin kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla uzman görüşlerine başvurulmuştur. Sağlık bilgi teknolojileri ile ilgili yazılım uzmanı (Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan), hastane bilgi işlem birimi sorumlusu ve hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerden sonra, kullanılan anket ve ankette yer alan bazı maddeler üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Son hali verilen anketin pilot uygulaması, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi'nde farklı yönetim kademelerinde çalışan (hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü ve müdür yardımcısı) 30 yönetici ile gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama sonrasında herhangi bir hata tespit edilmeyen anket uygulanmaya hazır hale gelmiştir.

Anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm hastane yöneticilerinin (bireysel faktörler) ve hastanelerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Toplam 49 ifadenin yer aldığı anketin ikinci bölümü ile hastane yöneticilerinin, bilgisayar kullanımı, internet kullanımı ve sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutumları belirlenmeye çalışılmıştır. Anketin ikinci bölümünde yer alan ilk 13 madde (A1-A13) hastane yöneticilerinin işyerinde bilgisayar kullanımına yönelik tutumlarını, sonraki 13 madde (B1-B13), hastane yöneticilerinin işyerinde internet kullanımına yönelik tutumlarını, son 23 madde (C1-C23) ise hastane yöneticilerinin sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutumlarını ortaya koymak üzere tasarlanmıştır.

Araştırma kapsamında görüşlerine başvurulmuş katılımcılardan sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla anketin ikinci bölümünde yer alan ifadelerle 7'nin tam katılıyorum, 4'ün nötr ve 1'in hiç katılmıyorumu temsil ettiği 7'li Likert tipi bir ölçeğe cevap vermeleri istenmiştir.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında görüşlerine başvurulmuş hastane yöneticilerinin bireysel özelliklerini ve çalıştıkları kurumlara ait özellikleri tanımlamak amacıyla frekans ve yüzde dağılımlarından yararlanılmıştır. Sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutum boyutlarını ve bu boyutlar altında yer alan faktörleri belirlemek amacıyla açımlayıcı faktör analizi, veri toplama aracında yer alan ifadeleri tanımlamak için ortalama ve standart sapma gibi merkezi dağılım istatistikleri kullanılmıştır.

Araştırma örneğinde yer alan yöneticilerin bireysel özellikleri ile sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutum alt boyutları arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla çok değişkenli regresyon analizi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenler üzerinde etkileri test edilecek bağımsız bireysel faktörlere ilişkin değişken sayısının fazla olması nedeniyle aşamalı (stepwise forward) yöntem tercih edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 20 istatistik paket programı kullanılmıştır.

IV. ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Veri Toplama Aracına İlişkin Bulgular

Sağlık bilgi teknolojileri uyumunu ölçmeye yönelik olarak Hikmet (1999) tarafından ABD'de geliştirilen CITAM modeli ve anketi bu çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Türkiye ve ABD arasındaki kültürlerarası sosyo ekonomik, coğrafi ve demografik farklılıklar göz önüne alındığında, ölçeğin Türkçeleştirilmesini ve ülkemiz sağlık sistemi yapısı ile hastane özelliklerine uyumlu hale getirilmesini gerekli kılmıştır.

Anketin orijinal halinde 3 boyut (bilgisayar, internet ve sağlık bilgi teknolojileri) altında toplanan 49 ifade için açımlayıcı faktör analizi yapılmış, ancak anlamlı boyutlar bulunamamıştır. Orijinal ankette yer alan ifadelerin açık şekilde internet, bilgisayar ve bilgi teknolojileri kullanımını ifade etmesi nedeniyle orijinal ankette yer alan bu 3 boyut aynı şekilde kullanılmıştır.

IBM SPSS Version 20 paket programı ile veri setinin faktör analizi için uygunluğu denetlenmiş ve korelasyon matrisi oluşturulmuş, verilerin açımlayıcı faktör analizine uygun olup olmadığını denetlemek için Barlett Küresellik Testi ve Kaiser Meyer Olkin (KMO) testleri yapılmıştır.

4.2. Bilgisayar Kullanım Boyutuna Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 1’de gösterildiği üzere, bilgisayar kullanım boyutu ile ilgili faktörlere yönelik, KMO örneklem uygunluğu ölçüsü 0,87 olarak hesaplanmıştır. Barlett Küresellik Testi ile ($p < 0,05$) normallik varsayımını sağladığı bulunmuş, verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 1. Bilgisayar Kullanım Boyutu ile İlgili Kaiser Meyer Olkin ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları

| Bilgisayar Kullanım Boyutu | | |
|---|-------------------------|---------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü | | 0,87 |
| Bartlett's Küresellik Testi | Yaklaşık Ki-Kare Değeri | 2219,91 |
| | Serbestlik Derecesi | 78 |
| | p | 0,00 |

Türkçeye uyarlanan ve revize edilen ankette sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutum alt boyutlarından biri olan bilgisayar kullanımı boyutunu ölçmeye yönelik 13 ifadeye yer verilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda bu boyutun üç ayrı faktör ile açıklanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 3’te görüldüğü gibi bu üç faktör toplam varyansın %63,67’sini açıklamaktadır. Tablo 2’de bilgisayar kullanımına yönelik olarak 6 ifadenin (A7-A8-A9-A10-A11-A12) birinci faktör altında toplandığı görülmektedir. Bu faktör toplam varyansın %42,48’ini açıklamaktadır. Bu faktör altında yer alan ifadeler bakıldığında bu ifadelerin ilgili alan dizinde de sıklıkla kullanılan bir terim olan “Öz Yeterlilik” faktörü olarak adlandırılabilen sonucuna ulaşılmıştır. Bandura (1989) özyeterlilik inancını bireylerin hedeflenen bir performansa ulaşabilmelerini sağlayacak eylemleri örgütleme ve sergileme becerileri ile ilgili yargıları olarak tanımlamıştır. Özyeterlilik, bireyin belli bir davranışa yönelik kendi değer yargılarından oluşur. Öz yeterlilik ile ilgili boyuta bakıldığında ortak özelliğin, bireyin bilgisayar kullanımına yönelik, kendi yeterlilikleri konusundaki değer yargılarını içerdiği görülmektedir.

Tablo 2’de görüldüğü üzere bilgisayar kullanımı boyutu altında yer alan ifadelerden 4 tanesi (A1-A2-A3-A13) ise ikinci faktör altında toplanmıştır ve bu faktör altında yer alan ifadeler bakıldığında bu faktörün orijinal modelde olduğu gibi “Algılanan Fayda” olarak adlandırılabilen sonucuna ulaşılmıştır. Bu faktör toplam varyansın %11,12’sini açıklamaktadır. Algılanan fayda, kullanıcıların teknoloji kullanımı sonunda ortaya çıkan performans artışları ile ilgili sahip oldukları olumlu ya da olumsuz düşüncelerdir (Davis, 1989, s.320). Algılanan fayda ile ilgili boyutun ortak özelliğine bakıldığında bireyin performansı ile ilgili ifadeleri içerdiği görülmektedir.

Bilgisayar kullanımı boyutu altında verilen ifadelerden 3 tanesi (A4-A5-A6) ise faktör analizi sonucunda üçüncü faktör altında toplanmıştır. Bu üçüncü faktör ise toplam varyansın %10,06’sını açıklamaktadır. Bu faktör altında yer alan ifadeler incelendiğinde bu faktörün orijinal ankette olduğu gibi “Algılanan Kullanım Kolaylığı” olarak adlandırılabilen sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2. Bilgisayar Kullanım Boyutuna Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

| Faktörler | Özyeterlilik | Algılanan Fayda | Algılanan Kullanım Kolaylığı |
|---|--------------|-----------------|------------------------------|
| Bilgisayar kullandığım zamanlarda daha iyi kararlar verdiğimi düşünüyorum | 0,795 | | |
| Bilgisayar kullandığım zamanlarda daha verimli olduğumu düşünüyorum | 0,761 | | |
| Bilgisayarlar eğlencelidir | 0,735 | | |
| Bilgisayar kullanarak becerikli hale gelmek benim için kolaydır | 0,702 | | |
| Bilgisayar kullanarak iş kalitemi geliştireceğimi düşünüyorum | 0,675 | | |
| Bilgisayar kullanmaktan hoşlanırım | 0,622 | | |
| Bilgisayar işimi daha iyi yapabilmem için kolaylık sağlar | | 0,828 | |
| Bilgisayar kullanmak iş performansımı artırır | | 0,818 | |
| Bilgisayar kullanmak iş kalitemi artırır | | 0,769 | |
| Bilgisayar kullanarak işimi daha hızlı yaptığımı düşünüyorum | | 0,557 | |
| Bilgisayarı ihtiyaçlarım doğrultusunda kullanmak benim için kolaydır | | | 0,717 |
| Bilgisayar kullanmak benim için kolay değildir | | | -0,709 |
| Bilgisayarda yeni şeyler yapmayı öğrenmek benim için kolaydır | | | 0,632 |

Tablo 3'te bilgisayar kullanımı ile ilgili alt faktörlerin öz değerlerini ve açıkladıkları toplam varyans oranları gösterilmektedir.

Tablo 3. Bilgisayar Kullanımı Boyutu ile İlgili Öz Değerler ve Açıklanan Toplam Varyans Oranları

| Faktörler | Toplam | Açıklanan Varyans | Toplam Açıklanan Varyans |
|------------------------------|--------|-------------------|--------------------------|
| | | (%) | (%) |
| Bilgisayar | | | |
| Öz Yeterlilik | 5,52 | 42,48 | 42,48 |
| Algılanan Fayda | 1,44 | 11,12 | 53,60 |
| Algılanan Kullanım Kolaylığı | 1,30 | 10,06 | 63,67 |

4.3. İnternet Kullanım Boyutuna Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 4'da gösterildiği gibi, internet kullanım boyutu ile ilgili korelasyon matrisine bakıldığında; KMO ölçüsünün 0,89 olarak hesaplanmış ve Barlett Küresellik Testi ile ($p < 0,05$) normallik varsayımını sağladığı ve faktör analizine uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4. İnternet Kullanım Boyutu ile İlgili Kaiser Meyer Olkin ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları

| | | |
|---|-------------------------|---------|
| İnternet Kullanım Boyutu | | |
| Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü | | 0,89 |
| Bartlett's Küresellik Testi | Yaklaşık Ki-Kare Değeri | 3188,40 |
| | Serbestlik Derecesi | 78 |
| | p | 0,00 |

Sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutumun alt boyutlarından biri olan internet kullanımı boyutunu ölçmeye yönelik 13 ifadeye yer verilmiştir. Yapılan faktör analizi

sonucunda bu boyutun üç ayrı faktör ile açıklanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 6’da görüldüğü gibi bu üç faktör toplam varyansın %69,59’unu açıklamaktadır.

Tablo 5’te görüldüğü gibi internet kullanımına yönelik verilen toplam 8 ifadenin (B6-B7-B8-B9-B10-B11-B12-B13) birinci faktör altında toplandığı görülmektedir. Bu faktör toplam varyansın %50,88’ini açıklamaktadır. Bu faktör altında yer alan ifadelerle bakıldığında bu faktörlerin ilgili alan dizinde de sıklıkla kullanılan bir terim olan “Öz Yeterlilik” olarak adlandırılabilirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

İnternet kullanımı boyutu altında yer alan ifadelerden 3 tanesi (B1-B2-B3) ise ikinci faktör altında toplanmıştır ve bu faktör altında yer alan ifadelerle bakıldığında bu faktörün orijinal modelde olduğu gibi “Algılanan Fayda” olarak adlandırılabilirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu faktör toplam varyansın %10,07’sini açıklamaktadır.

İnternet kullanımı boyutu altında verilen ifadelerden 2 tanesi (B4-B5) ise faktör analizi sonucunda üçüncü faktör altında toplanmıştır. Bu üçüncü faktör ise toplam varyansın %8,62’sini açıklamaktadır.

Tablo 5. İnternet Kullanım Boyutuna Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

| Faktörler | Özyeterlilik | Algılanan Fayda | Algılanan Kullanım Kolaylığı |
|---|--------------|-----------------|------------------------------|
| İnternet kullanmaktan hoşlanırım | 0,825 | | |
| İnternet kullanarak becerikli hale gelmek benim için kolaydır | 0,801 | | |
| İnternet eğlencelidir | 0,773 | | |
| İnternette yeni şeyler yapmayı öğrenmek benim için kolaydır | 0,744 | | |
| İnternet kullanarak iş kalitemi geliştireceğimi düşünüyorum | 0,661 | | |
| İnternet kullandığım zamanlarda daha verimli olduğumu düşünüyorum | 0,656 | | |
| İnternet kullandığım zamanlarda daha iyi kararlar verdiğimi düşünüyorum | 0,608 | | |
| İnternet kullanarak işimi daha hızlı yaptığımı düşünüyorum | 0,555 | | |
| İnternet işimi daha iyi yapabilmem için kolaylık sağlar | | 0,879 | |
| İnternet kullanmak iş performansımı artırır | | 0,846 | |
| İnternet kullanmak iş kalitemi artırır | | 0,844 | |
| İnternet kullanmak benim için kolay değildir | | | 0,825 |
| İnterneti ihtiyaçlarım doğrultusunda kullanmak benim için kolaydır | | | -0,408 |

Tablo 6’da internet kullanımı ile ilgili alt faktörlerin öz değerlerini ve açıkladıkları toplam varyans oranları gösterilmektedir.

Tablo 6. İnternet Kullanım Boyutu ile İlgili Öz Değerler ve Açıklanan Toplam Varyans Oranları

| Faktörler | Toplam | Açıklanan Varyans | Toplam Açıklanan Varyans |
|------------------------------|--------|-------------------|--------------------------|
| | | (%) | (%) |
| İnternet | | | |
| Öz Yeterlilik | 6,61 | 50,88 | 50,88 |
| Algılanan Fayda | 1,31 | 10,07 | 60,96 |
| Algılanan Kullanım Kolaylığı | 1,12 | 8,62 | 69,59 |

4.4. Sağlık Bilgi Teknolojileri Boyutuna Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 7’de gösterildiği gibi sağlık bilgi teknolojileri boyutu ile ilgili faktörler için yapılan KMO örneklem uygunluğunun ölçüsü 0,87 olarak hesaplanmıştır. Barlett Küresellik Testi ($p < 0,05$) ile de normallik varsayımını sağladığı ve korelasyon matrisinin faktör analizine uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 7. Sağlık Bilgi Teknolojileri Boyutu ile İlgili Kaiser Meyer Olkin ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları

| | | |
|---|-------------------------|---------|
| Bilgi Teknolojileri Boyutu | | |
| Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü | | 0,87 |
| Bartlett's Küresellik Testi | Yaklaşık Ki-Kare Değeri | 5518,60 |
| | Serbestlik Derecesi | 253 |
| | p | 0,00 |

Sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutumun sağlık bilgi teknolojileri boyutunu ölçmeye yönelik 23 ifadeye yer verilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda bu boyutun altı ayrı faktör ile açıklanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 9’da görüldüğü gibi bu altı faktör toplam varyansın %73,33’ünü açıklamaktadır.

Tablo 8’de görüldüğü üzere, sağlık bilgi teknolojilerine yönelik olarak verilen toplam 5 ifadenin (C1-C2-C3-C4-C16) birinci faktör altında toplandığı görülmektedir. Bu faktör toplam varyansın %31,83’ünü açıklamaktadır. Bu faktör altında yer alan ifadelere bakıldığında bu faktörlerin ilgili alan dizinde de sıklıkla kullanılan bir terim olan bilgi işlem personel desteği olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. İkinci faktör altında toplam 7 ifadenin (C5-C6-C8-C9-C10-C11-C12) toplandığı görülmektedir. Bu faktör toplam varyansın %15,10’unu açıklamaktadır. Faktör altında toplanan ifadeler bakıldığında alan dizinde sıklıkla kullanılan sağlık bilgi teknolojileri altyapısı olarak adlandırılabilen sonucuna ulaşılmıştır. Üçüncü faktör altında toplanan toplam 3 ifadenin (C17-C18-C19) olduğu görülmektedir. Bu faktör toplam varyansın %9,42’sini açıklamaktadır. Faktör altında yer alan ifadeler bakıldığında orijinal anket ile aynı ifadeler olduğu görülmektedir ve kullanım niyeti olarak adlandırılabilen sonucuna ulaşılmıştır. Dördüncü faktör altında toplam 4 ifade (C20-C21-C22-C23) yer almaktadır. Faktör toplam varyansın %7,04’ünü açıklamaktadır. Faktör altında toplanan ifadeler bakıldığında orijinal anket ile aynı ifadeler olduğu görülmektedir ve orijinal ankette de aynı başlık altında incelenen öz yeterlilik altında toplanması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Beşinci faktör altında toplanan toplam 2 ifadenin (C14-C15) yer aldığı görülmektedir. Bu faktör toplam varyansın %5,29’ünü açıklamaktadır. Bu faktör altında toplanan ifadeler bakıldığında sağlık bilgi teknolojileri seçim ve tasarım sürecine katılım beklentisi olarak adlandırılabilen sonucuna ulaşılmıştır. Altıncı faktör altında toplam 2 ifadenin (C7-C13) yer aldığı görülmektedir. Faktör toplam varyansın

%4,63'ünü açıklamaktadır. Faktör altında toplanan ifadelere bakıldığında alan dizin ve orijinal ankette kullanılan sağlık bilgi teknolojileri beklentisi olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 8. Sağlık Bilgi Teknolojileri (SBT) Boyutuna Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

| Faktörler | Bilgi İşlem Personeli Desteği | Bilgi Teknolojileri Altvansı | Bilgi Teknolojileri Kullanım Niveli | Özyeterlilik | SBT Seçim ve Tasarım Sürecine Katılım | SBT Beklentisi |
|---|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------------------|----------------|
| Bilgi işlem personeli ihtiyaçlarım cevap verebiliyor | 0,906 | | | | | |
| Bilgi işlem personeli taleplere cevap vermede yeterlidir | 0,902 | | | | | |
| Bilgi işlem personeli zamanında hizmet sağlamaktadır | 0,859 | | | | | |
| Problemlerimle ilgili bilgi işlem personeli ile etkili iletişime geçmek kolaydır | 0,824 | | | | | |
| Bilgi İşlem personelimden aldığım destek beni memnun etmektedir | 0,816 | | | | | |
| Yönetim, bilgi teknolojilerinin sağladığı avantajların önemini bilir | | 0,821 | | | | |
| Çalıştığım kurum bilgi teknolojilerindeki ilerlemeleri takip eder | | 0,758 | | | | |
| Yönetim, bilgi teknolojilerini kullanmamın değerini bilmektedir | | 0,741 | | | | |
| Yönetim, kullanıcılara sağlanacak bilgi teknolojileri eğitimlerinin sayısı ile ilgilenir | | 0,678 | | | | |
| İşyerim güncel bilgi teknolojilerini sağlamalıdır | | 0,609 | | | | |
| İşyerimde sağlanan bilgi teknolojilerinin seviyesi işimi yapmamda yeterlidir | | 0,578 | | | | |
| Bilgi teknolojilerini kullanmak iş performansımı artırır | | 0,475 | | | | |
| Zaman tasarrufu için şuan kullandığımdan daha fazla bilgi teknolojileri kullanmak isterdim | | | 0,925 | | | |
| İşimi daha kolay yapmak için şuan kullandığımdan daha fazla bilgi teknolojileri kullanmak isterdim | | | 0,908 | | | |
| İş kalitemi geliştirmek için şuan kullandığımdan daha fazla bilgi teknolojileri kullanmak isterdim | | | 0,865 | | | |
| Bilgi teknolojileri ile ilgili bir problemim olursa kendi kendime üstesinden gelebilirim | | | | 0,835 | | |
| Bilgi teknolojilerinin sağladığı avantajlar konusunda başkalarını eğitebilirim | | | | 0,835 | | |
| Benim için yeni olan bilgi teknolojilerinin kullanımı ile ilgili kendi kendimi eğitebileceğime eminim | | | | 0,745 | | |
| Bilgi teknolojilerini kullanarak kendi soru ve problemlerime cevap bulabileceğime inanıyorum | | | | 0,689 | | |
| Bilgi teknolojileri dizayn sürecine katılsaydım, sistemin kalitesine katkıda bulunurdum | | | | | 0,859 | |
| Kullanılan bilgi teknolojileri seçiminde rol alsaydım bu beni daha fazla memnun ederdi | | | | | 0,840 | |
| Bilgi teknolojilerini kullanmak benim için faydalı değildir | | | | | | 0,830 |
| Yönetim bilgi teknolojileri ihtiyaçlarım cevap vermekle sorumlu değildir | | | | | | 0,734 |

Tablo 9'de bilgi teknolojileri boyutunun alt faktörleri öz değerleri ve açıkladıkları toplam varyans oranları gösterilmektedir.

Tablo 9. Sağlık Bilgi Teknolojileri Boyutu ile İlgili Öz Değerler ve Açıklanan Toplam Varyans Oranları

| Faktörler | Toplam | Açıklanan Varyans | Toplam Açıklanan Varyans |
|---------------------------------------|--------|-------------------|--------------------------|
| | | (%) | (%) |
| Bilgi Teknolojileri | | | |
| Bilgi İşlem Personel Desteği | 7,32 | 31,83 | 31,83 |
| Bilgisayar Teknolojileri Altyapısı | 3,47 | 15,10 | 46,94 |
| Kullanım Niyeti | 2,16 | 9,42 | 56,36 |
| Öz Yeterlilik | 1,62 | 7,04 | 63,41 |
| SBT Seçim ve Tasarım Sürecine Katılım | 1,21 | 5,29 | 68,70 |
| SBT Beklentisi | 1,06 | 4,63 | 73,33 |

Anketin güvenilirliğini (iç tutarlılığını) test etmek için IBM SPSS paket programı ile Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre sağlık bilgi teknolojilerinin alt boyutlarından olan bilgisayara yönelik algılanan fayda boyutu 0,81, algılanan kullanım kolaylığı boyutu 0,71, öz yeterlilik boyutu 0,86 güvenilirlik değerine sahiptir. Sağlık bilgi teknolojilerinin alt boyutlarından olan internete yönelik algılanan fayda boyutu 0,90, algılanan kullanım kolaylığı boyutu 0,71, öz yeterlilik boyutu 0,91 güvenilirlik değerine sahiptir. Sağlık bilgi teknolojileri boyutuna yönelik bilgi işlem personel desteği boyutu 0,94, bilgi teknolojisi altyapısı boyutu 0,86, bilgi teknolojilerine yönelik beklenti boyutu 0,75, bilgi teknolojisi yatırım kararlarına ve tasarım sürecine katılım boyutu 0,84, bilgi teknolojileri kullanım niyeti boyutu 0,94, öz yeterlilik boyutu ise 0,85 güvenilirlik değerine sahiptir. Hesaplanan bu değerlerin 70 ve daha yüksek olması güvenilirlik için genel olarak yeterli görülmektedir (Büyüköztürk 2007).

4.5. Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 10'da görüldüğü üzere araştırmaya katılan toplam 378 yöneticinin %47,1'i (178) kadın, %52,9'u (200) erkektir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %56,9'u (215) 31 ile 40 yaş arasındadır. Yöneticilerin %9,5'i (36) lise ya da ön lisans, %54,2'si (205) lisans, %36,2'si (137) yüksek lisans ya da doktora eğitimini tamamlamıştır. Yöneticilerin %88,9'u (336) evli, %11,1'i (42) bekârdır. Yöneticilerin %71,4'ü (270) hastane müdürü (İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü), olarak görev yapmaktadır.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerine Ait Tanımlayıcı Özellikler

| Değişken | n | % |
|---|------------|------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 178 | 47,1 |
| Erkek | 200 | 52,9 |
| Yaş | | |
| 30 ve altı | 22 | 5,8 |
| 31-40 | 215 | 56,9 |
| 41-50 | 123 | 32,5 |
| 51 ve üstü | 18 | 4,8 |
| Eğitim | | |
| Lise | 36 | 9,5 |
| Lisans | 205 | 54,2 |
| Lisans Üstü | 137 | 36,2 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 336 | 88,9 |
| Bekâr | 42 | 11,1 |
| Gelir Durumu | | |
| Kötü | 11 | 2,9 |
| Orta | 174 | 46 |
| İyi | 193 | 51,1 |
| İşyeri Pozisyonu | | |
| Hastane Yöneticisi | 67 | 17,7 |
| Başhekim | 36 | 9,5 |
| Başhekim Yardımcısı | 2 | 0,5 |
| Müdür | 270 | 71,4 |
| Müdür Yardımcısı | 3 | 0,8 |
| Bilgisayar Teknolojisi Eğitim/Sertifika Durumu | | |
| Eğitim/Sertifika Olanlar | 192 | 50,8 |
| Eğitim/Sertifika Olmayanlar | 186 | 49,2 |
| Toplam | 378 | 100 |

Tablo 11’de görüldüğü üzere Yöneticilerin %86,5’i (327) genel hastanede, %5,6’sı (21) özel dal hastanesinde, %7,9’u (30) eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmaktadır. Hastanelerin %93,1’inin (352) kendine ait bilgi işlem birimi bulunurken, %6,9’unun (26) çalıştığı hastanede hastaneye ait bir bilgi işlem birimi bulunmamaktadır. Bu hastaneler bilgi işlem hizmetini dışardan hizmet alımı şeklinde tedarik etmektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %48,7’si (184) bilgi teknolojileri kullanım yönergesine sahip hastanede çalışırken, %51,3’ü (194) herhangi bir bilgi teknolojileri kullanım yönergesi olmayan bir hastanede çalışmaktadır.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Çalıştıkları Hastanelere Ait Tanımlayıcı Özellikler

| Değişken | n | % |
|---|------------|--------------|
| Kurumun Statüsü | | |
| Genel Hastane | 327 | 86,5 |
| Özel Dal Hastanesi | 21 | 5,6 |
| Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 30 | 7,9 |
| Bulunduğu Coğrafi Bölge | | |
| İç Anadolu Bölgesi | 85 | 22,5 |
| Marmara Bölgesi | 72 | 19 |
| Ege Bölgesi | 58 | 15,3 |
| Karadeniz Bölgesi | 51 | 13,5 |
| Doğu Anadolu Bölgesi | 41 | 10,8 |
| Akdeniz Bölgesi | 36 | 9,5 |
| Güneydoğu Anadolu Bölgesi | 35 | 9,3 |
| Yatak Sayısı | | |
| 50 ve 50 den az yataklı | 171 | 45,2 |
| 51 - 200 arası yataklı | 128 | 33,9 |
| 200 den çok yataklı | 79 | 20,9 |
| Bilgi İşlem Birimi | | |
| Olanlar | 352 | 93,1 |
| Olmayanlar | 26 | 6,9 |
| Dışardan Bilgi İşlem Hizmeti | | |
| Alanlar | 26 | 6,9 |
| Almayanlar | 352 | 93,1 |
| Bilgi Teknolojileri Kullanım Yönergesi | | |
| Olanlar | 184 | 48,7 |
| Olmayanlar | 194 | 51,3 |
| Toplam | 378 | 100,0 |

Tablo 12’te görüldüğü üzere araştırmaya katılan 378 yönetici işyerinde, ortalama 9,7 yıldır bilgisayar kullanmaktadır. 378 yöneticiden, 347’sinin evde kişisel bilgisayarı vardır ve ortalama 10,6 yıldır evde kişisel bilgisayar kullanmaktadır. 351 yöneticinin evde internet erişimi olup, ortalama 8,8 yıldır evde internet kullanmaktadır.

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Yöneticilerin İşyerinde ve Evde, Bilgisayar ve İnternet Kullanım Süresi

| | n | Min | Max | Ortalama | Std. Sapma |
|---------------------------------------|-----|-----|-----|----------|------------|
| İşyerinde bilgisayar kullanım yılı | 378 | 1 | 25 | 9,7 | 5,2 |
| Evde kişisel bilgisayar kullanım yılı | 347 | 1 | 25 | 10,6 | 4,6 |
| Evde internet erişim yılı | 351 | 1 | 20 | 8,8 | 3,9 |

Tablo 13’te görüldüğü gibi, hastane yöneticilerinin yanıtlarına göre, bilgisayar boyutu altında en yüksek ortalamaya sahip faktör algılanan fayda olup ortalama skoru 6,57’dir. İnternet boyutunda 6,37 ortalama ile algılanan fayda faktörü en yüksek skora sahiptir. Yöneticilerin yanıtlarına göre sağlık bilgi teknolojileri boyutuna ilişkin en yüksek ortalama 6,02 ile bilgi teknolojileri kullanım niyeti ilk sıradadır.

Tablo 13. Veri Toplama Aracına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

| Boyut/Faktör | Min | Max | Ort. | Std. Sapma |
|--|-----|-----|------|------------|
| Bilgisayar | | | | |
| Öz Yeterlilik | 1 | 7 | 6,00 | 1,26 |
| Algılanan Fayda | 1 | 7 | 6,57 | 0,83 |
| Algılanan Kullanım Kolaylığı | 1 | 7 | 4,91 | 1,46 |
| İnternet | | | | |
| Öz Yeterlilik | 1 | 7 | 6,10 | 1,19 |
| Algılanan Fayda | 1 | 7 | 6,37 | 1,02 |
| Algılanan Kullanım Kolaylığı | 1 | 7 | 4,30 | 1,51 |
| Sağlık Bilgi Teknolojileri | | | | |
| Bilgi İşlem Personeli Desteğine Yönelik Tutum | 1 | 7 | 5,24 | 1,59 |
| Bilgi Teknolojileri Altyapısına Yönelik Tutum | 1 | 7 | 5,86 | 1,32 |
| Bilgi Teknolojileri Kullanım Niyeti | 1 | 7 | 6,02 | 1,22 |
| Bilgi Teknolojileri Öz Yeterliliği | 1 | 7 | 4,73 | 1,67 |
| SBT Seçim ve Tasarım Sürecine Katılım Beklentisi | 1 | 7 | 5,10 | 1,62 |
| Bilgi Teknolojisi Beklentisi | 1 | 7 | 2,46 | 2,06 |

Tablo 14’te görüldüğü üzere, bireysel faktörlerden olan işyerinde bilgisayar kullanılarak geçirilen yıllar ($\beta = -0,26$, $p < 0,05$) ve bekâr olma ($\beta = 0,21$, $p < 0,05$) değişkenleri bilgisayar kullanımına yönelik algılanan kullanım kolaylığını etkilemektedir. Bireysel özelliklerden olan işyerinde bilgisayar kullanım süresi arttıkça algılanan kullanım kolaylığının azaldığı ve evli olan yöneticilerle karşılaştırıldığında bekâr olan yöneticilerin bilgisayar kullanımını daha kolay olarak algıladıkları söylenebilir. Yaş değişkeni ile sağlık bilgi teknolojileri alt boyutlarından olan internete yönelik algılanan kullanım kolaylığı ($\beta = 0,24$, $p < 0,05$) bilgi işlem personeli desteğine ($\beta = 0,20$, $p < 0,05$) ve bilgi teknolojileri alt yapısına yönelik tutum ($\beta = 0,26$, $p < 0,05$) arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Ayrıca bireysel faktörlerden biri olan evde bilgisayar kullanım süresi ile internete yönelik algılanan kullanım kolaylığı arasında anlamlı negatif ilişkiden ($\beta = -0,34$, $p < 0,05$) söz edilebilmektedir. Sağlık bilgi teknolojilerinin alt boyutlarından biri olan bilgi teknolojileri kullanım niyeti ile medeni durum arasında da pozitif anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($\beta = 0,22$, $p < 0,05$). Bekâr olan hastane yöneticilerinin evli olanlardan daha fazla teknoloji kullanmaya eğilimli olduğu söylenebilir.

Tablo 14. Bireysel Faktörlerin Sağlık Bilgi Teknolojilerine Yönelik Tutuma Etkisi

| | β | t | p | VIF |
|--|---------|------------|------|------|
| Bilgisayar | | | | |
| Algılanan Kullanım Kolaylığı (Sabit) | | 26,84 | 0,00 | |
| İşyerinde Bilgisayar Kullanılan Yıllar | -0,26 | -2,62 | 0,01 | 1,05 |
| Bekar | 0,21 | 2,11 | 0,04 | 1,05 |
| Evli | | (Referans) | | |
| (R:0,295 R ² :0,087 Düz.R ² :0,069 F:4,681 p:0,11 DW:1,898) | | | | |
| İnternet | | | | |
| Algılanan Kullanım Kolaylığı (Sabit) | | 0,98 | 0,33 | |
| Evde Bilgisayar Kullanılarak Geçirilen Yıllar | -0,34 | -3,57 | 0,00 | 1,06 |
| Yaş | 0,24 | 2,44 | 0,02 | 1,06 |
| (R:0,369 R ² :0,136 Düz.R ² :0,118 F:7,721 p:0,003 DW:1,664) | | | | |
| Sağlık Bilgi Teknolojileri | | | | |
| Bilgi İşlem Personeli Desteğine Yönelik Tutum(Sabit) | | 4,15 | 0,00 | |
| Yaş | 0,20 | 2,02 | 0,05 | 1,00 |
| (R:0,199 R ² :0,04 Düz.R ² :0,03 F:4,095 p:0,046 DW:1,889) | | | | |
| Bilgi Teknolojileri Altyapısına Yönelik Tutum (Sabit) | | 7,70 | 0,00 | |
| Yaş | 0,26 | 2,65 | 0,01 | 1,00 |
| (R:0,257 R ² :0,066 Düz.R ² :0,057 F:6,994 p:0,01 DW:1,875) | | | | |
| Bilgi Teknolojileri Kullanım Niyeti (Sabit) | | 20,86 | 0,00 | |
| Bekâr | 0,22 | 2,27 | 0,03 | 1,00 |
| Evli | | (Referans) | | |
| (R:0,222 R ² :0,049 Düz.R ² :0,048 F:5,153 p:0,025 DW:1,965) | | | | |

Sağlık bilgi teknolojilerinin bilgisayar (algılanan fayda, öz yeterlilik), internet (algılanan fayda, öz yeterlilik) ve bilgi teknolojisi boyutları (bilgi teknolojileri öz yeterliliği, sağlık bilgi teknolojileri seçim ve tasarım sürecine katılım beklentisi, bilgi teknolojisi beklentisi) altında yer alan diğer faktörler ile bireysel özellikler arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

V. TARTIŞMA

Bireysel faktörlerden işyerinde bilgisayar kullanım süresi, medeni durum, evde bilgisayar kullanım süresi ve yaş değişkenleri sağlık bilgi teknolojileri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir.

Literatürde yer alan benzer araştırmalarda bu araştırma sonuçları ile benzer ve farklı sonuçlar yer almaktadır.

Venkatesh ve diğerleri (2003) tarafından yapılan çalışmalarda cinsiyet gibi kişilik özelliklerinin bilgi teknolojilerine yönelik algılanan kullanım kolaylığını etkilediği bulunmuştur. Benzer şekilde Sun ve Zhang (2006) kullanıcıların teknoloji kabulünü etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları çalışmada, cinsiyetin kullanım kolaylığı algısına yönelik önemli bir moderatör olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada bayan olanlarda kullanım kolaylığı algısı teknoloji kullanımda daha önemli bir etkiye sahip olmuştur. Yine, Gefen ve Straub (1997) elektronik posta hizmeti kullanıcılarının özyeterliliklerinin cinsiyete göre değişiklik gösterdiğini bulmuştur. Çalışmada bayanların

internet kullanımına yönelik öz yeterlilikleri daha düşük çıkmış ve ayrıca özyeterliliğin düşük olması ile beraber internet kullanımına yönelik anksiyete düzeylerinde de artış olmuştur. Brown ve diğerleri (2005) tarafından eğitim sektöründe yapılan araştırma sonuçlarına göre yaş, cinsiyet ve deneyim faktörlerinin teknoloji kullanımına yönelik tutumu doğrudan etkilediği görülmüştür.

Bilgi teknolojileri konusunda Fletcher (1999) tarafından yapılmış başka bir çalışmada bayanların öz yeterliliklerini değerlendirmede erkeklere göre daha gerçekçi olduğu bu nedenle, gerçek başarısızlıkların değerlendirmeye alındığı ve bayanların özyeterliliklerinin bu nedenle düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yine bireysel faktörlerden biri olan yaş değişkeni ile bulgulara dayalı olarak, yaşın sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Yaş değişkeninin internet kullanımına yönelik algılanan kullanım kolaylığı, bilgi teknolojileri altyapısına yönelik tutum ve bilgi işlem personeli desteğine yönelik tutum üzerine pozitif etkisi olduğu görülmektedir.

Yaş arttıkça sağlık bilgi teknolojilerinin alt bileşenlerinden biri olan internet kullanımına yönelik algılanan kullanım kolaylığı artarken, sağlık bilgi teknolojileri altyapısına yönelik tutum, bilgi işlem personeli desteğine yönelik tutum ve sağlık bilgi teknolojilerine yönelik tutum daha pozitif olmaktadır. Hastane yöneticilerinin sağlık bilgi teknolojileri altyapısına yönelik tutumu ile ilgili yanıtladıkları ifadelerle bakıldığında en yüksek skora sahip ifadenin “bilgi teknolojilerini kullanmak iş performansımı artırır” (Ort=6,38) olduğu görülmüştür. Aynı faktör altında bulunan ve en düşük skora sahip ifade ise “yönetim kullanıcılarına sağlanacak bilgi teknolojileri eğitimlerinin sayısı ile ilgilenir” (Ort=5,29) olmuştur. Hastane yöneticilerinin bilgi teknolojilerine yönelik eğitim eksikliği yönündeki tutumları daha negatiftir. Ayrıca yaş ilerledikçe sağlık bilgi teknolojileri altyapısına yönelik tutumların pozitifleştiği görülmektedir. Gençlerle karşılaştırıldığında 40 yaş üzerindeki yöneticilerin daha olumlu bir tavır sergiledikleri beklenen bir durumdur. İnternete yönelik algılanan kullanım kolaylığının artması ise yaşça büyük olanların interneti daha fazla kullanması sonucu kazandığı deneyimle ilişkili olabilmektedir.

Literatüre bakıldığında yaş değişkeninin sağlık bilgi teknolojilerine uyum durumunu ve tutumunu etkilediğine yönelik benzer araştırmalar bulunmaktadır. Örneğin, Moghaddam ve Abadi tarafından (2013) bilgi teknolojileri uyumu konusunda yapılan araştırmada, bireysel faktörlerden biri olan yaşın bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutumu pozitif etkilediği belirtilmiştir.

Venkatesh ve diğerleri (2003), UTAUT modeli ile bireysel özelliklerden olan yaş, cinsiyet ve deneyimin sağlık bilgi teknolojileri kullanım ve çaba beklentisini etkilediğini ortaya koymuştur. Venkatesh ve diğerleri (2012) başka bir çalışmalarında UTAUT modelini genişleterek, yaş, deneyim ve cinsiyetin alışkanlıklar (habit), değer biçme (price of value), hedonik motivasyon (hedonic motivation) ve kolaylaştırıcı durumlar (Facilitating Conditions) aracılığıyla (moderatör) davranışsal niyet ve teknoloji kullanımı üzerine etkisini incelemişlerdir. Yaş, cinsiyet ve deneyim ile teknoloji kullanımı ve kullanıma yönelik davranışsal niyet arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Yi ve diğerleri (2006) tarafından yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, deneyim, eğitim gibi bireysel özelliklerin bilgi teknolojileri tutumu üzerine etkileri incelenmiştir. Aynı araştırmalarda bireysel farklılıkların özellikle de yaş ve cinsiyetin teknoloji kullanımını doğrudan etkilediği ortaya konulmuştur.

Gagnon ve diğerleri (2014) tarafından hekimlerin ESK kabulü üzerine yaptıkları araştırmada yaş, cinsiyet, deneyim ve uzmanlık alanı değişkenlerinin teknoloji kullanımına yönelik tutumlarına etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda, 50 yaşın altında olmanın teknolojiye yönelik tutumu pozitif yönde etkilediği bulunmuştur.

Araştırmada bireysel faktörlerden olan medeni durum sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tutumu etkilemektedir. Bekâr olma durumunun bilgisayar kullanımına yönelik algılanan kullanım kolaylığını artırdığı görülmektedir. Bekâr olma değişkenine sosyo-ekonomik açıdan bakıldığında ve evli olan yöneticilerle karşılaştırıldığında, bekâr olanların daha fazla bilgisayar kullanımına zaman ayırabildikleri ve ekonomik açıdan teknolojik donanımlara daha fazla bütçe ayırabilmeleri açısından avantaj sağladığı düşünülmektedir. Hastane yöneticilerinin bilgisayar kullanımına yönelik algılanan kullanım kolaylığı alt faktörü kapsamında yer alan ifadelerle verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en yüksek skora sahip “bilgisayarı ihtiyaçlarım doğrultusunda kullanmak benim için kolaydır” (Ort.=6,36) ifadesi olduğu görülmüştür. Aynı faktör altında yer alan “bilgisayarda yeni şeyler yapmayı öğrenmek benim için kolaydır” (Ort.=5,89) ifadesine verilen yanıtlar hastane yöneticilerinin bilgisayar kullanarak yeni şeyler yapmada daha zorlandıklarını göstermektedir.

Bireysel faktörlerden bir diğeri olan işyerinde bilgisayar kullanım süresinin bilgisayar kullanımına yönelik algılanan kullanım kolaylığı üzerine negatif etkisi bulunmaktadır. Evde bilgisayar kullanım süresinin ise benzer şekilde internet kullanımına yönelik algılanan kullanım kolaylığı üzerine negatif etkisi bulunmaktadır.

İşyerinde uzun yıllar bilgisayar kullanımının hastane yöneticileri üzerinde negatif etki oluşturduğu düşünülürse, bu etki, 2000’li yıllardan önceki zaman diliminde bilgi teknolojilerindeki hantallık ve aynı dönemde örgütün bilgi teknolojileri ile ilgili yönerge ve prosedürlerinin olmaması ile ilişkilendirilebilir. 2000’li yıllardan sonra bilgi teknolojilerindeki modern gelişmeler algılanan kullanım kolaylığı, uygulama talimat ve standartların oluşturulması, dışardan hizmet alımı ve teknoloji altyapısının geliştirilmesi gibi avantajları beraberinde getirmiştir. Daha az çalışma deneyimi olan kullanıcılar yeni teknoloji ve yeni teknolojik altyapı (kullanıcı dostu arayüz, dokunmatik ekranlar, ergonomik tasarım vb.) ile çalışma fırsatı yakalayabildiğinden algıladıkları kullanım kolaylığı artabilmektedir.

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu araştırma kapsamında, sağlık bilgi teknolojileri temel bileşenlerinden olan bilgisayar, internet ve sağlık bilgi teknolojilerine yönelik hastanelerde görev yapan yöneticilerin tutumları incelenmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda sağlık bilgi teknolojileri kullanıcılarının teknoloji kullanıma yönelik sergiledikleri dirence yol açan ya da teknoloji kullanımına uyumlarını kolaylaştıran faktörler incelenmiştir.

Sağlık örgütleri ve alt sistemleri karmaşık davranış örnekleri ile karakterizedir. Aynı zamanda bu organizasyonlar hızla değişen çevre koşullarına uyum yeteneğine sahiptir. Bütünleşik farklı teknolojilerin, günümüz karmaşık sağlık hizmetleri organizasyonlarında kullanılması için anahtar üstünlük koşulu, bu karmaşık sistemlerin işleyişini anlamak ve birlikte çalışan herkes için eş zamanlı uyum platformu yaratmaktır (Daim ve diğerleri 2010).

Sağlık bilgi teknolojileri seçim ve tasarımında hastane yöneticilerinin aktif rol alması ve sağlık bilgi teknolojileri kullanımına yönelik tüm kolaylaştırıcı ve engelleyici uyum faktörlerinin incelenmesi son derece önemlidir. Aksi halde yanlış seçilmiş, kullanıcının desteğini almamış bir sistem hem gereksiz maliyetlere yol açacak hem de bilgi alışverişini zorlaştıracaktır.

Sağlık hizmetlerinde bilgi teknolojileri kullanımının kaçınılmayacak bir zorunluluk olduğu düşünüldüğünde; akılcı bilgi teknolojisi seçimi ve tasarımında, politika belirleyicilere, yöneticilere ve diğer çalışanlara görevler düşmektedir. Teknolojinin teknik, işlevsel ve ekonomik fizibilitelerinin yanında; kullanım kolaylığı, kullanıcı özellikleri, performans beklentileri ve teknolojinin bunları karşılama düzeyi, kurumun büyüklüğü, kurumda mevcut yönerge ve standartların varlığı gibi kriterler açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bilgi teknolojilerinin sağlık sektöründe yerini alması, bürokratik yapıdan, daha esnek ve yeniliklere açık sistemlere dönüşmesi ile teknolojinin yerinde ve doğru kullanımı, bilgi güvenliği (mahremiyet) ve teknolojik uyum gibi alanlarda akılcı karar ve uygulamalara gereksinim duyulmaktadır. Yönetici ve politika belirleyicilere ipucu niteliğinde yapılacak bilimsel araştırmalar aynı zamanda hastanelere ve diğer örgütlere verimlilik, performans, rekabet, risk yönetimi, müşteri sadakati gibi alanlarda yol gösterici olacaktır.

KAYNAKÇA

1. Ajzen I. (1991) The Theory of Planned Behavior. **Organizational Behavior and Human Decision Processes** 50(2): 179-211.
2. Alajmi B. (2008) **Understanding Knowledge-Sharing Behavior: A Theoretical Framework**. Rutgers -The State University of New Jersey, USA.
3. Bali, R. K. and Dwivedi A. N. (2007) **Healthcare Knowledge Management**. New York: Health Informatics Series.
4. Bandura A. (1986) **Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory**. Englewood Cliffs. Prentice- Hall, Inc., NJ.
5. Brown G. D., Stone T. T. and Patrick T. B. (2005) **Strategic Management of Information Systems in Healthcare**. Health Administration Press, Chicago.
6. Büyüköztürk Ş. (2007) **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**. Pegem Yayıncılık, Ankara.
7. Daim T., Başoğlu N. and Tan J. (2010) Health Management Information System Innovation: Managing Innovation Diffusion in Healthcare Services Organizations. In Tan J. (ed.) **Adaptive Health Management Information Systems**, pp:319-336. Jones ve Barlett Publishers, Massachusetts.
8. Davis F. D. (1989) Perceived Usefulness, Perceived Ease of Use, and User Acceptance of Information Technology. **MIS Quarterly** 13(3): 319-340.
9. Davis, F. D., Bagozzi R. P. and Warshaw P. R. (1992) Extrinsic and Intrinsic Motivation to Use Computers in the Workplace. **Journal of Applied Social Psychology** 22(14): 1111-1132.
10. Davis, F. and Venkatesh V. (2000) A Theoretical Extension of the Technology Acceptance Model: Four Longitudinal Fields Studies. **Management Science** 46(2): 186-204.

11. Ersoy M. (2014) Matematik Öğretiminde Semantik Web Tabanlı İkna Teknolojisi Kullanımı. **NWSA-Education Sciences** 9(1): 57-72.
12. Fishbein M. and Ajzen I. (1975) **Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Addison-Wesley, USA.
13. Fonkych K. and Taylor R. (2005) **The State and Pattern of Health Information Technology Adoption**. RAND Corporation, USA.
14. Gagnon M., Desmartis M., Labrecque M., Car J., Pagliari C., Pluye P., Frémont P., Gagnon J., Tremblay N. and Légaré F. (2012) Systematic Review of Factors Influencing the Adoption of Information and Communication Technologies by Healthcare Professionals. **Journal of Medical Systems** 36(1): 241–277.
15. Gefen D. and Straub D. W. (1997) Gender Differences in the Perception and Use of E-mail: An Extension to the Technology Acceptance Model. **MIS Quarterly** 21(4): 389-400.
16. Health Resources and Services Administration (HRSA). Erişim Tarihi: 03 Ocak 2014, <http://www.hrsa.gov/healthit/toolbox/oralhealthittoolbox/introduction/whatishealthit.html>.
17. Hikmet N. (1999) Factors Affecting the Use of Information Technology. **University of Rhode Island, Phd Thesis**, Rhode Island, ABD.
18. İraz R. ve Zerenler M. (2008) Turizm İşletmelerinde Yönetim Bilişim Sistemleri Kullanımının Yönetimsel Kararlar Üzerindeki Etkisi. **Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 15: 375-391.
19. Kaye R., Kokia E., Shalev V., Idar D. and Chinitz D. (2010) Barriers and Success Factors in Health Information Technology: A Practitioner's Perspective. **Journal of Management and Marketing in Healthcare** 3(2): 163-175.
20. Moghaddam K. and Khatoon-Abadi A. (2013) Factors Affecting ICT Adoption among Rural Users: A Case Study of ICT Center in Iran. **Telecommunications Policy** 37(11): 1083-1094.
21. Naser R. J. (2012) Electronic Health Record Adoption as a Function of Success: Implications for Meaningful Use. **Capella University, Phd Thesis**, USA.
22. Rogers E. M. (1962) **Diffusion of Innovations**. Free Press, USA.
23. Sun H. and Zhang P. (2006) The Role of Moderating Factors in User Technology Acceptance. **International Journal Of Human-Computer Studies** 64(2): 53-78.
24. Tan J., Kifle M., Mbarika V. and Okoli C. (2005) Diffusion Of E-Medicine. In Tan J. (ed.) **E-Health Care Information Systems**, pp: 231-269. Jossey Boss Publishing, USA.
25. Taylor S. and Todd P. (1995) Assessing IT Usage: The Role of Prior Experience. **MIS Quarterly** 19(4): 561-570.

26. Tecim V. ve Gökşen Y. (2009) Bilişim Teknolojilerinin Üniversitelerde Etkin Kullanımı Üzerine Bir Çalışma. **Journal of Yasar University** 4(14): 2237-2256.
27. TÜİK (2014). Girişimlerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması, Hanelerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı Araştırması (16-74 yaş arası bireyler).
28. Venkatesh V. and Bala H. (2008) Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions. **Decision Sciences** 39(2): 273-315.
29. Venkatesh V., Morris M. G., Davis G. B. and Davis F. D. (2003) User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View. **MIS Quarterly** 27(3): 425-478.
30. Yazıcıoğlu Y. ve Erdoğan S. (2004) **SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri**. Detay Yayıncılık, Ankara.
31. Yi Y., Wu Z. and Tung L. L. (2006) How Individual Differences Influence Technology Usage Behaviour? **Toward an Integrated Framework Journal of Computer Information Systems** 46(2): 52-63.
32. Yusof M. M., Stergioulas L. and Zugic J. (2007) **Health Information Systems Adoption: Findings from a Systematic Review**. IOS Press, USA.

Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi

Oğuz İŞİK*

ÖZ

Çalışma, marka ile ilgili literatürde yer alan kavramsal modellerden yararlanarak, marka değerini belirleyen ve etkileyen boyutların (algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımı) birbirleri ile olan ilişkileri ve hastane marka değerine olan etkilerinin, özellikle de algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisini analiz etmek amacıyla tasarlanmıştır. Araştırmanın ana kümesini Sakarya Büyükşehir Belediye sınırları içerisinde ikamet eden sağlık hizmeti tüketicileri oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimi için tabakalı rast gele örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada toplanan anketlerden 610'u analizlerde kullanılmıştır. Verilerin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde yapısal eşitlik modeli ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Hastane marka değeri, algılanan kalite, marka çağrışımı ve marka bağlılığı boyutları ile pozitif anlamlı bir ilişkiye sahiptir ($p < 0,05$). Buna karşılık marka farkındalığı ile hastane marka değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p < 0,01$). Ayrıca, algılanan kalite, marka çağrışımı ve marka bağlılığı ile pozitif anlamlı bir ilişkiye sahiptir ($p < 0,05$). Buna karşılık marka farkındalığı ile algılanan kalite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığı boyutları, algılanan kaliteyi etkilemektedir. Ayrıca, bu üç boyutun etkisiyle algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisi daha da artmaktadır. Araştırmanın sonuçlarına göre marka bağlılığı algılanan kalite ve marka çağrışımından sonra hastane marka değerini etkileyen üçüncü boyuttur. Sağlık hizmetlerinde müşteri bağlılığı ihtiyaç duyulan hizmetten önemli düzeyde etkilenmekle birlikte, resepsiyon, tetkik, teşhis ve ev idaresi gibi süreçlerde sunulan kaliteli hizmet müşteri bağlılığını ve buna bağlı olarak hastane marka değerini olumlu yönde etkileyebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Algılanan Kalite, Marka, Hastane Marka Değeri

The Impact of Perceived Quality on Hospital Brand Value

ABSTRACT

This study was designed in order to analyze making use of relevant literature about conception models, relationship between aspect of determining and affecting brand value (perceived quality, brand loyalty, brand awareness and brand association) and the impact of the hospital brand value, especially the effect of the perceived quality to hospital brand value. Main body of research was formed by health care consumers who dwell in Sakarya Metropolitan Municipality border. This study was used stratified random sampling for selection of sample and size of sample was calculated 384. In the study was used for analyze 610 of the collected surveys. Data validity and reliability analyzes were performed. Structural equation model and descriptive statistical methods were used when determining data analyze. Results confidence interval of 95%, significance level of $p < 0.05$ was assessed. Hospital brand value has positive effect with perceived quality, brand association and brand loyalty ($p < 0.05$). On the contrary, there isn't meaningful effect between brand awareness and hospital brand value ($p < 0.001$). Besides perceived quality has positive effect brand association and brand loyalty ($p < 0.05$). On the other hand, there isn't meaningful effect between brand awareness and perceived quality ($p > 0.05$). Sizes of brand association, brand awareness and brand loyalty influence on perceived quality. In addition, the effect of hospital quality on the brand values became increasing more and more with impact of three dimensions. According to result of this study, brand loyalty which is the third value after perceived quality and brand association influences on brand value. In health

*Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü, oguz.isik@gmail.com

care, brand loyalty is impressed significantly by needed service also quality of services presented in processes such as reception, examination and home management and according to this effect brand value can affect positive side.

Keywords: *Quality, Perceived Quality, Brand, Hospital Brand Value*

I. GİRİŞ

İnsanlar, uzun zamanlardan beri ürettikleri mal ve hizmetleri markalamaktadırlar. Bu amaçla özellikle üretilen malların üzerine çeşitli işaretler koymak suretiyle ürettikleri malın tanınmasını ya da bir problem ortaya çıkarsa bu problemin hangi üreticiden kaynaklandığını ortaya koymaya çalışmışlardır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde markalaşma sağlık işletmelerinin kendi rekabet üstünlüklerini korumak ve sürdürmek için kullandıkları yeni bir kavramdır. Geleneksel olarak pazarlama sağlık işletmelerinde diğer yönetim ihtiyaçlarına destek görevi görmektedir. Önceleri hastalar hastanelere kendi hekimleri veya sağlık planları (sigortalar) hastane ile ilişkili olduğu için giderken, günümüzde hastaların hastane seçimleri bir kurumun diğerinden daha iyi kalitede hizmet vermesi esasına dayanmaktadır (Greenawalt 2001). Sürekli olarak gelişen teknoloji hastaların bu seçimini desteklemekte ve hastanelerin buldukları yüksek düzeydeki rekabetçi çevrede başarılarını sürekli kılmak için markalaşmalarını mecbur kılmaktadır.

Marka, herhangi bir sektördeki işletmelerin müşterilerinin algılamalarının özünü simgelemektedir (Kim, Kim 2005). 1980'lerde tüm dünyada geçirdiği büyük değişimle birlikte günümüz sağlık hizmetleri sunumunda sağlık kuruluşlarının rekabet avantajı sağlaması hayati öneme sahip bir konuma ulaşmıştır. Bu konumda marka değeri kavramı ön plana çıkmakta ve sağlık sektöründe markalaşma önemli hale gelmektedir. Ancak, farklı sektör ve işletmelerde marka değeri konusunda yürütülen birçok bilimsel çalışma olmasına rağmen, sağlık sektöründe uygulama alanı henüz yeterli çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çerçeveden yola çıkılarak yapılan bu çalışmada amaç, tüketicilerin bakış açısıyla literatürde marka değeri boyutları olarak tanımlanan algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımının, hastane marka değerine olan görece önem ve etki derecelerinin tespit edilmesi, özellikle de algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisini ortaya koymaktır.

1.1. Sağlık Hizmetlerinde Markalaşma

Sağlık sektöründe markalaşma, hastalarla güçlü ilişkilerin kurulmasını ve bu ilişkilerin uzun süreli olmasını sağlamaktadır. Bu da sağlık işletmelerinin marka değerini artırmaktadır. Hizmet alımı esnasında doktorların hastalarla samimi olmaları ve onlara sevgiyle yaklaşmaları doktorlara güveni artırmaktadır. Bu psikolojik olarak hassas olan hastalarda işletmeye olan güveni de artırmaktadır. Dolayısıyla markalar tüketici davranışlarını ve tutumlarını etkilemektedir (Apyadın 2009).

Sağlık hizmeti sunumunda çok güçlü bir marka olarak tanınan hastane ve hekimler, hastaların zihninde çok büyük bir yer işgal ederler. Bir hastane markası fiyatlandırma, müşteri hizmetleri, personel davranışları ve tesis görünümü gibi ayırt edici ve hafızada yer eden kimlik oluşturma özellikleri ile tanımlanabilir (Petromilli, Michalczyk 1999). Buna karşılık, hastanelerdeki pazarlama yetkilileri çoğunlukla markalaşma kavramını yanlış kullanmakta ya da karıştırmakta ve genellikle, logolar ve sloganlar şeklinde, basitçe, tüzel kimlik ve imaj geliştirme olarak düşünmektedirler (Mangini 2002). Bunun sonucu olarak da çoğu hastane temel marka kavramını anlamakta başarısız olmaktadır. Bu şekilde, marka imajı, marka değeri, marka bağlılığı, marka çağrışımı, marka farkındalığı, marka niteliği,

markanın faydaları ve marka konumlandırma gibi kavramlar markalaştırmayı anlamayı daha da zorlaştırmaktadır.

Sağlık hizmeti sunumunda marka oluşturmak demek; müşterilere kalitenin ilk ve en önemli şey olduğunu vaat etmek anlamına gelmektedir (Greenawalt 2001). Sağlık hizmetlerinin somut ürünlerinin az olması, ürün geliştirilmesi ve kavramsallaştırılması çok zor olan bir hizmet olması bu gerçeği değiştirmemelidir. Dolayısıyla hizmet markası, fiziksel tesis, konfor, fiyat, yerleşim ve avantajlar gibi unsurları da kapsamaktadır. Bu nedenle hizmet markasının özdeşliklerinden biri de müşterilerle konuşmak, örgütün faaliyetleri hakkında bilgi vermek, kendine özgü değerlerini ve pozisyonunu güçlendirmektir.

1.2. Marka Değeri

Marka değeri, bir markayla ilişkili isim ve sembolün bir işletme ve/veya o işletmenin müşterileri için üretilen mal veya hizmete değer katan ya da değerini azaltan sorumlulukların bir setidir (Aaker 1991).

Marka değeri iş dünyasında olduğu gibi akademik araştırma açısından da önemli bir kavramdır (Kim et al. 2008a). Çünkü pazarlamacılar başarılı markalar yoluyla rekabet avantajına sahip olurlar. Yüksek değerli markalara sahip firmaların rekabet avantajı başarılı bir genişleme olanağına sahip olmayı, diğer rakiplerinin promosyon baskılarına karşı dirençli olmayı ve diğer olası rakiplerin de kendi pazarlarına girmelerinin önüne set çekebilme kabiliyetlerini kapsar (Lassar et al. 1995).

Marka değerinin artması dört nedenden dolayı sağlık işletmelerine avantaj sağlamaktadır (Bohrer 2007). İlk olarak, tüm pazarlama maliyetini azaltır. Farkındalığı artırmak için planlar oluşturulurken bazı maliyetler olmasına karşın, zaman içerisinde müşterilerin markaya bağlılığının artmasıyla ve satın alma davranışını tekrarlamalarıyla birlikte, reklam gibi pazarlama eylemlerinin maliyetleri düşer. İkinci olarak, markanın büyütülmesi girişimini kolaylaştırır. Marka değeri arttıkça, marka adıyla ilave ürünler yapmak daha kolaylaşır. Üçüncü olarak, marka değeri, rakiplere karşı hastaneyi savunma pozisyonuna getirmek için bir metot sunarken büyük giriş engellerine yol açar. Son olarak da, hastanenin pazar değerini artırır. Yüksek marka tanınırlığı olan bir hastane, olmayanla kıyaslandığında daha değerlidir.

Marka değeri iki şekilde göz önüne çıkmaktadır. İlk olarak kurumun kimliğinden kaynak bulurlar ki bu da kurucunun veya yöneticilerin etkisinden kaynaklanmaktadır. İkinci olarak da tüketicilerin bakış açısından kaynaklıdır (dışsal süreç) ki işletme imajının bir parçasını oluşturmaktadır. Bu ayrım marka değerlerinin tanımlanmasında kullanılan metotların yansıtılmasında verilmektedir: içsel metotlar kurum kimliğine bakarken dışsal metotlar markanın dışında olan tüketicilerin algıladığı imaj gibi faktörlere odaklanır. Marka değerlerini derinlemesine anlamak ve işletmenin imajı ve kimliği arasındaki çelişkileri anlamak için dışsal ve içsel metotların her ikisine de bakılması gerekmektedir (De Chernatony et al. 2004).

Marka değerini oluşturan değerler veya sorumluluklar markanın ismi ve/veya sembolü ile ilişkili olmalıdır. Bazıları yeni bir isim ve sembolle değiştirilebilir olmasına rağmen, eğer markanın ismi veya sembolü değişirse değerler veya sorumlulukların bazıları veya tamamı etkilenebilir hatta kaybolabilir. Marka değerinin esasını oluşturan değerler ve sorumluluklar durumdan duruma farklılık gösterecektir. Bununla birlikte marka değeri boyutları kullanışlı bir şekilde; marka farkındalığı, marka bağlılığı, algılanan kalite, algılanan kaliteye ilave marka çağrışımları ve diğer tescilli marka varlıkları (patentler, ticari markalar vb.) olarak beş grup altında sınıflandırılabilir (Aaker 1991). Yoo ve Donthu (2001) da müşteri temelli marka değeri bilişsel ve davranışsal marka değerinin ölçümünü temsil ettiğini dolayısıyla da Aaker

tarafından beşinci bileşen olarak ifade edilen diğer tescilli marka varlıklarının tüketici algısı ile ilgili olmadığını, bu yüzden de ilk dört boyutun müşteri odaklı marka değeri olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla bu çalışmada Aaker'in tanımladığı ilk dört boyut ele alınmıştır (Aktaran Kim et al. 2008b).

Marka Farkındalığı; Rossiter ve Percy marka farkındalığını tüketicilerin imkânları doğrultusunda ürün kategorisine göre marka konusundaki hafızalarının tekrar tazelenmesi veya farkına varmasının sağlanması şeklinde tanımlamaktadırlar. Aaker marka farkındalığını, marka değerinin bir kıymeti olarak belirtmiştir (Aaker 1991; Aktaran Faircloth 2005).

Ayrıca marka farkındalığı, markayı güvence altına almada da yardımcı olur. Bu yardım markanın hatırlanması ve tanınmasının tüketicilerin karar verme sürecinde göz önünde bulundukları bir etken olması şeklindedir. Düşünülmeyen marka seçilemeyeceği için, ilk olarak akla gelen markanın tüketici tarafından seçilme olasılığı yüksektir. Cato (1993), “farkındalığın yaygınlaşmasının daha fazla üye, daha fazla gönüllü ve daha fazla bağışa dönüşebileceğini” ileri sürerken, Aaker farkındalığın geleneksel ölçülerinin yalnızca anımsatma veya kabul etmeye odaklandığı için tüketicilerin marka hakkındaki bilgilerinin ne olduğu konusunun gözden kaçmasına neden olduğunu ileri sürmektedir (Aktaran Faircloth 2005).

Marka Çağrışımları; Marka çağrışımları, markayla ilişkilendirilen ve tüketici açısından markanın anlamını ifade eden bilgilerdir. Diğer bir deyişle marka çağrışımları marka hakkında hafızalarda oluşan her şeydir. Marka çağrışımlarının eşsiz, güçlü ve üstün olması marka değeri oluşumuna etki eden önemli bir faktördür (Tek, Özgül 2005).

Marka çağrışımları, herhangi bir markaya ait hafızaya “bağlanmış” şeylerdir (Aaker 1991). Diğer bir ifadeyle, markaya ilişkin zihinde oluşan bilgi ağlarıdır ve tüketiciler için markanın anlamını içerirler (Keller 2003).

Marka Bağlılığı; Marka bağlılığı, kişinin makul diğer seçenekleri görmeksizin, sürekli aynı markayı satın almasıdır (Schultz 2005). Herhangi bir örgüt için marka bağlılığı önemlidir. Çünkü güçlü marka bağlılığı olan tüketiciler genel sektör fiyatlarını düşürebilirler, böylece bağlılık organizasyona kâr akımı sağlar (Aaker 1991).

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinden dolayı, sağlık hizmet tüketicilerinin sağlık işletmelerine olan bağlılığı tüketicinin isteğinden ziyade hastalığının özelliğine bağlıdır. Ancak diş-protez, estetik cerrahi gibi kişilerin seçeneklerinin olduğu hizmetleri sunan sağlık işletmelerinde, bağlılığı gerçekleştirmek mümkündür.

Sağlık kurumları hasta bağlılığını sağlamak amacıyla hasta tatmini üzerinde odaklanmaktadır. Hasta bağlılığı, hastaların gereksinimleri olduğunda, hizmetlerinden yararlandıkları sağlık kurumunu tekrar kullanmaları veya tercih etmeleridir. Hastaların hizmetten tatmin düzeyleri arttıkça, hasta bağlılığı oranı da artmaktadır (Kavuncubaşı 2000).

Algılanan Kalite; Marka oluşturmanın en temel yapı taşlarından birisi hiç şüphesiz kalitedir (Ar 2007). Bu nedenle marka değerini oluşturan önemli boyutlardan birisi de algılanan kalitedir (Aaker 1991; Pappu et al. 2005).

Algılanan kalite, ürünün önceden belirlenmiş ölçülebilir üstünlüğünü ifade eden objektif veya gerçek kaliteden farklıdır. Algılanan kalite ürünün içsel ve dışsal özelliklerinden etkilenir ve tüketici zihninde oluşur. Dolayısıyla üreticinin kalite algısıyla tüketicinin kalite algısı birbirinden farklılık gösterebilir (Grewal 1995). Bu nedenle kalite hem tüketicileri hem

de üreticileri ilgilendirmektedir. Tüketiciler açısından bakıldığında, tüketici kaliteye ödeme yapmaktadır. Üreticiler açısından bakıldığında da üretici kaliteyi geliştirebilmek amacıyla yatırım yapmaktadır. Aynı şekilde, tüketiciler faydalarını, üreticiler de kârlarını maksimize etmeye çalışmaktadır. Bu nedenle işletmelerin rekabet güçlerini geliştirmede tüketicilerin zihninde olumlu algılar geliştirmeleri ve bu algıları artırmaları yönünde stratejiler geliştirmeleri etkili olacaktır.

Algılanan kalite, müşterilerin satın alması için bir neden oluşturma, marka ile ürünün diğerlerinden farklılaşmasını sağlama, işletmeye yüksek fiyat avantajı sağlama, ilgili kişileri yönlendirme ve marka genişlemesine yardımcı olmak gibi çeşitli şekillerde değer sağlar (Aaker 1991). Bir markanın algılanan kalitesi, hangi markaların değerlendirmenin içinde ve dışında kaldığını ve seçilecek markayı etkileyerek önemli bir satın alma nedeni sunar. Algılanan kalite satın alma kararına bağlantısı nedeniyle, pazarlama programının tüm bileşenlerini daha etkili kılabilir. Algılanan kalite yüksekse ve tanıtım işinin etkili olması daha olasıdır (Aaker 1991).

II. YÖNTEM

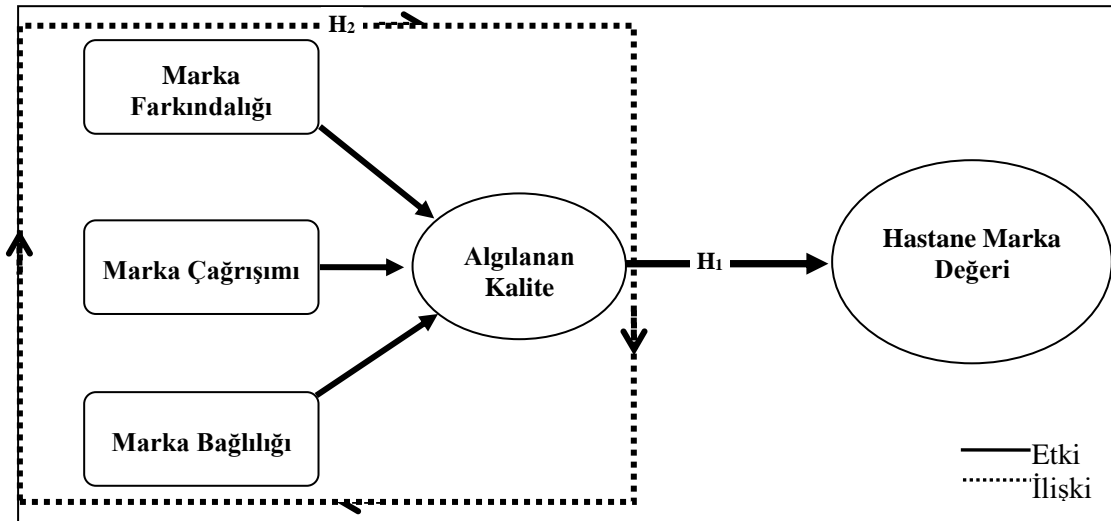
2.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Araştırmanın amacı genel olarak marka değeri bileşenleri olarak tanımlanan (algılanan kalite, marka bağlılığı, marka farkındalığı ve marka çağrışımları) boyutların aralarındaki ilişkiyi ve algılanan kalitenin hastane marka değerine olan etkisini ortaya koymaktır. Bu amaçla marka farkındalığı, marka çağrışımları, marka bağlılığı ve algılanan kalite boyutları arasında anlamlı ilişki olduğu ve algılanan kalitenin hastane marka değerine pozitif yönde etki edeceği düşünülmektedir. Bu düşünceden hareketle Şekil 1'deki kavramsal model ve buna bağlı olarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Hastane marka değerini oluşturan boyutlar arasında anlamlı ilişki vardır.

H₂: Algılanan kalitenin hastane marka değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

Şekil 1. Araştırma Modeli



2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın ana kütesini Sakarya Büyük Şehir Belediye sınırları içerisinde ikamet eden sağlık hizmeti tüketicileri oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiş olup, $n = \frac{N * p * q * Z^2}{(N-1) * t^2 + (p * q * Z^2)}$ (Bal 2001) formülüne göre hesaplanan örneklem büyüklüğü 384 bulunmuştur. Çalışmada 625 anket toplanmış olup, katılımcıların eksik bıraktığı, ya da soruların tamamına cevap vermek istenmediği anketler çıkarılarak veri seti 610 anketten elde edilen verilerden oluşturulmuştur.

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak hazırlanan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun marka değeri, algılanan kalite, marka farkındalığı, marka çağrışımları ve marka bağlılığı bölümleri için farklı kaynaklardan yararlanılmıştır. Marka değerine ilişkin soruların hazırlanmasında Aaker'in (1991) marka değeri modeli esas alınmış olup, algılanan kalite ile ilgili sorular SERVQUAL ölçeğinden (Parasuraman et al. 1988), marka farkındalığı, marka çağrışımları ve marka bağlılığı ile ilgili sorular ise farklı çalışmalardan yararlanılarak hazırlanmıştır (Aaker 1996; Andaleeb et al. 2007; Atılgan 2005; Bohrer 2007; Buil et al. 2008; Kim et al. 2008a). Uzman görüşlerinden de yararlanılarak oluşturulan anket formu, katılımcılarla yüz yüze görüşmek suretiyle uygulanmıştır. 7'li Likert ölçeğe göre düzenlenen anket formu 1=Kesinlikle katılmıyorum - 7=Kesinlikle katılıyorum şeklinde biçimlendirilmiştir.

2.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Çalışmada öncelikle kullanılan ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla alfa katsayısından yararlanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,915 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin geçerliliğini test etmek için faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi, keşfedici faktör analizi (KFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki farklı şekilde uygulanmaktadır (Loehlin 2004). Keşfedici faktör analizinde faktör yapıları önceden bilinmemekte ve bu yapıların tanımlanması amaçlanmakta, doğrulayıcı faktör analizinde ise önceden bilinen faktör yapılarının doğrulanması amaçlanmaktadır (Altunışık ve diğerleri 2005). Bu amaçla çalışmada marka değeri boyutlarına ilişkin olarak oluşturulan ölçeğin geçerlilik analizinde KFA; SERVQUAL ölçeğe ilişkin algı ve beklenti ifadelerinin belirlenmesinde DFA kullanılmıştır.

Algı ve beklenti ölçeklerini oluşturan SERVQUAL ölçeğinin 22+22 ifadesi (somutluk için 4, güvenilirlik için 5, cevap verebilirlik için 4, güvence için 4 ve empati için 5 ifade) DFA'ya tabi tutulmuştur. Yapılan analiz sonucunda hem algı hem de beklenti ölçeğinde bozucu etkiye sahip olan dört ifade çıkartılmıştır. Bu ifadeler beklenti ölçeği için cevap verebilirlik boyutundan "Hastane çalışanları çok yoğun olsalar bile, müşteri isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermeleri uygundur", güvence boyutundan "Hastane çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için kurumları tarafından yeterince desteklenmelidir" ve empati boyutundan "Hastane çalışanlarının müfiterilere kişisel ilgi göstermeleri beklenilemez" ve "Hastanelerin çalışma saatlerinin tüm müşterilerine uygun olması beklenmemelidir"; algı boyutu için ise aynı beklentilere karşılık gelen, "X hastanesi çalışanları müşteri isteklerine hızlı bir şekilde cevap vermek için uğraşırlar", "X hastanesi çalışanları işlerini iyi bir şekilde yapabilmeleri için kurumları tarafından yeterince desteklenirler", "X hastanesi çalışanları müşterilere kişisel ilgi göstermez" ve "X hastanesinin çalışma saatleri tüm müşterileri için

uygun değildir” ifadeleridir. Bu ifadeler çıkarıldıktan sonra Algı Ölçeği Uyum Ölçütleri CMIN=385,980, sd=122, p-değeri=0.000, RMSEA=0.060, CFI=0.95, NFI=0.93, GFI=0.94, AGFI=0.91 ve Beklenti Ölçeği Uyum Ölçütleri CMIN=356,536, sd=122, p-değeri=0.000, RMSEA=0.056, CFI=0.93, NFI=0.90, GFI=0.94, AGFI=0.91 olarak bulunmuştur. Uyum iyiliklerinin uygun olduğu görüldüğünde; sonraki analizlerde algılanan hizmet kalitesi ölçümünde somutluk için 4, güvenilirlik için 5, cevap verebilirlik için 3, güvence için 3 ve empati için 3 ifade olmak üzere toplam 18 ifade kullanılmıştır.

Tablo 1. KMO ve Bartlett's Test Sonucu

| KMO and Bartlett's Test | | |
|---|-------------------------|----------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü | 0,839 | |
| Bartlett's Küresellik Testi | Yaklaşık Ki-Kare Değeri | 3818,252 |
| | Serbestlik Derecesi | 190 |
| | p | 0,000 |

Hastane marka değeri boyutlarına ilişkin olarak 20 değişkenin dahil edildiği ilk KFA sonucunda KMO değeri 0,839 hesaplanmış olup; Bartlett Sphericity Testi anlamlı çıkmıştır (Tablo 1). Bu sonuç faktör analizi yapmak için örneklemin uygun olduğunu göstermektedir. Ancak faktör yükleri incelenerek yapılan değerlendirme sonucunda “X hastanesi toplumsal olaylara aktif olarak destek vermektedir” ve “X hastanesini çevremdeki insanlara önerebilirim” ifadelerinin bozucu etkiye sahip olduğu tespit edildiği için ölçekten çıkartılmıştır.

Ölçeğin 18 ifadeden oluşan yeni haliyle tekrar faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda beklendiği gibi ifadeler dört faktör altında toplanmıştır. Bu faktörlerden marka çağrışımı 6 ifade, marka bağlılığı ifade, marka farkındalığı 3 ifade ve algılanan kalite boyutu 5 ifadeden oluşmuştur. Analiz sonucunda ayrıca, ölçeğin toplam açıklanan varyansı %57,642 ve Cronbach Alpha Değeri 0,824 bulunmuştur (Tablo 2). Ölçek bu haliyle gerçekleştirilen analizlere temel oluşturmuştur.

Tablo 2. Hastane Marka Değeri Boyutlarına İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

| | | | |
|---|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü | | | 0,838 |
| Bartlett's Küresellik Testi | | | Anlamlı |
| Serbestlik Derecesi | 153 | p | 0,000 |
| Cronbach Alpha | 0,824 | Açıklanan Toplam Varyans | 57,642 |
| Algı Boyutları | Faktör Yükleri | Açıklanan Varyans | Cronbach Alpha |
| <i>Marka Çağrışımları</i> | | | |
| S35. X hastanesi kişilerin dini inançlarına ve etnik kökenlerine karşı saygılı davranmaktadır. | 0,782 | 27,329 | 0,802 |
| S34. "Tedavi" denince şehirdeki ilk aklıma gelen X hastanesidir. | 0,752 | | |
| S31. X hastanesinde hasta şikâyetleri dikkate alınır. | 0,652 | | |
| S28. X hastanesinin tıbbi konulardaki teknolojik gelişmelere ayak uydurduğunu düşünüyorum. | 0,625 | | |
| S36. "Başarı" X hastanesini tasvir eden kelimelerden bir tanesidir. | 0,593 | | |
| S37. Diğer hastanelerle kıyaslandığında, X hastanesi hastalara daha fazla önem verir. | 0,547 | | |
| <i>Marka Bağlılığı</i> | | | |
| S23. Çevremdeki insanlarda öncelikle X hastanesini tercih ederler. | 0,766 | 12,315 | 0,752 |
| S25. İkamet ettiğim yere X hastanesinden daha yakın bir hastane olsa dahi ben X hastanesini tercih ederdim. | 0,755 | | |
| S26. X hastanesi benim ilk tercihimdir. | 0,702 | | |
| S24. Kendimi X hastanesine bağlı olarak hissediyorum. | 0,664 | | |
| <i>Marka Farkındalığı</i> | | | |
| S29. Logo ve sloganlar hastaların hastane hakkında fikir edinmesine katkı sağlamaktadır. | 0,868 | 9,376 | 0,796 |
| S33. Tüm hastane logoları içinde X hastanesinin logosunu tanıyabilirim. | 0,832 | | |
| S27. X hastanesinin yapmış olduğu tanıtım faaliyetleri dikkatimi çekmektedir. | 0,801 | | |
| <i>Algılanan Kalite</i> | | | |
| Cevap Verebilirlik | 0,772 | 8,623 | 0,698 |
| Güvenilirlik | 0,630 | | |
| Empati | 0,628 | | |
| Güvence | 0,609 | | |
| Somutluk | 0,509 | | |

III. BULGULAR

Çalışmaya katılan sağlık hizmet tüketicilerinin sosyo-demografik özellikleri ve tercih ettikleri hastaneye göre dağılımları Tablo 3'de görülmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların %52,6'sı kamu, %47,4'ü ise özel hastaneleri tercih etmektedirler. %58,7'si

erkeklerden oluşan katılımcıların, %70,8'i evli, %36,2'si lise mezunu ve %28,5'i işçilerden oluşmaktadır. Ayrıca araştırmaya katılan tüketicilere göre tüketicilerin hastane tercihinde hastanenin kalite hizmet sunması (%31,4) en önemli faktördür. Tüketicilerin hastane tercihinde etkisi olduğunu ifade ettikleri diğer etkenler; güven (%23,6), memnuniyet (%18,5), ulaşım kolaylığı (%13,2), ileri teknolojiye sahip olması (%9,5), tavsiye (%2,5) ve tanıtım ve reklam (%1,4) şeklinde sıralanmaktadır.

Tablo 3. Sosyo-demografik Özellikler

| | n | % |
|--------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 252 | 41,3 |
| Erkek | 358 | 58,7 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 432 | 70,8 |
| Bekâr | 178 | 29,2 |
| Eğitim Durumu | | |
| İlköğretim | 120 | 19,7 |
| Lise | 221 | 36,2 |
| Ön Lisans | 113 | 18,5 |
| Lisans | 131 | 21,5 |
| Lisansüstü | 25 | 4,1 |
| Gelir Durumu (TL) | | |
| ≤750 | 100 | 16,4 |
| 751-1500 | 240 | 39,3 |
| 1501-2250 | 183 | 30,0 |
| 2251-3000 | 40 | 6,6 |
| ≥3001 | 47 | 7,7 |
| Meslek | | |
| İşçi | 174 | 28,5 |
| Esnaf | 103 | 16,9 |
| Memur | 89 | 14,6 |
| Eğitimci | 60 | 9,8 |
| Emekli | 46 | 7,5 |
| Ev hanımı | 43 | 7,0 |
| Teknik eleman | 34 | 5,6 |
| Çiftçi | 31 | 5,1 |
| Öğrenci | 30 | 4,9 |
| Yaş | | |
| ≤25 | 95 | 15,6 |
| 26-35 | 226 | 37,0 |
| 36-45 | 178 | 29,2 |
| ≥46 | 111 | 18,2 |
| Hastane Tercihi | | |
| Kamu | 321 | 52,6 |
| Özel | 289 | 47,4 |

Marka değeri ve boyutlarına ilişkin Şekil 1'de gösterilen kavramsal modelin teorik ilişkilerin test edilmesi ve bir değişkenin diğeri üzerindeki etkisini göstermek amacıyla yapısal denklem modellemesinden yararlanılmıştır. Teorik alt yapı ile oluşturulan bu nedensel ilişkiler, yol diyagramları aracılığıyla yapısal modeli oluşturan bir dizi yapısal denkleme dönüştürülmüştür (Hair et al. 1998).

Tablo 4. Marka Değeri Boyutları Arasındaki Kovaryans İlişki

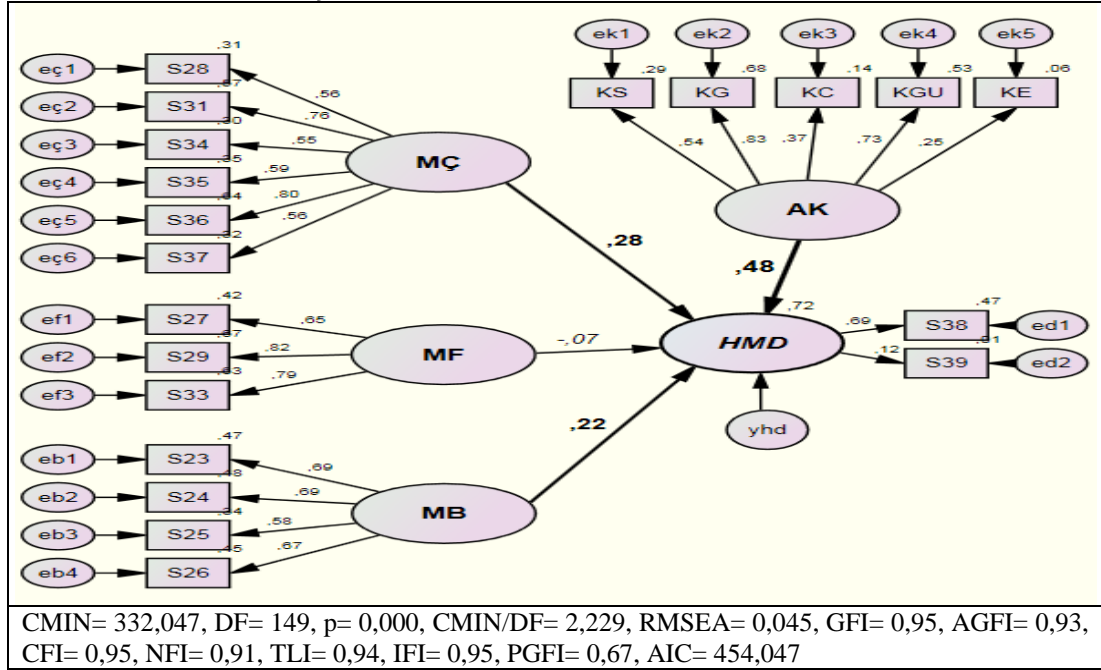
| Boyut ilişkileri | ρ | SH | t | H ₁ Hipotezi |
|---|--------|-------|--------|-------------------------|
| Marka Çağrışımları ↔ Marka Bağlılığı* | 0,716 | 0,031 | 23,013 | Kabul |
| Marka Bağlılığı ↔ Marka Farkındalığı*** | -0,076 | 0,053 | -1,423 | Red |
| Marka Farkındalığı ↔ Algılanan Kalite** | 0,125 | 0,049 | 2,532 | Kabul |
| Marka Çağrışımları ↔ Marka Farkındalığı** | 0,124 | 0,047 | 2,656 | Kabul |
| Marka Bağlılığı ↔ Algılanan Kalite* | 0,524 | 0,043 | 12,171 | Kabul |
| Marka Çağrışımları ↔ Algılanan Kalite* | 0,678 | 0,031 | 21,886 | Kabul |

* p<0,01, ** p<0,05, *** p>0,05

Tablo 4’de H₁ hipotezini test etmek amacıyla Yapısal Eşitlik Modeli kullanılarak yapılan analiz sonucunda oluşturulan Kovaryans İlişki tablosu görülmektedir. Modelde yer alan boyutlar arasındaki ilişki incelendiğinde, en yüksek ilişkinin marka çağrışımları ile marka bağlılığı arasında olduğu görülmektedir ($\rho=0,716$). İkinci ve üçüncü en yüksek ilişki sırasıyla algılanan kalite ile marka çağrışımları ($\rho=0,678$) ve algılanan kalite ile marka bağlılığı ($\rho=0,524$) arasındadır. Ayrıca marka bağlılığı ile marka farkındalığı ($\rho=0,125$) ve marka çağrışımları ile marka farkındalığı ($\rho=0,124$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Buna karşılık marka bağlılığı ile marka farkındalığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bu durumda hastane marka değeri boyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır hipotezi (H₁); algılanan kalite ile marka farkındalığı, marka bağlılığı ve marka çağrışımları; marka çağrışımları ile marka bağlılığı ve marka farkındalığı boyutları için kabul edilmiş olup; marka bağlılığı ile marka farkındalığı boyutları bakımından reddedilmiştir (Tablo 4).

Hastaneler için genel bir modellemeye ulaşabilmek amacıyla, öncelikle kamu ve özel tüm hastanelere ait gözlemler bir arada değerlendirilerek toplam 610 gözlem Yol analizi kullanılarak analiz edilmiştir (Şekil 2).

Şekil 2. Marka Değer Boyutlarının Hastane Marka Değerine Etkisini Gösteren Model Testinin AMOS Çıktısı



Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Şekil 2’de görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,95 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri ise 0,045’dir. Bu değer 0,05’in altında olması iyi uyumu ve 0,05 ile 0,08 arasındaki değerlerin kabul edilebilir uyumu (Byrne 2009) gösterdiği düşünüldüğünde RMSEA değerine göre model iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,94 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI) ise 0,91 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Modelde hastane marka değerini etkileyen boyutlar olan, algılanan kalite (AK), marka çağrışımı (MÇ), marka farkındalığı (MF) ve marka bağlılığı (MB) bağımsız değişkenler (dışsal-exogenous) olarak isimlendirilirken, bağımlı değişken olarak (içsel-endogenous) hastane marka değeri (HMD) tanımlanmıştır. Modelde marka çağrışımını oluşturan 6 ifade, marka farkındalığını oluşturan 3 ifade ve marka bağlılığını oluşturan 4 ifade yer almaktadır. Ayrıca algılanan kalite boyutunu oluşturan ifadeler SERVQUAL ölçeğinde yer alan ifadelerin oluşturduğu boyutlardan oluşmaktadır. Dolayısıyla modeldeki algılanan kaliteyi oluşturan boyutlardan KS= somutluğu, KG= güvenilirliği, KC= cevap verebilirliği, KGU= güvenceyi ve KE= empatiyi ifade etmektedir.

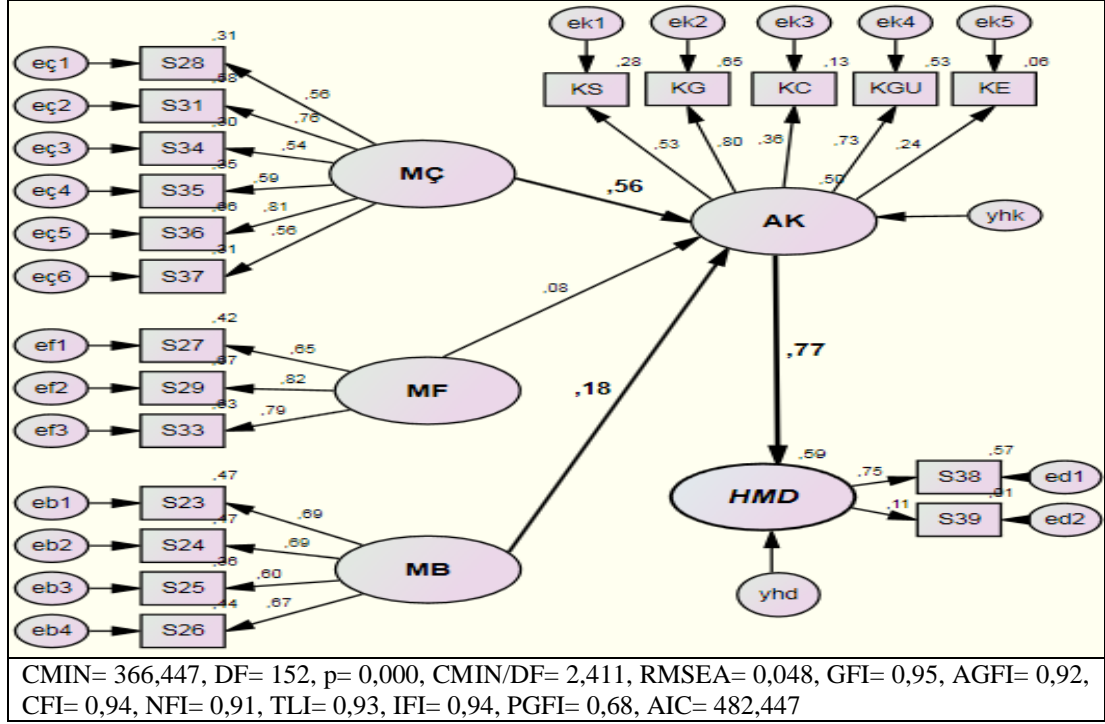
Tablo 5. Marka Değeri Boyutlarının Hastane Marka Değerine Olan Etkisi

| Boyutlar | ρ | Standart Hata | t | p |
|----------|--------|---------------|--------|--------------|
| MF → HMD | -0,07 | 0,029 | -1,246 | 0,213 |
| MÇ → HMD | 0,28 | 0,120 | 2,840 | 0,005 |
| MB → HMD | 0,22 | 0,079 | 2,536 | 0,011 |
| AK → HMD | 0,48 | 0,166 | 5,370 | 0,000 |

Algılanan kalite (tahmin değeri=0,48; t-değeri=5,370), marka çağrışımı (tahmin değeri=0,28; t-değeri=2,840) ve marka bağlılığı (tahmin değeri=0,22; t-değeri=2,536) boyutları karşılaştırıldığında, hastane marka değerini en fazla etkileyen boyut algılanan

kalitedir. Algılanan kaliteyi sırayla marka çağrışımı ve marka bağlılığı takip etmektedir. Ayrıca marka farkındalığı (tahmin değeri=-0,07; t-değeri=-1,246) boyutunun hastane marka değerine negatif yönlü bir etkisi olduğu saptanmıştır. Ancak bu etki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Tablo 5).

Şekil 3. Araştırma Modeli Testinin AMOS Çıktısı



Araştırma ikinci olarak, çalışma modelinin temelini oluşturan ve algılanan kalitenin dışındaki boyutlar olan marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığının algılanan kaliteye, algılanan kalitenin de hastane marka değerine olan etkisini ortaya koyan model de test edilmiştir. Modelde hastane marka değerini etkileyen boyutlar olan, marka çağrışımı (MÇ), marka farkındalığı (MF) ve marka bağlılığı (MB) bağımsız değişkenler (dışsal-exogenous) olarak isimlendirilirken, algılanan kalite (AK) hem bunların bağlandığı bağımlı değişken hem de hastane marka değerini etkileyen bağımsız değişken olarak isimlendirilmiştir. Ayrıca hastane marka değeri (HMD) bağımlı değişken olarak (içsel-endogenous) tanımlanmıştır (Şekil 3).

Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Şekil 3’de görüldüğü üzere, GFI değeri 0,95 ile kabul edilebilir düzeydedir. RMSEA değeri 0,048, TLI 0,93 ve NFI 0,91 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Tablo 6. Modeli Oluşturan Boyutların Etkileri

| Boyutlar | ρ | Standart Hata | t | p |
|----------|--------|---------------|--------|--------------|
| MF → AK | 0,08 | 0,011 | 1,845 | 0,065 |
| MÇ → AK | 0,56 | 0,052 | 7,034 | 0,000 |
| MB → AK | 0,18 | 0,032 | 2,726 | 0,006 |
| AK → HMD | 0,79 | 0,154 | 10,137 | 0,000 |

Marka çağrışımı (tahmin değeri=0,56; t-değeri=7,034), marka farkındalığı (tahmin değeri=0,08, t-değeri=1,845) ve marka bağlılığı (tahmin değeri=0,18; t-değeri=2,726) boyutları karşılaştırıldığında, algılanan kaliteyi en fazla etkileyen boyut marka çağrışımıdır. Marka çağrışımını marka bağlılığı ve marka farkındalığı takip etmektedir. Ancak marka farkındalığının algılanan kaliteye olan etkisi anlamlı çıkmamıştır. Diğer taraftan algılanan kalitenin (tahmin değeri=0,77; t-değeri=10,063) hastane marka değerine olan etkisi üç boyutun etkisiyle daha da artmıştır. Bu durumda “H₂: Algılanan kalitenin hastane marka değeri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır” hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 6).

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde önemi yeni yeni fark edilen, işletmelerin faaliyetlerini sürdürmede önemli bir etkisi bulunan ve işletmelerin finansal kazançları üzerinde belirleyici rol oynayabilen tüketici temelli marka değeri yaklaşımı benimsenmiştir. Bu amaçla çalışma ile sağlık hizmeti tüketicilerinin genel olarak hastane marka değeri algılarını belirlemede temel rol oynadığı düşünülen marka çağrışımı, marka farkındalığı, marka bağlılığı ve özellikle de algılanan kalite boyutları ampirik olarak incelenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hastane marka değerini doğrudan etkileyen boyutlar arasında en yüksek etkiye, algılanan kalite sahiptir. Marka değerinin, bir markanın hem soyut hem de somut kalite algısı ile belirlendiği yönündeki görüşler de algılanan kalitenin en temel hastane marka değeri belirleyicisi olduğunu teyit eder niteliktedir.

Araştırmada “hastanenin kişilerin inançlarına ve etnik kökenlerine saygılı davranması, şikâyetlerin dikkate alınması, teknolojik gelişmelere ayak uydurması, başarılı olması ve hastalara rakiplerine göre daha fazla önem vermesi” gibi ifadelerin yer aldığı marka çağrışımı boyutu hastane marka değeri boyutlarından algılanan kaliteden sonra ikinci yüksek etkiye sahip boyuttur. Ayrıca marka çağrışımı, marka farkındalığı ve marka bağlılığına göre hem algılanan kaliteye en fazla etki eden hem de algılanan kalite üzerinden hastane marka değerine en fazla dolaylı etkisi olan boyuttur. Dikkat çekici diğer bir sonuç, marka çağrışımının hastane marka değerine algılanan kalitenin üzerinden olan dolaylı etkisinin, doğrudan etkisinden daha yüksek olmasıdır. Bu sonuçlardan hareketle, hastanelerin, hastaların istek ve beklentilerini dikkate alarak, onlara önem verildiğini hissettirmesinin tüketicilerdeki marka çağrışım düzeyini olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Flexner ve Berkowitz’in (1979) 1465 kişi üzerinde yaptıkları ve kişileri bağlı oldukları bir hekimi olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayırdıkları çalışmada da, her iki grubunda hastane seçiminde daha iyi muayene eden hastanelere öncelik verdikleri bulunmuştur. Dolayısıyla hastanelerin öncelikli olarak temel işlevleri olan tedaviye ilişkin unsurlarını ve fiziksel imkânlarını tüketicilerin beklentilerini karşılayacak şekilde geliştirmeleri önemli bulunmaktadır.

Araştırmada marka farkındalığının hastane marka değeri üzerinde doğrudan veya dolaylı anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Hastanelerin marka değerlerini ön plana çıkaracak şekilde reklam yapmalarının kısıtlanmış olmasının bu sonucun çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hastanelerin marka farkındalığını oluşturmak ve geliştirmek için çarpıcı logo ve sloganlar kullanmaları ve yeni hizmet alanlarına girdiklerinde kurumsal reklamcılık gibi aktiviteler ile müşterilerinin dikkatini çekecek faaliyetlerde bulunmaları önerilmektedir.

Hastane marka değerini etkileyen bir diğer boyut ise marka bağlılığıdır. Araştırmanın sonuçlarına göre marka bağlılığı algılan kalite ve marka çağrışımından sonra hastane marka değerini etkileyen üçüncü boyuttur. Erdem ve arkadaşlarının (2008) Elazığ’da hasta

memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada; hasta bağlılığının en fazla ilgi ve nezaket boyutundan etkilendiği bulunmuştur. Torres et al. (2009) Şili’de hastaların sağlık kuruluşuna olan bağlılığını geliştirme sürecine, doktorun ve doktorun sahip olduğu itibarın etkisini araştırdıkları çalışmalarında, doktorun itibarının olumlu olmasının hasta güven ve memnuniyetini de olumlu etkileyerek hasta bağlılığını sağlayacağı bulunmuştur. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin genel değerlendirilmesinde hasta-hekim ilişkisi kritik öneme sahiptir. Hasta bağlılığında genel olarak öncelikle doktor, arkadaş ve aile tavsiyeleri etkili olmaktadır (Spake, Bishop 2009).

Sonuç olarak markaya bağlı müşteriler oluşturmak ve bunu sürekli kılmak en büyük getirisi, yüksek değerde bir markaya sahip olmaktır. Hastane yöneticilerinin tüketicilerin hastaneye bağlılık düzeylerini geliştirmeleri bu bakımdan önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde müşteri bağlılığı ihtiyaç duyulan hizmetten önemli düzeyde etkilenmekle birlikte, resepsiyon, tetkik, teşhis ve ev idaresi gibi süreçlerde sunulan kaliteli hizmet müşteri bağlılığını ve buna bağlı olarak hastane marka değerini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aaker D. A. (1991) **Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name**. The Free Press, New York.
2. Aaker D. A. (1996) Measuring Brand Equity Across Products and Markets. **California Management Review** 38(3): 102-120.
3. Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S. ve Yıldırım, E. (2005) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı**. Sakarya Kitabevi, Sakarya.
4. Andaleeb S. S., Siddiqui N. and Khandakar S. (2007) Patient Satisfaction with Health Services in Bangladesh. **Health Policy and Planning** 22(4): 268–273.
5. Apaydın F. (2009) Sağlık İşletmelerinde Marka Yönetimi. İçinde: A. Coşkun ve A. Akın (ed.) **Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
6. Ar A. A. (2007) **Marka ve Marka Stratejileri**. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
7. Atılğan E. (2005) Marka Değeri Belirleyicilerinin Uluslararası Analizi. **Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Antalya.
8. Bal H. (2001) **Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri**. Süleyman Demirel Üniversitesi Basımevi, Isparta.
9. Bohrer M. F. (2007) Discriminant Analysis of Aaker’s Brand Equity Model on Top-Of-Mind Awareness/Brand Preference Congruence in Prospective Hospital Patients. **Anderson University, Doctor of Business Administration**
10. Buil I., De Chernatony L. and Martinez E. (2008) A Cross-National Validation of The Consumer-Based Brand Equity Scale. **Journal of Product & Brand Management** 17(6): 384–392.
11. Byrne B. M. (2009) **Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Application, and Programming**. Routledge, New York.

12. De Chernatony L., Drury S. and Segal-Horn S. (2004) Identifying and Sustaining Services Brands' Values. **Journal of Marketing Communications** 10(2): 73-93.
13. Erdem R., Rahman S., Avcı L., Demirel B., Köseoğlu S., Fırat G., Kesici T., Kırmızıgül Ş., Üzel S. ve Kubat C. (2008) Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 31(2): 95-118.
14. Faircloth J. B. (2005) Factors Influencing Nonprofit Resource Provider Support Decisions: Applying The Brand Equity Concept to Nonprofits. **Journal of Marketing** 13(3): 1-15.
15. Flexner W. A. and Berkowitz E. N. (1979) Marketing Research in Health Services Planning: a Model. **Public Health Reports** 94(6): 503-513.
16. Greenawalt B. J. (2001) Can Branding Curb Burnout? **Nursing Management** 32(9): 26-31.
17. Grewal D. (1995) Product Quality Expectations: Towards An Understanding of Their Antecedents and Consequences. **Journal of Business and Psychology** 9(3): 225- 240.
18. Hair J., Anderson R. E., Tahtam R. L. and Black W. C. (1998) **Multivariate Data Analysis**. Prentice Hall Inc, New Jersey, USA.
19. Kavuncubaşı Ş. (2000) **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
20. Keller K. L. (2003) **Strategic Brand Management: Building, Measuring and Managing Brand Equity**. Prentice Hall, New Jersey.
21. Kim H. and Kim W. G. (2005) The Relationship Between Brand Equity and Firms' Performance in Luxury Hotels And Chain Restaurants. **Tourism Management** 26(4): 549-560.
22. Kim K. H., Kim K. S., Kim D. Y., Kim J. H. and Kang S. H. (2008a) Brand Equity in Hospital Marketing. **Journal of Business Research** 61(1): 75-82.
23. Kim W. G., Jin-Sun B. and Kim H. J. (2008b) Multidimensional Customer-Based Brand Equity and Its Consequences in Midpriced Hotels. **Journal of Hospitality & Tourism Research** 32(2): 235-254.
24. Lassar W., Mittal B. and Sharma A. (1995) Measuring Customer-Based Brand Equity. **The Journal of Consumer Marketing** 12(4): 11-19.
25. Loehlin J. C. (2004) **Latent Variable Models; an Introduction to Factor, Path, and Structural Equation Analysis**. Lawrence Erlbaum Associates, London.
26. Mangini M. K. (2002) Branding 101. **Marketing Health Research** 22(3): 20-23.
27. Pappu R., Quester P. G. and Cooksey R. W. (2005) Consumer-Based Brand Equity: Improving The Measurement – Empirical Evidence. **Journal of Product & Brand Management** 14(3): 143-154.

28. Parasuraman A., Zeithaml V. A. and Berry L. L. (1988) Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality. **Journal of Retailing** 64(1): 12-40.
29. Petromilli M. and Michalczyk D. (1999) Your Most Valuable Asset: Increasing the Value of Your Hospital Through Its Brand. **Marketing Health Services** 19(2): 4-9.
30. Schultz D. E. (2005) The Loyalty Paradox; What is Brand Loyalty After All? **Marketing Management** 14(5): 10-11.
31. Spake D. F. and Bishop J. S. (2009) The Impact of Perceived Closeness on The Differing Roles of Satisfaction, Trust, Commitment, and Comfort on Intention to Remain With A Physician. **Health Marketing Quarterly** 26(1): 1-15.
32. Tek Ö. B. ve Özgöl E. (2005) **Modern Pazarlama İlkeleri**. Birleşik Matbaacılık, İzmir.
33. Torres E., Vasquez-Parraga A. and Barra C. (2009) The Path of Patient Loyalty and the Role of Doctor Reputation. **Health Marketing Quarterly** 26(3): 183-197.

Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki

Songül ÇINAROĞLU *
Bayram ŞAHİN **

ÖZ

Katastrofik sağlık harcaması cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı geliri ya da harcamasının belirli bir miktarını aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu miktar arttıkça hanehalkları üzerinde yoksullaştırıcı etkide bulunarak finansal açıdan yıkıcı sonuçlar meydana getirmektedir. Bu etkinin daha çok orta ve düşük gelirli ülkelerde görüldüğü bilinmekle birlikte, informal ekonomilere sahip gelişmiş ülkelerde de katastrofik sağlık harcaması insidansının oldukça yüksek olduğu görülebilmektedir. Toplumda yoksul kesimlerin sağlık hizmeti kullanımını tehdit eden bu harcamaların azaltılmasına yönelik olarak sağlıkta politika belirleyicilerin farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Bu nedenle bu çalışmada katastrofik sağlık harcaması ve beraberinde ortaya çıkan yoksullaştırıcı etkinin tanımı ve anlamı açıklanarak, katastrofik sağlık harcaması insidansını belirleyen faktörler ve farklı ülkelerde bu harcamaların durumu ortaya konulmuş, bu harcamalar ile mücadele etmek konusunda politika belirleyicilere yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Katastrofik Sağlık Harcaması, Yoksullaştırıcı Etki, Cepten Sağlık Harcaması*

Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment Effect

ABSTRACT

Catastrophic health expenditure arises when out of pocket health expenditures of households exceeds a certain amount of household income or expenditure. Increase in this amount has an impoverishment affect on households and brings financially devastating results. It is known that this effect mostly occur in middle and low income countries, it can be seen that the incidence of catastrophic health expenditure is high in developed countries, which are have informal economies. Health policy-makers' awareness should be increased towards reducing these expenditures which are threatening usage of health services for poor people in the community. Therefore in this study the definition and meaning of catastrophic health expenditure and impoverishment effect was explained, factors determining catastrophic health expenditure incidence and the situation of these expenditures in different countries was illustrated and recommendations was made for policy-makers' to fight against these expenditures.

Keywords: *Catastrophic Health Expenditure, Impoverishment Effect, Out of Pocket Health Expenditure*

I. GİRİŞ

Yoksulluk ve yoksullukla mücadele günümüzün küresel sorunlarından birisidir ve ülkelerin kalkınma ve gelişmelerinin sağlanabilmesi için yoksullukla mücadele temel bir gerekliliktir. Bu amaçla Dünya Bankası 2030 yılı için yoksullukla mücadele amacıyla, dünya üzerinde günlük 1.25\$'dan daha az bir miktar ile yaşamını sürdüren insan sayısının azaltmayı temel bir hedef olarak belirlemiştir (WB 2015). Dünya Bankası'nın yanı sıra, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler, OECD gibi çok sayıda küresel aktör tarafından dikkat çekilen yoksulluk ile etkin bir şekilde mücadele etmek, küresel kalkınma için temel

* Arş Gör. Uzm. Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık İdaresi Bölümü, cinaroglus@hotmail.com

** Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık İdaresi Bölümü, baysahin@hacettepe.edu.tr

bir gerekliliktir. Bu mücadelede temel varlık nedeni sosyal fayda yaratmak olan ve bu sayede toplumun tüm kesimlerinin en nitelikli sağlık hizmetlerine erişimini sağlanmanın temel teşkil ettiği sağlık sektöründe, yoksullukla mücadele herkesin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımını beraberinde getirmektedir.

Her ülke için kalkınmanın temel gerekliliklerinden birisi olan daha nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu sayesinde toplumun tüm kesimlerinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişiminde kolaylıklar sağlanabilecektir (Haines, Cassels 2004). Bu hedef beraberinde toplumda sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı olup, sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyan bireyler için, sağlık hizmeti kullanımına yönelik politika ve planların, sağlıkta politika belirleyicilerin gündeme almalarını gerektirmektedir. Böylesi bir gündem oluşturulmadan önce yapılması gerekenlerin başında sağlık sistemine yönelik genel bir performans değerlendirmesi yapmak gelmektedir. Bu sayede sağlık sistemi için kapsamlı bir değerlendirmede bulunulabilecek, yapılan değerlendirmelerde sağlık sistemi performansının artırılması için gerekli alanlar tespit edilebilecektir. Sağlık sistemi performansının değerlendirilmesinde var olan çok çeşitli yaklaşımlar içerisinde, bu değerlendirmelerde sağlık sisteminin varlığı ve devamlılığı için vazgeçilmez bir önem taşıyan sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık harcamalarının merkezde bulunduğu görülmektedir (Wagstaff, Doorsler 1992).

Sağlık sistemi performansının sağlık hizmetlerinin finansmanı esas alınarak değerlendirilmesinde ön plana çıkan temel finansman yöntemleri arasında; (1) genel vergiler (2) sosyal sigorta katkı payları (3) özel sigorta katkı payları ve (4) cepten yapılan ödemeler bulunmaktadır (Wagstaff, Doorsler 1992). Bu sağlık hizmetleri finansman yöntemleri arasında, daha çok genel vergilerin kullanıldığı bilinmekle birlikte, birçok ülkede diğer finansman yöntemlerinden de önemli ölçüde yararlanıldığı görülmektedir. Bir sağlık hizmetleri finansman yöntemi olan cepten sağlık harcamaları ise hanehalkları tarafından doğrudan yapılan ödemeleri temsil etmektedir. Gelişmişlik düzeyi düşük, sağlık sigorta sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsamaktan uzak olduğu, toplumun genel sağlık düzeyinin düşük olduğu ve sosyal yardımların yeterince gelişmediği ülkelerde sağlık hizmetleri finansman yöntemleri içerisinde, hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için doğrudan yapılan ödemeleri temsil eden, cepten sağlık harcamalarının son derece yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlık sisteminin işleyişi ile ilgili belirlenen politika ve kurallar çerçevesinde sağlık sisteminin finansmanında devamlılığı sağlamaya yönelik katkılar sunan cepten sağlık harcamalarının miktarı arttıkça, hanehalkları en temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişmek noktasında zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Sağlık sektörünün temel bir ilkesi olan “sosyal fayda” ilkesine zarar vererek, belirlenen sağlık politikaları sonucunda toplumun ekonomik açıdan dezavantajlı gruplarının refah seviyesinde azalmaya neden olan bu sorun, ülke genelinde ekonomik ve refah göstergelerinde düşüşü beraberinde getirmektedir. Toplumun özellikle gelir düzeyi düşük olan, yoksul kesimlerinin tehdit eden bu durumu daha ayrıntılı olarak ele alan araştırmacılar, cepten sağlık harcaması miktarının artışı sonucunda hanehalklarının karşı karşıya kaldıkları finansal açıdan zorlayıcı durumları katastrofik ve yoksullaştırıcı etki olmak üzere iki özel durum ile isimlendirmişlerdir. Buna göre cepten yapılan sağlık harcaması miktarının artması hanehalklarını en temel ihtiyaçlarını karşılamak noktasında zor durumda bıraktığında katastrofik etki yaratmakta, bu etki finansal açıdan yıkıcı hale dönüştüğünde ise yoksullaştırıcı etki ortaya çıkmaktadır (Raban ve diğerleri 2013).

Bu çalışmada sağlık sisteminin devamlılığı ile toplum genelinde gelişmişlik ve genel refah düzeyinin önemli bir unsur olan cepten sağlık harcamalarının toplumun yoksul kesimleri üzerinde yarattığı finansal yükün artışı durumuna işaret eden katastrofik ve

yoksullaştırıcı etki kavramları açıklanmış, katastrofik ve yoksullaştırıcı etkinin tespiti ve temel belirleyicileri, cepten sağlık harcamaları nedeniyle katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiye maruz kalan ülke örnekleri ile bu etkilerden korunmak için politika belirleyicilere yönelik öneriler sunulmuştur.

II. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ NEDİR?

Sağlık sistemlerinin temel fonksiyonu tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımı ve kullanımının sağlanmasıdır. Sağlık alanında uygulanan politika değişikliklerinden toplum genelinde ne ölçüde fayda sağlandığını temsil eden “sağlıkta sosyal fayda” prensibine ne ölçüde uyulduğunu belirleyen bu durum, sağlık sisteminin gelişimini sağlayacak bir ön koşuldur. Toplumun tüm kesimlerinin nitelikli sağlık hizmeti kullanamamaları durumunda ortaya çıkan ve sağlıkta sosyal fayda ilkesinin zarar görmesine neden olan cepten sağlık harcamalarının artışı sonucunda katastrofik ve yoksullaştırıcı etki meydana gelerek; refah düzeyi düşük, henüz gelişmemiş ve gelişmekte olan ülke ekonomileri için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Sağlık sistemi finansman yöntemleri içerisinde vergilerle finansman büyük paya sahip olup, sağlık sistemini büyük ölçüde vergilerle finanse eden ülkeler olsa da, herhangi bir ülkede sağlık sisteminin yalnızca vergiler yolu ile finanse edilmesi son derece zordur. Bu nedenle birçok ülkede sağlık sistemlerinin büyük bir çoğunluğu sağlık hizmetleri kullanıcıları tarafından yapılan ilave katkılar başka bir deyişle cepten yapılan harcamalar yolu ile finanse edilmektedir. Bu ilave katkıların miktarı hanehalklarını finansal açıdan zorlayıcı durumlar ile karşı karşıya bırakabilmektedir (Yardım ve diğerleri 2014). Genel kabul görmüş bir yaklaşıma göre katastrofik sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcamalarının, hanehalklarının temel yaşam ihtiyaçlarını karşılamalarını sağlayan harcamaları belirli bir oranda aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu durum arttıkça hanehalklarını gittikçe yoksullaştıran bir etki yaratmaktadır (Limwattananon ve diğerleri 2013).

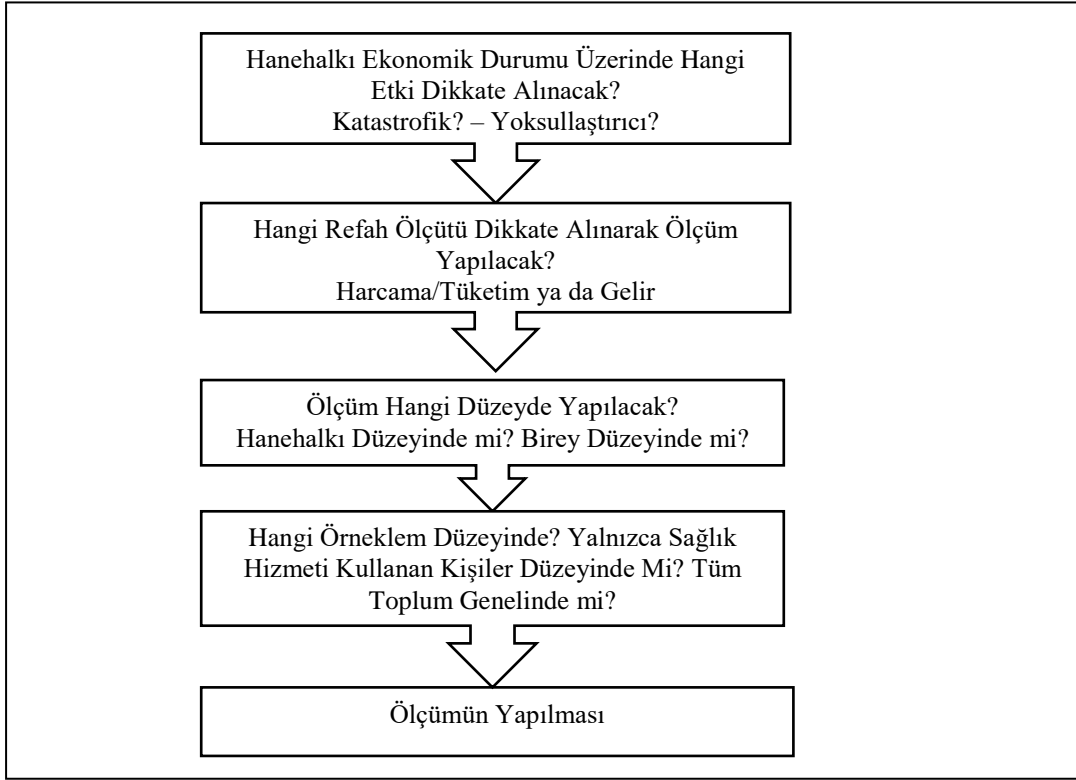
Genel bir değerlendirmede bulunulduğunda sağlık için yapılan ortalama harcamalar ulusal yoksulluk sınırının altında olduğunda yoksullaştırıcı etki meydana gelmektedir (Limwattananon ve diğerleri 2007). Cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı refah düzeyi üzerindeki yoksullaştırıcı etkisi katastrofik sağlık harcaması yolu ile tespit edilebilmektedir ancak bu etkinin tespit edilmesinden önce yoksulluk ile ilgili genel tanımlamalara değinmekte fayda vardır. Yoksulluk ile ilgili genel tanımlamalarda bulunan Moller ve diğerleri (2003)’e göre yoksulluğun ölçümünde mutlak yoksulluk, göreceli yoksulluk ve insani yoksulluk olmak üzere üç temel yoksulluk türünden bahsetmek mümkündür. Bu yoksulluk türleri içerisinde mutlak yoksulluk, hanehalkının ya da bireyin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmesi için gerekli olan en temel ihtiyaçlarını karşılayamaması durumudur. Bu tanım kapsamına giren kişilerin yaşamı ciddi bir tehdit altına girmekte hatta bu kişiler ölüm riski ile bile karşı karşıya kalabilmektedirler (TUIK 2013). Yoksulluk ile ilgili ön plana çıkan bir başka tanım olan göreceli yoksulluk ise, kişilerin toplumun genel refah düzeyinin altında kaldıkları ve topluma sosyal katılımlarının mümkün olmadığı durumu ifade etmektedir (Marks 2007; Alem ve diğerleri 2014). Göreceli yoksulluk kavramının mutlak yoksulluk kavramından farkı ise, göreceli yoksulluk kavramının bireyin gereksinimlerini toplumdaki diğer kişiler ile karşılaştırıldığında ne ölçüde karşılayabilir olup olmadığı ile ilgili olması yani göreceli olma özelliğidir. Yoksulluk ile ilgili ön plana çıkan bir başka kavram ise insani yoksulluk kavramıdır. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından ortaya atılan bir diğer kavram olan insani yoksulluk kavramı, insan kaynaklarının gelişimi, özgürlük, altyapı, temiz su kaynaklarına erişim gibi oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır (BM 2011). Hanehalklarının cepten sağlık harcamaları nedeniyle karşı karşıya kaldıkları

katastrofik ve yoksullaştırıcı etkileri farklı şekillerde tanımlandıkları görülmekle birlikte, hanehalklarının bu etkilere maruz kalıp kalmadıklarının tespit edilmesinde farklı yaklaşımlar vardır. Bununla ilgili olarak aşağıda katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkilerin nasıl tespit edildiği üzerinde durulmuştur.

III. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ NASIL TESPİT EDİLİR?

Katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkinin tespit edilmesinde değerlendirmeye alınan temel başlıklardan birisi gelirdir. Hanehalkları tarafından elde edilen gelirin gerçek ölçütünün ne olduğu konusu sürekli sorgulanmaktadır. Bu sorgulamalarda ulaşılan en temel yargıların başında hanehalkı gelirin hanehalkı tüketiminden daha yüksek bir miktara karşılık geldiği bulunmaktadır (Arsenijevic ve diğerleri 2013). Buna göre hanehalkları elde ettikleri gelirin bir kısmını zorunlu tüketim harcamaları, bir kısmını isteğe bağlı tüketim harcamaları, bir kısmını ise yatırım amaçlı harcamalar için kullanabilmektedirler. Genel bir değerlendirmede bulunulduğunda, ülke vatandaşları tarafından elde edilen kullanılabilir gelir ile tüketim ihtiyaçlarının ne derecede karşılanabildiği konusu ülke genelinde refah düzeyini belirleyen temel konular arasında yer almakla birlikte, hanehalkı refah seviyesinin ölçümü konusunda Haughton ve Khandler (2009) ile O'Donell ve diğerleri (2008) tarafından belirtildiği üzere tek bir ölçütten söz etmenin mümkün olmadığı görülmektedir.

Herhangi bir ülkede refah ve kalkınmanın temel bir göstergesi olan toplumun sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım seviyesini tespit etmeye yönelik olarak farklı ülkelerde hanehalklarına uygulanmak üzere geliştirilmiş anketlerin en iyi birleşimi oluşturulmaya çalışılmaktadır (Xu ve diğerleri 2003). Şekil 1'de Arsenijevic ve diğerleri (2013) tarafından katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkinin belirlenmesi süreci açıklanmaktadır. Buna göre ölçüm süreci öncelikle katastrofik ya da yoksullaştırıcı etkilerden hangisine yönelik ölçüm yapılacağına tespiti ile başlamaktadır. Sonraki aşamada harcama/tüketim ya da gelir ölçütlerinden hangisinin bir refah ölçütü olarak ele alınacağına karar verilmektedir. Bir sonraki aşamada ise ölçümün hanehalkı düzeyinde mi yoksa birey düzeyinde mi yapılacağı tespit edilmektedir. Ölçümün yalnızca sağlık hizmeti kullanan kişiler düzeyinde mi yoksa tüm toplum genelinde mi yapılacağına karar verildikten sonra ise ölçüm gerçekleştirilmektedir.

Şekil 1. Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etkinin Belirlenmesi Süreci

Kaynak: Arsenijevic ve diğerleri 2013

Katastrofik sağlık harcaması hanehalkı ödeme gücü (kapasitesi) ile ilişkilendirildiğinde sağlık ile ilgili maliyet artışı durumunda bunun doğrudan bir katastrofik etki yaratacağı düşünülebilmektedir. Oysaki katastrofik sağlık harcaması her zaman sağlık ile ilgili maliyetlerin artışı durumunda ortaya çıkmayabilmektedir. Bu konuda değerlendirme yapılırken ülke genelinde sağlık politikası ve sağlık finansman sistemlerinin dikkate alınarak, sağlık sektörünün sistem yaklaşımı ile değerlendirilmesinde fayda vardır. Örneğin bir cerrahi işlem maliyeti çok yüksek olmasına rağmen bu sağlık hizmeti sigorta kapsamında ise ve kişiler bu hizmet için ekstra bir ücret ödemiyorlarsa bu amaçla yapılan harcama bir katastrofik sağlık harcaması olarak kabul edilmeyebilmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Literatürde katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkinin tespit edilmesinde en temel yaklaşım ise eşik değer yaklaşımıdır.

3.1. Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etkinin Tespitinde Eşik Değer Yaklaşımı

Katastrofik sağlık harcamasının tespitinde harcama yaklaşımını esas alan yaklaşıma göre katastrofik sağlık harcaması cepten yapılan sağlık harcamalarının kişilerin yaşantılarını sürdürebilmek için yaptıkları temel harcamaların dışında kalan toplam harcamalarının belirli bir kısmını aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Geliri esas alan yaklaşım dikkate alındığında ise katastrofik sağlık harcamasının cepten yapılan sağlık harcamasının hanehalkı gelirinin ne kadarlık bir kısmını aşması durumunda ortaya çıkacağı ile ilgili olarak literatürde tartışmalar mevcut olmakla birlikte katastrofik sağlık harcamasının toplam gelirin %5 ya da %20 gibi bir kısmını aşması durumunda ortaya çıktığı belirtilmektedir (Wyszewianski 1986; Berki 1986; Xu ve diğerleri 2003). Bu sınır ile ilgili olarak literatürde bir fikir birliği bulunmamakla birlikte genellikle Dünya Sağlık Örgütü tarafından “adil finansman” miktarı olarak kabul edilen sınırın esas alındığı bilinmektedir. Xu ve diğerleri (2005) tarafından belirlenen metodolojiye uygun olarak hanehalklarının katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiye

maruz kalma durumlarının hesaplanmasında cepten yapılan sağlık harcamalarının ödeme gücüne (kapasitesine) oranı esas alınmaktadır. Ödeme gücünün hesaplanabilmesi için öncelikle eşdeğer hanehalkı büyüklüğünün (eşsize) hesaplanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Eşdeğer hanehalkı büyüklüğü hanelerin yetişkin-çocuk bileşimlerindeki farklılıklar dikkate alınarak farklı büyüklük ve bileşimlerdeki hanehalkları arasında karşılaştırmalara imkan sağlamaktadır. Bunun için her bir hanehalkı büyüklüğünün kaç yetişkine (eşdeğer fert sayısı) denk olduğunu belirlemek amacıyla eşdeğerlik ölçeği hesaplanmaktadır. Eşdeğer hanehalkı büyüklüğü hesaplandıktan sonra yoksulluk sınırının hesaplanması gerekmektedir. Gıda harcamasının toplam tüketim harcaması içindeki payına göre sıralı %45-%55 arasında kalan hanelerin, eşdeğer fert başına gıda harcamalarının ortalaması yoksulluk sınırı olarak belirlenmektedir. Daha sonra ise eşdeğer hane büyüklüklerine göre geçinme sınırı belirlenmektedir. Buna göre; hanenin harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen yoksulluk sınırından küçük olan haneler “yoksul” olarak nitelendirilmektedir. Hanenin ödeme kapasitesi hanenin geçinme sınırı dışında kalan harcaması olarak tanımlanmaktadır. Hanenin ödeme kapasitesi bulunduktan sonra sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı hesaplanabilmektedir. Katastrofik sağlık harcaması yapanları bulmak için ise sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı %40 ve daha büyük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması yapan haneler” olarak nitelendirilmektedir. Sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hanelerin bulunmasında ise yoksul olmayıp (yani harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen geçinme sınırından büyük olup) sağlık dışında kalan harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen geçinme sınırından küçük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler” olarak nitelendirilmektedir (Gotsadze ve diğerleri 2009; Xu ve diğerleri 2005; Xu ve diğerleri 2003; O'Donnell ve diğerleri 2008; Wagstaff 2008). Weraphong ve diğerleri (2013) tarafından yapılan araştırmada katastrofik sağlık harcamasının, bir aylık bir zaman süreci içerisinde hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı toplam sağlık harcamasının %10'dan fazlasına ulaşması durumunda ortaya çıktığı belirtilmektedir. Xu ve diğerleri (2005) tarafından hazırlanan raporda OECD'ye üye ülkelerde toplam sağlık harcaması içerisinde cepten yapılan ödemelerin payı incelendiğinde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içerisindeki oranının %15'den daha az olması durumunda daha az sayıda hanehalkının katastrofik ödeme yapmak durumunda kaldığı belirtilmektedir.

IV. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ İNSİDANSININ TEMEL BELİRLEYİCİLERİ

Hanehalkları hangi özelliklere sahip olduklarında katastrofik sağlık harcaması yapmak durumunda kalmakta ve yoksullaştırıcı etkiye maruz kalmaktadırlar? Bu sorunun yanıtını vermek amacıyla; ülke genelinde refah düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı, sağlık sigortası ile ilgili olanaklar, sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi ile ilgili yapısal faktörler ile hanehalklarının demografik özelliklerine odaklanmak yerinde olacaktır.

Ülke düzeyinde cepten yapılan sağlık harcamaları katastrofik sağlık harcamasının tek başına bir belirleyicisi değildir (Xu ve diğerleri 2003). Katastrofik sağlık harcaması miktarındaki değişim ülkelerin ekonomik güç seviyesindeki farklılıklar, sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyi, risk havuzlama mekanizmalarının mevcut olup olmaması gibi temel faktörlerden etkilenmektedir. Ülke genelinde hangi hanehalklarının katastrofik sağlık harcaması bakımından daha fazla risk altında olduklarının tahmininde regresyona dayalı tahmin yöntemleri kullanılarak katastrofik sağlık harcamasının belirleyicilerinin neler olduğu tespit edilebilmekte ve bu sayede hanehalklarını finansal riskten korumaya yönelik önlemler alınabilmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Buna göre sağlık sigortası kapsamında olmak, katastrofik sağlık harcaması insidansının temel belirleyicilerinden birisidir. Bu konuda Limwattananon ve diğerleri (2007) tarafından Tayland'da yapılan araştırma sonuçlarına göre

genel sağlık sigortası uygulaması başlamadan önce katastrofik sağlık harcaması insidansı %5,4 iken ülke genelinde tüm vatandaşların sigorta kapsamına alınmasından sonra bu oran %3'lere kadar gerilemiştir. Benzer bir eğilim yoksullaştırıcı etki insidansı için de söz konusu olmuştur. Genel sağlık sigortası uygulanmaya başlamadan önce yoksullaştırıcı etkiye maruz kalan hanehalkı oranı %18,3 iken genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlanmasından sonra bu oran %8-10'a kadar gerilemiştir (Limwattananon ve diğerleri 2007). Bu ülke deneyimi ülke genelinde sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi sayesinde katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin azaldığını ortaya koymaktadır.

Katastrofik sağlık harcaması insidansını belirleyen faktörler hanehalkı düzeyinde düşünüldüğünde hanehalkı reisinin eğitim seviyesinin yüksek olması, kentsel yerleşim yerlerinde yaşıyor olmak, hanehalkı bireyleri arasında yaşlı ya da engelli bireylerin olması, hanehalkı içerisinde işsizlerin olmasının da katastrofik sağlık harcaması insidansını artıran faktörler oldukları belirtilmektedir (Başar ve diğerleri 2012; Wyszewianski 1986; Berki 1986). Katastrofik sağlık harcaması insidansının belirleyicileri tıbbi nedenler ve yapısal nedenler olmak üzere iki temel başlıkta incelendiğinde ise, kronik hastalıklar ile mücadelenin hanehalklarını finansal açıdan önemli ölçüde zorladığı belirtilmektedir (Arsenijevic ve diğerleri 2013). Yapısal faktörler ele alındığında ise bir kamu hastanesinden hizmet almaya nazaran özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almanın daha fazla katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmaya neden olacağı söylenebilmektedir (Weraphong ve diğerleri 2013).

Katastrofik sağlık harcaması insidansını belirleyen faktörler ile ilgili olarak Sırbistan'da hanehalkları üzerinde yapılan araştırmada; kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan, kronik hastalığa sahip olan hanehalklarının daha fazla katastrofik sağlık harcamasında buldukları tespit edilmiştir. Ayrıca bu hanehalkları için algılanan sağlık statüsünün katastrofik sağlık harcamasında bulunma üzerinde ciddi bir etkisinin bulunduğu da belirtilmiştir. Bu nedenle Sırbistan'da yaşayan kişilerin başta kronik hastalığı olan ve kırsal bölgelerde yaşayanlar olmak üzere katastrofik sağlık harcamasından korunmasına yönelik stratejiler belirlenmesi önem taşımaktadır (Arsenijevic ve diğerleri 2013).

Katastrofik sağlık harcaması insidansını artıran diğer faktörler ise ulaşım ile ilgili maliyetler ve bu nedenle yaşanan zaman kayıplarıdır. Buna göre sağlık bakım hizmeti almak amacıyla ulaşım için harcamada bulunmak, hiç harcamada bulunmama göre 1,47 kat daha fazla katastrofik sağlık harcamasında bulunulmasına yol açmaktadır (Weraphong ve diğerleri 2013). Hanehalkı üyelerinin sigara ya da alkol kullanımı da katastrofik sağlık harcamasının diğer belirleyicileri arasında bulunmaktadır (Devadasan ve diğerleri 2007). Katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki insidansını belirleyen faktörler farklılık göstermekle birlikte bu faktörlerin görünümü ülkeden ülkeye değişebilmektedir.

V. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ: ÜLKE ÖRNEKLERİ

Sağlık ile ilgili kaynakların kullanımı ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda dünya genelinde farklı ülkelerde farklı politikalar uygulanmaktadır. Bu politika ve uygulama farklılıklarının bir sonucu olarak sağlık harcamalarının hanehalkları üzerinde yaratmış olduğu finansal açıdan yıkıcı etki farklı ülkelerde farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır (O'Donnell ve diğerleri 2008). Cepten sağlık harcamaları nedeniyle hanehalklarının maruz kaldıkları katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin gelir sınıflamasına göre en fazla orta gelir grubunda yer alan ülkeler ile sağlık sisteminin genel bir dönüşüm sürecinden geçmekte olduğu ülkeler oldukları belirtilmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Bu ülkelerde daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişmek amacıyla başta yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere ayakta sağlık hizmetleri ile tıbbi ilaç ve tıbbi malzemeler için yapılan cepten sağlık harcamalarının

son derece yüksek olduğu bilinmektedir. Orta gelir grubunda yer alarak büyük çoğunluğu geliştirmekte olan ülke sınıflamasına dahil olan bu ülkelerde, toplum sağlığının iyileştirilmesi üzerinde ciddi bir tehdit oluşturan cepten sağlık harcamalarındaki artış, geniş toplum kesimlerinin temel sağlık hizmetleri kullanımını sınırlandırıcı bir etki yaratmakta bu durum, toplumsal refahı tehdit etmektedir (Xu ve diğerleri 2006).

Cepten sağlık harcamalarının artışı sonucunda hanehalklarının finansal açıdan zorlanması durumuna işaret eden katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerle toplum genelinde güç dengesizliklerinin mevcut olduğu, sosyal sigorta sisteminde hanehalklarını finansal risklerden korumaya yönelik sistemlerin yeterince gelişmediği, geliştirmekte olan ülkelerde daha fazla karşılaşılmaktadır. Bu ülkeler içerisinde özellikle geliştirmekte olan ve sağlık sisteminin ciddi bir dönüşüm sürecinden geçmekte olduğu Latin Amerika ülkelerinin ön plana çıktığı görülmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Bu noktada toplum genelinde cepten sağlık harcamalarının yarattığı finansal açıdan yıkıcı etkilerin tespit edilmesine yönelik ve hanehalklarının cepten sağlık harcaması hakkında yaptıkları subjektif değerlendirmelere dayanan anket tarzda çalışmaların önemi büyüktür. Ülke genelinde hanehalkı sağlık harcamalarının durumunu tespit etmeye yönelik olarak anket vb. tarzda çalışmalar konusunda eksiklikler bulunan Afrika ülkeleri gibi geri kalmış ülkelerde ise, hanehalklarının sağlık harcamaları nedeniyle finansal açıdan yıkıcı durumlar ile daha fazla karşı karşıya kaldıkları görülmektedir (Xu ve diğerleri 2003).

Katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiye maruz kalma durumunun özellikle nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu ülkeler için ciddi bir problem oluşturduğu bilinmektedir. Farklı ülkeler üzerinde nüfus yoğunluğu ile birlikte, katastrofik sağlık harcamalarının getirdiği yük doğru bir şekilde anlaşıldıktan sonra bu ülkelerde katastrofik sağlık harcamaları ile mücadeleye yönelik daha etkin politikalar belirlenebilecektir. Bu durumu tespit etmeye yönelik olarak dünya genelinde nüfus yoğunluğu ile ön plana çıkan ülkeler arasında bulunan Çin'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, nüfus yoğunluğunun cepten sağlık harcamaları yolu ile yarattığı finansal açıdan yıkıcı etkiyi ülke genelinde sağlık politika ve uygulamaları ile birlikte ele almakta fayda vardır. Bu noktada Çin'de sağlık sigortası kapsamının geçtiğimiz on yıllık süre içerisinde 2000 yılında %15 iken 2011 yılına gelindiğinde %96'ya kadar yükseldiği görülmektedir. Cepten sağlık harcamalarının azalmasında ciddi ölçüde bir role sahip olan ve sağlık sigortası kapsamında genişlemenin yaşandığı Çin'de cepten sağlık harcamalarının yarattığı katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerde önemli ölçüde azalma görülmüştür (Li ve diğerleri 2012). Nüfus yoğunluğu ile dikkat çeken ülkelere bir diğeri olan Tayland'da ise ülke genelinde hanehalklarının önemli bir kısmı sağlık sigortası kapsamında bulunmakta ancak buna rağmen katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmaya devam etmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda özellikle yataklı tedavi hizmetleri için yapılan (2000 yılında %31, 2002 yılında %15,1, 2004 yılında %14,6) cepten sağlık harcamalarının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (Limwattananon ve diğerleri 2007).

Katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiler OECD ülkeleri gibi gelişmiş ekonomiye sahip ülkeler açısından ele alındığında, Güney Amerika, Güney-Doğu Avrupa, Portekiz, Yunanistan, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi ülkelere özel sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının son derece yüksek olduğu görülmektedir (Arsenijevic ve diğerleri 2013; Limwattananon ve diğerleri 2007). OECD'ye üye olan ülkeler içerisinde özel sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık sigortası harcamalarının yüksekliği ile dikkat çeken, ABD'de geniş toplum kesimlerinin katılımı ile destek gören politikalar ile tüm toplum kesimlerinin nitelikli sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını sağlayacak sağlıkta reform uygulamaları görülse de ABD'de de OECD'ye üye olan diğer ülkelere olduğu gibi özel sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcaması payı artmaya devam etmektedir (OECD 2011).

Cepten sağlık harcamaları nedeniyle hanehalklarının maruz kaldıkları katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin fazla olduğu ülkelerin genel özellikleri arasında bulunan; orta gelir grubunda yer almak, gelişmekte olan ülkelerden birisi olmak ve sağlık sisteminin bir dönüşüm sürecinden geçmesi özelliklerini taşıyan ülkelerden birisi de Türkiye'dir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının başladığı 2003 yılından günümüze sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı noktasında birçok mesafe kaydedildiği bilinmektedir. TÜİK 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de toplumun çok büyük bir bölümü halen genel sağlık sigortası kapsamındadır ancak özel sağlık sigortası ülkemizde henüz yeterince yaygınlaşmamıştır. Türkiye'de hanehalklarının cepten sağlık harcamaları nedeniyle maruz kaldıkları katastrofik ve yoksullaştırıcı etki konusunda, Yardım ve diğçerleri (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının başladığı 2003 yılı ve sonrasında 2006, 2009 yılları incelenmiş, çalışma sonucunda sağlıkta dönüşüm programı sonrasında cepten sağlık harcamalarının hanehalkları üzerinde yarattığı katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin giderek azaldığı ortaya konulmuştur.

Görüldüğü gibi katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki farklı ülkelerde farklı şekillerde ortaya çıkmakla birlikte, sağlıkta politika belirleyiciler ve politika yapımcıların, tüm dünya genelinde giderek artan nüfus yoğunluğuna paralel bir biçimde artan sağlık ihtiyacını en iyi şekilde karşılamak ve artan sağlık harcamaları karşısında, hanehalklarının bu harcamalardan en az ölçüde zarar görmesini sağlayacak, en doğru finansman mekanizmalarını temin etmeye yönelik politika ve stratejiler belirlemelerine ihtiyaç vardır.

VI. HANEHALKLARINI KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİDEN KORUMAYA YÖNELİK POLİTİKALAR VE STRATEJİLER NELERDİR?

Herhangi bir ülkede gelir düzeyindeki yükselişe paralel bir şekilde toplumun genel refah düzeyinde de bir yükseliş görülməsi beklenmektedir. Ancak uygulamada çoğu zaman gelir düzeyindeki artışın refah seviyesi üzerinde doğrudan bir yansımalarının görülmeyişi bilinmektedir. Gelir ve refah arasındaki bu ilişki refah ekonomisinin temel tartışma konularından birisi olmakla birlikte (Dagum 1990), gelirdeki artışın toplumun refah seviyesi üzerindeki etkisinin uzun vadeli bir süreç sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Bu etkinin hızlandırılmasında uzun vadeli, kararlı ve kapsamlı politika ve stratejilerin belirlenmesi temel bir gereklilik olarak ön plana çıkmaktadır.

Ülke genelinde refah seviyesindeki artışın temel göstergelerinin başında toplumun daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımının sağlanması bulunmaktadır. Ancak ülkelerin gelir seviyelerindeki yükselişin genel refah düzeyindeki artışa uzun vadede yansımalarına paralel bir biçimde, gelirdeki yükselişin sağlık üzerindeki etkilerinin de uzun vadede ortaya çıktığı bilinmektedir. Buna göre cepten sağlık harcamalarının hanehalkı üzerinde finansal açıdan yıkıcı bir etkide bulunduğu durumu temsil eden katastrofik sağlık harcamalarının ve yoksullaştırıcı etkilerin de ülke genelinde gelir düzeyindeki genel artış ile paralel bir şekilde azalış göstermesi beklenemez. Bunun için ulusal sağlık finansman sistemlerinin yalnızca kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişimin ve kullanımlarının sağlanmasına yönelik olarak değil, aynı zamanda hanelerin finansal açıdan yıkıcı etkiye maruz kalmalarını önleyici ilave düzenlemeler ile gözden geçirilmesi gereklidir (O'Donnell ve diğçerleri 2008).

O'Donnell ve diğçerleri (2008) tarafından politika belirleyicilere, katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki ile mücadele etmeye yönelik olarak uygulanması önerilen temel stratejiler arasında;

- ❖ Sigorta sisteminin geliştirilerek, tüm nüfusun kapsama alınmasının sağlanması,

- ❖ Yoksul hanehalklarının korunması ve desteklenmesi,
- ❖ Hanehalklarının yararlanabilecekleri fayda paketlerinin düzenlenmesi ile,
- ❖ Hastalar arasında maliyet paylaşımına karar verilmesi sayılmaktadır.

Yoksul kesimlerin korunması ve finansal riskin paylaşılması ekseninde çerçevelenen bu stratejiler toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerini kullanabilmesi için temel bir gerekliliktir. Bu stratejiler içerisinde ön plana çıkanların başında sigorta sisteminin geliştirilmesi ve tüm nüfusun sigorta kapsamına alınması bulunmaktadır. Ancak bu noktada göz önünde bulundurulması gereken temel konulardan birisi, toplumun büyük bir kesiminin sağlık sigortası kapsamına alınması ile cepten sağlık harcamalarının azalışı arasında doğrudan bir ilişkinin bulunmaması durumudur. Örneğin İngiltere gibi ülkelerde sağlık sigortası kapsamının oldukça geniş olduğu bilinmesine rağmen 2012 yılında bu ülkede özel sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının oranının %56,8 gibi oldukça büyük bir miktar olduğu görülmektedir (WHO 2015). Bu durum katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki ile mücadele etmede ek bazı tedbirlerin alınması, stratejilerin belirlenmesini gerektirmektedir. Bu noktada her ülkenin kendisine özgü yerel ve bölgesel politik ve yönetim dinamiklerinin söz konusu olduğu ve bu dinamiklerin sağlık sistemine farklı şekillerde yansıdığı bilinmesi gerekmektedir. Katastrofik sağlık harcaması doğrudan sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olduğu için, farklı ülkeler için sağlık hizmetleri finansmanında daha etkin politikalar izlenebilmesini sağlamak amacıyla 1980'li yılların sonlarına doğru UNICEF ve WHO gibi uluslararası kuruluşlar tarafından çeşitli politikalar belirlenmiştir. Uluslararası kuruluşların sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımında hanehalklarının finansal açıdan yıkıcı etkilerden nasıl korunabileceği ile ilgili çalışmalarının yanı sıra sivil toplum kuruluşlarının da bu harcamaların azaltılması, toplumun finansal açıdan dezavantajlı gruplarının en etkin sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımının sağlanması noktasında politika önerilerini içeren pek çok yayınlar yaptıkları ve bu konuya dikkat çekmek üzere toplantılar düzenledikleri görülmektedir (Xu ve diğerleri 2006; WHO 2015; WB 2008). Uluslararası kuruluşların önerileri doğrultusunda hanehalklarını katastrofik sağlık harcamasından korumaya yönelik stratejiler arasında artan oranlı ücretlendirme uygulamaları, hastane hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi, sağlık hizmetleri finansman yükünün yoksul kesimlerden zenginlere doğru aktarılması ve ulusal sağlık sigortası sisteminin güçlendirilmesi ön plana çıkmaktadır. Bu stratejiler sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve gelir bakımından dezavantajlı toplum kesimleri üzerinde, sağlık hizmeti kullanımı nedeniyle oluşan finansal baskıyı azaltacak stratejilerdendir (Xu ve diğerleri 2003).

Cepten sağlık harcamalarının artışı sonucunda ortaya çıkan katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiler ile mücadele etmede uygulanması önerilen politika ve stratejilerin başarıya ulaşmasında anahtar rol oynayacak olan; genel ekonomik büyüme ve gelişmenin sağlanması, istikrar ortamının yaratılması ve kalkınmayı hızlandırıcı planlama çalışmalarına yer verilmesi, politika belirleyicilerin gündeme almaları gereken temel başlıklardandır. Bu nedenle genel istikrar ve güven ortamının yaratılarak, ekonomik büyümenin sağlanması sayesinde gelir ve istihdam artışları sağlanacak, bu gelişmeler kararlı plan ve stratejiler ile desteklendiğinde sağlık hizmetleri finansman sistemi içerisinde ekonomik açıdan dezavantajlı grupların korunması mümkün olabilecektir.

VII. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sisteminin genelinde hanehalklarının cepten sağlık harcamalarının yarattığı finansal açıdan yıkıcı etkilerden korunması sayesinde sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımında hakkaniyete erişmek mümkündür (Xu ve diğerleri 2003). Bunun nedeni herhangi bir ülkede sağlık hizmetleri finansman sisteminde katastrofik sağlık harcamasına maruz kalan hanelerin sayısının, sağlık finansman sisteminde hakkaniyetin

genel bir ölçüsü olarak görülebilmektedir (Yardım ve diğerleri 2010). Bunun için cepten yapılan sağlık harcamalarının azaltılmasını sağlamaya yönelik olarak ülke genelinde sosyal sağlık sigortası sisteminin etkin bir şekilde işletilmesi temel bir gerekliliktir (Xu ve diğerleri 2003). Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyeti sağlamanın bir teminatı olarak görülen, katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilere maruz kalan hanehalkı sayısının azaltılması sayesinde, toplumda gelir düzeyi düşük ancak sağlık harcamaları yüksek olan kişilerin daha fazla korunması sağlanabilecektir. Toplumsal huzur ve refah artışını sağlayacak olan bu durum sayesinde kalkınmada önemli mesafeler alınabilecektir. Bunların yapılabilmesi için farklı ülkelerde sağlık hizmetleri hakkaniyet açısından karşılaştırılırken hakkaniyet ölçütünün doğru bir şekilde tanımlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak literatürde farklı araştırmacılar tarafından geliştirilen farklı yaklaşımlar mevcut olmakla birlikte McLanchlan ve Maynard (1982) hakkaniyet ve eşitlik konusundaki tanım ve anlayış farklılıklarının bu kavramların güzellik gibi göreceli olması ve farklı değerlendiricilerin gözünde farklı şekilde yorumlanabilmesinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Her ülkenin kendisine özgü bir sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi mevcut olduğundan, sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet konusunda dünya genelinde her ülke için ortak bir anlayış bulunmamaktadır. Bu nedenle sağlıkta politika belirleyicilerin bu konudaki araştırmaların geliştirilmesine katkıda bulunarak hanehalklarının sağlık harcamaları nedeniyle ne ölçüde bir finansal açıdan yıkıcı etkiye maruz kaldıklarını belirlemeye yönelik araştırmalara destek olmaları gerekmektedir (Wagstaff, Doorsler 1992). Bu sayede sağlık finansman sisteminde ne ölçüde hakkaniyete uygun davranıldığına belirlenmesi sağlanabilecektir.

Bu çalışmada vurgulandığı üzere daha çok orta gelir düzeyinde bulunan ülkelerde yaşayan hanehalklarını tehdit edici bir durum olan ve cepten sağlık harcamaları yolu ile ortaya çıkan katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin özellikle finansal risk havuzlama mekanizmalarının etkin bir şekilde işletilemediği geri kalmış ülkeler için daha büyük bir sorun teşkil etmeye devam ettiği bilinmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Bu nedenle toplumda önemli bir kesimin düşük gelire sahip olduğu, temiz su kaynaklarına erişimden, beslenme ve barınma olanaklarına erişime kadar birçok başlıkta temel gereksinimlerini yeterli ölçüde karşılayamayarak, nitelikli sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda sorunlar yaşayan Afrika ülkeleri gibi ülkelerin sağlık sistemlerinin iyileştirilmesinin önemle ele alınması gerekmektedir. Bunun nedeni düşük gelirli ülkelerin birçoğunda yaşayan hanehalklarının karşı karşıya kalacakları finansal güçlükleri göz önünde bulundurarak çoğu zaman, herhangi bir sağlık hizmeti almamak yönünde bir tercihte bulunmalarındır (Xu ve diğerleri 2003; Xu ve diğerleri 2006).

Sağlık hizmeti, sağlık hizmeti ile ilgili ihtiyacın öngörülemeyen ve ikame edilemez olma özelliğinin bir sonucu olarak toplumda gelir bakımından avantajlı olan ya da dezavantajlı bulunan farklı gruplar tarafından her an talep edilebilir. Bunun bir sonucu olarak yoksul hanehalklarının bu öngörülemeyen talebi ertelemek yönünde bir davranış göstermeleri, toplum sağlığının iyileştirilmesi üzerinde ciddi bir tehdit yaratacaktır. İşgücü kaybına neden olan ve nitelikli insan kaynaklarına erişimi engelleyen bu davranış biçimi ülke ekonomisinin gelişimini olumsuz etkileyen dolaylı bir etkide bulunmaktadır. Bu durum sağlık sisteminin temel dinamiklerinden olan sağlık finansman sisteminin, katastrofik ve yoksullaştırıcı cepten harcamalar esas alınarak değerlendirilmesinin, genel ekonomik durum ve ülkenin kalkınma ve gelişimine yönelik olarak; üretimden altyapıya, insan kaynaklarından, eğitime kadar çeşitli politik alanlardaki karar ve uygulamalardan bağımsız olarak düşünülmemeyeceğini göstermektedir.

Bu noktada sağlıkta politika belirleyicilerin sağlık sistemini bir bütün olarak ele alarak yalnızca sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda iyileştirmede bulunmak konusunda öneriler sunmak yerine sağlıkta insan kaynaklarının daha nitelikli hale getirilmesi ve

motivasyonu, sağlık hizmetleri sunumu kalitesinin iyileştirilmesi, sağlık kuruluşlarının teknik kapasitesinin artırılması gibi konuları bir bütün halinde iyileştirmeye çalışmaları gerekmektedir. Ancak bu sayede tüm toplum genelinde katastrofik sağlık harcaması insidansının ve yoksullaştırıcı etkinin azaltılması sağlanabilecek ve finansal açıdan dezavantajlı olan grupların da talep ettikleri anda nitelikli sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı sağlanabilecektir (Xu ve diğerleri 2006) Bilinmelidir ki, katastrofik sağlık harcaması insidansının ve yoksullaştırıcı etkinin azaltılması ve finansal açıdan hakkaniyetli bir sağlık sisteminin oluşturulması sayesinde herhangi bir ülkede sağlık sisteminin iyileştirilmesinin garantisi olan sağlık hizmetleri tüketicilerinin memnuniyeti artırılabilecek, hakkaniyetli ve finansal açıdan sürdürülebilirliği yüksek bir sağlık sistemi temin edilebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Alem Y., Köhlin G. and Stage J. (2014) The Persistence of Subjective Poverty in Urban Ethiopia. **World Development** 56: 51-61.
2. Arsenijevic J., Pavlova M. and Groot W. (2013) Measuring The Catastrophic and Impoverishing Effect of Household Health Care Spending in Serbia. **Social Science & Medicine** 78: 17-25.
3. Başar D., Brown S. and Hole A. R. (2012) **Out-of-Pocket Health Care Expenditure in Turkey: Analysis of the Household Budget Surveys 2002-2008**. Sheffield Economic Research Paper Series, UK.
4. Berki S. E. (1986) A Look At Catastrophic Medical Expenses and the Poor. **Health Affairs** 5(4): 139-45.
5. BM (UNDP) (2011) **Human Development Report 2001**. <http://hdr.undp.org/en/>, Erişim Tarihi: 22.02.2014.
6. Dagum C. (1990) On The Relationship Between Income Inequality Measures and Social Welfare Functions. **Journal of Econometrics** 43(1-2): 91-102.
7. Devadasan N., Criel B., Damme W. V., Ranson K. and Stuyft P. V. (2007) Indian Community Health Insurance Schemes Provide Partial Protection Against Catastrophic Health Expenditure. **BMC Health Services Research** 7(43): 1-11.
8. Ekman B. (2007) Catastrophic Health Payments and Health Insurance: Some Counterintuitive Evidence From One Low-Income Country. **Health Policy** 83(2): 304-313.
9. Gotsadze G., Zoidze A. and Rukhadze N. (2009) Household Catastrophic Health Expenditure: Evidence From Georgia and its Policy Implications. **BMJ Health Services Research** 9(69): 1-9.
10. Haines A. and Cassels A. (2004) Can The Millenium Development Goals Be Attained? **BMJ** 329(7462): 394-397.
11. Haughton J. and Khandker S. (2009) **Handbook On Poverty and Inequality**. World Bank, Washington, DC.

12. Kronenberg C. Barros P.B. (2014) Catastrophic Healthcare Expenditure – Drivers and Protection: The Portuguese Case. **Health Policy** 115(1): 44-51.
13. Li Y., Wu O., Legge D., Hao Y., Gao L., Ning N. and Wan G. (2012) Factors Affecting Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment from Medical Expenses in China: Policy Implications Of Universal Health Insurance. **Bulletin of World Health Organization** 90(9): 664-671.
14. Limwattananon S., Tangcharoensathien V. and Prakongsai P. (2007) Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results From National Household Surveys in Thailand. **Bulletin of the World Health Organization** 85(8): 600-606.
15. Marks G. (2007) **Income Poverty, Subjective Poverty and financial Stress**. Australian Government Social Policy Research Paper No. 29.
16. McLachlan G. and Maynard A. (1982) ‘The Public/Private Mix in Health Care: the Emerging Lessons’. In McLachlan, G. and Maynard, A. (ed) **The Public/Private Mix in Health Care: The Relevance and Effects of Change**. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
17. Moller S., Bradley D., Huber E., Nielsen F. and Stephens J. D. (2003) Determinants of Relative Poverty in Advanced Capitalist Democracies. **American Sociological Review** 68(1): 22-51.
18. O’Donnell O., Van Doorslaer E., Wagstaff A. and Lindelow M. (2008) **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data**. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, Washington, D.C.
19. O’Donnell, O., Van Doorslaer E. Rannan-Eliya R., Somanathan A., Adhikari S. R., Akkazieva B., Harbianto D., Garg C. C., Hanvoravongchai P., Herrin A. N., Hug M. N., Ibragimova S., Karan A., Kwon S., Leung G. M., Lu J. R., Ohkusa Y., Pande B. R., Raelis R., Tin K., Tisayiticom K., Trisnantoro L., Wan Q., Yang B. and Zhao Y. (2008) Who Pays for Health Care in Asia? **Journal of Health Economics** 27(2): 460-475.
20. OECD (2011) **Burden of out-of-pocket health expenditure**. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8111101ec054.pdf?expires=1431888542&id=id&accname=guest&checksum=993A0C7157F205F780D2BF16E25383E5> Erişim Tarihi: 26.02.2014.
21. Raban M. Z., Dandona R. and Dandona L. (2013) Variations in catastrophic health expenditure estimates from household surveys in India. **Bull World Health Organ** 91(10): 726-735.
22. The World Bank (2015) **Ending Poverty and Sharing Prosperity**. Global Monitoring Report 2014/2015, <http://www.worldbank.org/en/publication/global-monitoring-report> Erişim Tarihi:25.03.2015
23. TÜİK (2013) http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/GYKA_2013/turkce/metaveri/tanim/ Erişim Tarihi:21.03.2015
24. TÜİK (2013) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi:20.03.2015.

25. Wagstaff A. (2008) **Measuring Financial Protection in Health**. The World Bank Policy Research Working Paper No.4554.
26. Wagstaff A. and Doorsler E. V. (1992) Equity in The Finance Of Health Care: Some International Comparisons. **Journal of Health Economics** 11(4): 361-387.
27. WB (World Bank) **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data** <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/4598431195594469249/HealthEquityFINAL.pdf> Erişim Tarihi:15.03.2015.
28. Weraphong J., Pannarunothai S., Luxananun T. Junsri N. Deesawatsripetch S. (2013) “Catastrophic health expenditure in an urban city: seven years after universal coverage policy in Thailand”. **Southeast Asian J Trop Med Public Health** 44(1): 124-136.
29. WHO (World Health Organization) (2015) Health Financing http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_financing/atlas2.html?indicator=i2 Erişim Tarihi:18.05.2015.
30. WHO (World Health Organization) (2015) Social Determinants of Health http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/ Erişim Tarihi:18.05.2015.
31. Wyszewianski L. (1986) Financially catastrophic and high-cost cases definitions, distinctions, and their implication for policy formulation. **Inquiry** 23: 382–394.
32. Xu K. Evans D.B. Carrin G. Aguilar-Rivera A.M. (2005) **Designing Health Systems To Reduce Catastrophic Health Expenditure**. World Health Organization, Department of Health Financing. Health Financing Policy, Geneva.
33. Xu K. Evans D.B. Kadama P. Nabyonga J. Ogwal P.O. Nabukhonzo P. Aguilar A.M. (2006) “Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda”. **Social Science & Medicine** 62: 866-876.
34. Xu K. Evans D.B. Kawabata K. Zeram dini R. Klavus J. Murray C.J.L. (2003) “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”. **The Lancet** 362: 111-117.
35. Yardım M.S. Cilingiroglu N. Yardim N. (2014) “Financial Protection in health in Turkey: the effects of the Health Transformation Programme”. **Health Policy and Planning** 29(2): 177-192.
36. Yardım M.S. Çilingiroğlu N. Yardım N. (2010) “Catastrophic Health Expenditure and Impoversihment In Turkey”. **Health Policy** 94: 26-33.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Bireysel Performans Değerlendirme Süreci

Pınar YALÇIN BALÇIK *
Kemal YENİLMEZ **
Sırma Pınar ŞAHİN***

ÖZ

Performans yönetimi işletmelerin varlıklarını sürdürmek için ihtiyaç duydukları faaliyetleri doğru zamanda, doğru biçimde, doğru yöntemle gerçekleştirebilmesi için yararlanılan en önemli araçlar arasında yer almaktadır. İyi bir performans yönetimi kurumun hem örgütsel performansının hem de çalışanların bireysel performansının değerlendirilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması ile mümkündür. Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Joint Commission International akreditasyonu sonrasında kurulan bireysel performans değerlendirme süreci incelenmiştir. Kurumun, performans değerlendirme sürecinde standart yöntemler geliştirdiği ve sürecin nasıl yönetileceğini prosedürlerde tanımladığı görülmektedir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde akademik ve idari personelin değerlendirmede farklı süreçlere tabi tutuldukları dikkat çekmektedir. Performans değerlendirme süreçleri incelendiğinde; idari personelin genel olarak işine, arkadaşlarına, kurumuna karşı sorumlulukları vb. açısından değerlendirildiği, akademik personelin ise bunların yanı sıra işini nasıl yaptığı, o işi yapmaya yetkinliği ve yeterliliğinin değerlendirildiği görülmektedir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri tarafından kurumsal politika ve JCI standartları dikkate alınarak oluşturulmuş parametreler ve performans kriterleri ile yapılan bu değerlendirmelerin sektörde hizmet veren diğer kuruluşlar için örnek oluşturacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Performans, Bireysel Performans, Performans Yönetimi

Individual Performance Evaluation Process in Hacettepe University Hospitals

ABSTRACT

The performance management is among the most important tools which are used by the businesses to achieve the activities on time, in a right manner with correct method in order to survive. A good performance management is possible for the establishment by assessing either organisational performance or individual performance, and taking required precautions. In this study, the individual performance evaluation process that was established in Hacettepe University Hospital following the JCI (Joint Commission International) accreditation is analysed. It is seen that the establishment has developed standard methods in the process of the performance evaluation and defined the procedures to manage the process. It is noted that the academic and administrative personnel in the Hacettepe University Hospitals are subject to different procedures in the assessment. When the performance management processes are considered; the administrative personnel is generally assessed on their responsibilities for the friends, hospital and the work, but the academic personnel is also assessed in terms of how they perform their works, their competence on their works and sufficiency in addition to the criteria which are valid for the administrative personnel. It is considered that the parameters and the performance criteria which have been developed by Hacettepe university Hospitals on the basis of corporate policies and JCI standards and the assessments to be performed will be able to be an example for other establishments serving in the same industry.

Keywords: Performance, Individual Performance, Performance Management

* Yrd. Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık İdaresi Bölümü, pyalcin@hacettepe.edu.tr

** Eğitim Sorumlusu, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Kalite Koordinatörlüğü, kemaly@hacettepe.edu.tr

*** Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü, sirmapinar@gmail.com

I. GİRİŞ

Performans yönetimi; kurumun mevcut durumunun ölçülerek iyileştirilmesi ve geleceğe hazırlanması gibi temel amaçlarının yanı sıra, örgütün önemli bileşenlerinden olan çalışanların objektif kriterlerle ve hakkaniyetli bir biçimde değerlendirilmesi için önemli bir araçtır.

Kurumlar geleceğe ilişkin projeksiyon yaparken performans ve kalite ilişkisini göz ardı etmemelidir. Mevcut insan kaynaklarının yönetiminde maksimum fayda elde etmeyi amaçlayarak her kademedeki çalışana sürece dâhil etmelidir. Özellikle de emek yoğun olan sağlık işletmelerinde bu yaklaşım daha fazla önem arz etmektedir.

Kurumsal performansın hedeflenen seviyelere ulaşması için her bir sürecin belirlenen göstergeler doğrultusunda ve uygun parametrelerle ölçülüp değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yapıldığı takdirde birim performansları; mevcut durumu resmetme ve insan kaynaklarını ölçmede birer referans kaynağı olacağı unutulmamalıdır.

Hizmet üretiminin baş aktörleri olan çalışanların bireysel performanslarının değerlendirilerek ödüllendirme sistematığının kurulması kurumsal gelişim sürecinde yönetimin elini güçlendirecek önemli araçlardandır. Kurumların elindeki imkânları göz önünde bulundurarak katılımcı bir yöntemle belirleyeceği ödüllendirme sistematığı performans yönetimi kalıcı bir süreç haline getirilebilir.

II. PERFORMANS

Performans, örgütün belirlediği stratejik plan doğrultusunda bir işi yapan bireyin, birimin ya da örgütün o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği, önceden belirlenmiş kriterlere göre neyi başarabildiğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak ortaya konmasıdır (Baş, Artar 1990).

Performans kavramı sağlık işletmeleri açısından değerlendirildiğinde; genel olarak "hizmet kalitesi" bakış açısı ile yaklaşıldığından kalite ve performans eşdeğer tutulmaktadır. Bu bağlamda Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO)'a göre performans, en basit hali ile doğru işi iyi yapmak olarak tanımlanmıştır. Hedeflenen performans düzeyine ulaşmak için performans değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi, yapılacak bir dizi faaliyetin ilk adımını oluşturmaktadır (Yoluk 2010).

Performans yönetim sistemi, hedeflenen örgütsel amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın kurum kültürü haline gelmesi ve çalışanların bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi, ödüllendirilmesi ve geliştirilmesidir (Barutçugil 2004).

Literatür incelendiğinde performans yönetiminin bir örgütte iki temel boyutta ele alındığı görülmektedir. Birinci boyut örgütün tamamına yönelik olarak algılanan örgütsel performans, diğer boyut ise bireysel performanstır (Barutçugil 2002). Bireysel performans, örgütsel amaca ulaşmak için ortaya konan çabanın kurumun her katmanında çalışanın ayrı ayrı dikkate alınarak sürece koyduğu katkının eşit ve adil bir biçimde değerlendirilmesi olarak tanımlanırken; kurumsal performans, kurumda faaliyet gösteren tüm süreçlerin örgütün misyon ve vizyonuna uyumluluğu açısından gösterdiği başarı seviyesinin paydaşları nezdinde değerlendirilmesidir.

İyi bir performans sisteminin kurulması için öncelikle performans kriterlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Performans kriterleri, kurumun hedeflerine ve amaçlarına ulaşmada sağlanan gelişme düzeyini ölçmeye yarayan kriterlerdir. Kriterler kurumun değerleri ile paralellik göstermelidir. Bu çerçevede yapılan performans değerlendirmesi; çalışanın performansının, potansiyelinin ve gelişme gerektiren yönlerinin belirlenmesine imkân vermekle birlikte, çalışanın iş yükü, iş performansı, kişisel yetenekleri ve değerlendirme dönemindeki katkısı ve gelişme potansiyeli hakkında düzenli ve sistematik bilgi sağlamaktadır (Afşar, Dede 2008).

Sağlıklı bir performans ölçümü için yalnızca performans kriterlerini belirlemek yeterli değildir. Örgüt performansı ile ortaya çıkan sonuca hangi birimin ne oranda katkı koyduğunu tespit etmek ve iyi bir kıyaslama yapılarak birim verimlilik katsayılarına ulaşmak gerekmektedir.

Performans ölçüm sürecinin hemen arkasından performans değerlendirme başlamaktadır. Performans ölçümleri sonrasında elde edilen ölçüm sonuçları hedeflerle karşılaştırılmakta ve ortaya çıkan durumla ilgili karar verilmektedir. Buradaki amaç, bir birimin ve o birimin çalışanlarının eksiklerini bularak bu kişileri cezalandırmak değil tam tersi eksiklikler varsa bunları gidererek iyileştirme sağlamaktır. Düzenli olarak yapılan değerlendirme sonuçları ilgili birimin çalışanları ile paylaşılarak eksiklerinin giderilmesi ve yenilenmeleri için onlara imkan sağlamaktır (Çevik, Göksu 2008).

Değerlendirme süreci sadece birim ya da çalışanların kendilerini iyileştirme fırsatı vermekle kalmamakta, kurumsal gelişime de önemli katkılar sağlamaktadır. Değerlendirme sırasında alınan geribildirimlerin sistemsal olarak ele alınıp incelenmesi sonucunda elde edilen veriler, örgütün amaçlarının ve stratejik planlarının bir kez daha gözden geçirilmesi, gerekiyorsa revize etmesi için fırsat tanımaktadır.

Hastane performansının değerlendirilmesi çok boyutlu bir yapıyı içerdiği için hastanelerin performansını ayrıntılı gösteren tek bir ölçüt bulunmamaktadır. Bireysel ve/veya kurumsal performans değerlendirme de çok çeşitli ölçütler kullanılmaktadır. Amerikan Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, hasta hakları, hastanın bakımı, teşhisi, tedavisi, sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması, enfeksiyonların önlenmesi, performans iyileştirme, liderlik gibi göstergelerin kullanılabilmesini belirtmektedir (Şahin 2000).

JCAHO'nun bir alt kuruluşu olan International Society for Quality in Health Care tarafından onaylanan ve kabul görmüş standartlara sahip olan Joint Commission International (JCI), 1990'dan beri hastaneleri denetlemektedir. Denetimlerini Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri ve kalite geliştirmeyi odağına koyarak gerçekleştiren JCI, "Üst Yönetim, Liderlik ve Yönlendirme", "Personel Nitelikleri ve Eğitimi", "Tıbbi Mesleki Eğitim" bölümlerinde, hem kurumun hem de personelin sürekli olarak performansını izlemek ve iyileştirmek konusunda standartlar geliştirmiştir (JCI Standart Seti 2014).

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri tarafından kurumsal politika ve JCI standartları dikkate alınarak oluşturulmuş parametreler ve performans kriterleri ile yapılan bireysel performans değerlendirme sürecinin sektörde hizmet veren diğer kuruluşlar için örnek oluşturacağı düşünülmektedir.

III. YÖNTEM

Bu çalışma ile Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde yürütülen bireysel performans değerlendirme sürecinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda İnsan Kaynakları

Koordinatörlüğü, Çalışan Niteliği ve Eğitimi Komitesi ve Kalite Koordinatörlüğü tarafından kullanılan prosedürler (Hacettepe Üniversitesi, 2013 ve Hacettepe Üniversitesi, 2014) referans olarak alınmıştır. Ayrıca Kalite Koordinatörlüğü ve İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü yetkilileri ile yüzyüze görüşmeler yapılarak performans değerlendirme süreci ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır. Nisan 2015 tarihinde Başhehim çalışma konusunda bilgilendirilmiş ve onayı alınmıştır.

IV. HACETEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ'NDE BİREYSEL PERFORMANS DEĞERLENDİRME SÜRECİ

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nin İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü, performans değerlendirmede sistem yaklaşımını benimsemiştir. Etkili ve sistemli bir performans değerlendirmesi yapabilmek için Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde bireysel performans değerlendirme sürecinin nasıl çalışacağına tanımlandığı, sorumluları, yöntemi ve işleyişin tanımlandığı prosedürler ve formlar geliştirilmiştir. Her çalışanı kapsayan Görev Yetki ve Sorumluluklar (GYS) tanımlanmıştır ve performans değerlendirme formları geliştirilirken bu GYS'lerden yararlanılmıştır. Çalışanların becerilerinin, yetkinliklerinin, tutum ve davranışlarının yanı sıra işe özel performanslarının puanlanarak değerlendirildiği formlar ve iş süreçleri ile ilgili bilgi işlem verileri de Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri bireysel performans değerlendirme sürecinde kullanılan önemli araçlardır. Ayrıca Hastaneler Kalite Koordinatörlüğü'nün desteğiyle performans değerlendirme sürecinde kullanılan önemli göstergeler takip edilmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde kadrolu olarak görev yapan personelin bireysel performans değerlendirmesi yapılırken akademik ve idari personel için ayrı prosedürlerin uygulandığı dikkat çekmektedir. İdari personel, Performans Değerlendirme Prosedürü'ne (Hacettepe Üniversitesi, 2013) göre değerlendirilirken, akademik personel ise Akademik Personel Yetkinlik ve Performans Prosedürü'ne (Hacettepe Üniversitesi 2014) göre değerlendirilmektedir.

Kontratlı (taşeron) hizmetler sınıfında görev yapan personelin performans değerlendirmesi ise kadrolarının bulunduğu firmanın insan kaynakları birimince yapılmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri ve kontratlı firma arasında yapılan sözleşmeye istinaden, ilgili firma personelinin performans değerlendirmesini yapmak ve sonuçlarına göre personel istihdam sürecini yürütmekle hastane yönetimine karşı sorumludur.

4.1. İdari Personel Performans Değerlendirme Süreci

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde idari personel performans değerlendirme süreci Performans Değerlendirme Prosedürü (Hacettepe Üniversitesi 2013) çerçevesinde yürütülmektedir. Bu prosedürün amacı Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde çalışan ve idari personel statüsündeki tüm çalışanların performans değerlendirilmesine yönelik standart bir yöntem belirlemektir. Bu prosedür akademik olmayan personelin performansının değerlendirilmesine yönelik süreci kapsamaktadır. Bu prosedürün uygulanmasından Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu, İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü ve ilgili müdürlükler sorumludur.

Hastanelerde görev yapan akademik personel haricindeki tüm çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirme düzeyleri birim/ünite yöneticileri tarafından sürekli gözlem yoluyla değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra yılda bir defa yazılı olarak belgelenmiş bir performans değerlendirmesi de yapılmaktadır.

Performans değerlendirme; yönetici-çalışan iletişiminin sağlanması ve artırılması, karşılıklı beklentilerin ifade edilebilmesi, çalışanların görevlerini ne ölçüde başardıklarının, bilgi ve becerisinin yeterliğinin belirlenebilmesi, yetkinliğinin devam ettiğinden emin olunması, çalışan motivasyonunu ve kuruma bağlılığı artırmak suretiyle verimli ve etkin çalışmanın sağlanması, iyi performansın pekiştirilmesi, kötü performansın nedenlerinin araştırılıp bunların ortadan kaldırılabilmesi, çalışanın kendi çalışma düzeyini gözden geçirmesi ve eksik veya başarılı yönlerini fark etmesi, aynı şekilde yöneticinin kariyer olanağı sağlayacağı kişileri saptayabilmesi, eğitim ihtiyaçlarına ışık tutması amaçları ile yapılmaktadır.

Performans değerlendirme kriterleri çalışanların önerileri, iş tanımları, görev, yetki ve sorumluluk formları, bağlı oldukları birim sorumluların görüşleri ve İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'nün değerlendirmeleri sonucunda oluşmaktadır.

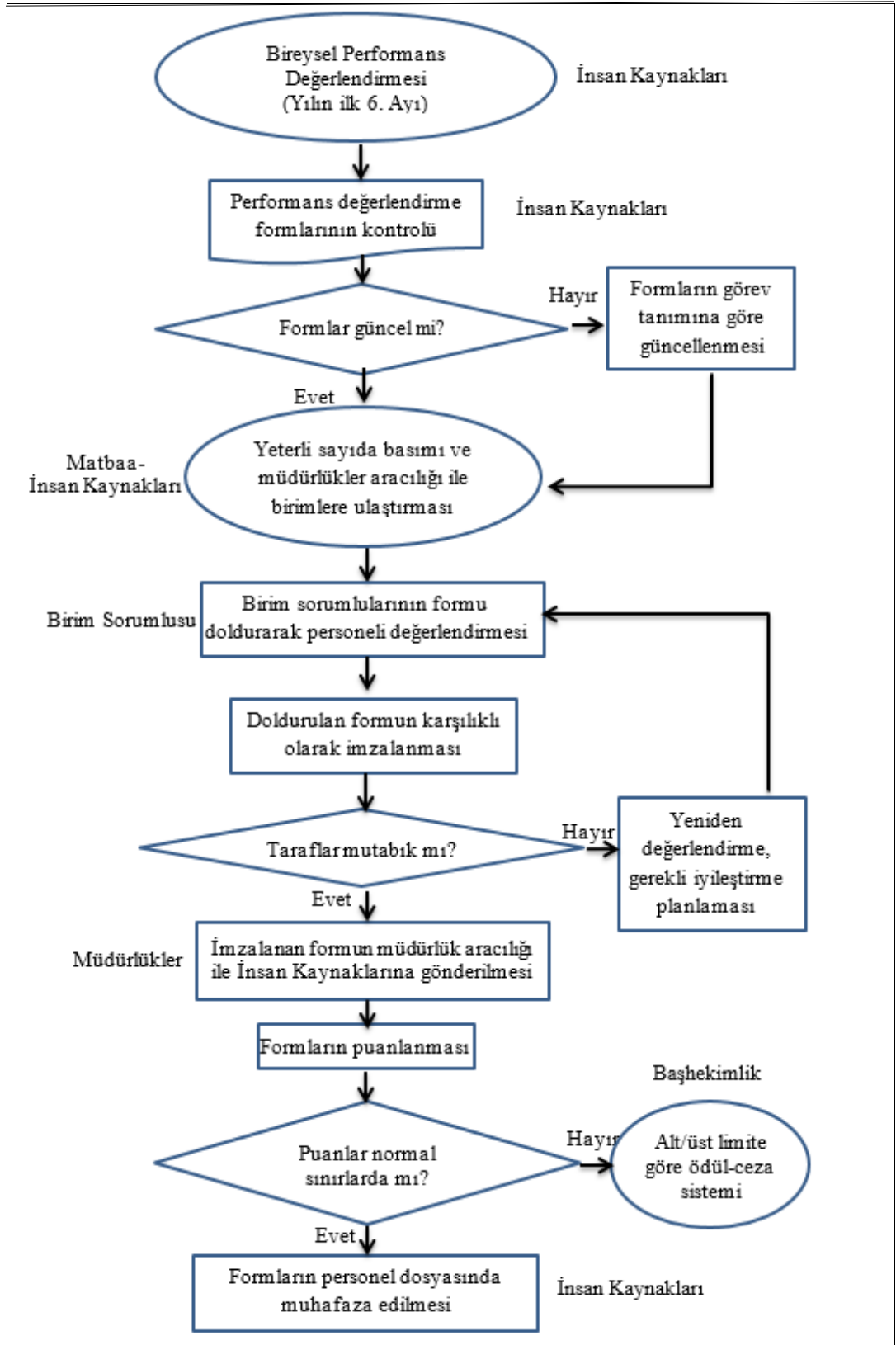
Performans değerlendirmesi için "Görevlinin Genel Durum ve Davranışlarını Değerlendirme Formu" ve "İşe Özel Performans Değerlendirme Formu" kullanılmaktadır. İlk bahsedilen form tüm çalışanlar için aynı olup, ikinci form yapılan işe göre belirlenen görev, yetki ve sorumlulukları içerdiğinden çalışanın görevine göre değişiklik göstermektedir.

Görevlinin Genel Durum ve Davranışlarını Değerlendirme Formu, 5'li Likert tipi 20 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile çalışanın birebir çalıştığı sorumlu amirinden çalışanın işe karşı sorumluluk duygusunu, geliş gidiş saatlerini, kılık kıyafetini, görevini zamanında yapıp yapmadığını, ekip çalışmasına uyumunu, hijyen kurallarına uyumunu, bilgi ve becerisini, hasta ve hasta yakınları ile iletişimini, kurumun kalite çalışmalarına katkısını değerlendirmesi istenmektedir. Ayrıca çalışan hakkında şikayet ya da teşekkür dilekçesi olup olmadığı, hastane içerisinde "sigara içilmez" kuralına uyup uymadığı da değerlendirilmektedir.

Bu formlar İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'nce yılda en az bir kez gözden geçirilmekte, çalışanların ve birim sorumlularının önerileri doğrultusunda, GYS'lerde değişiklik olduğunda ve gerekli görülen durumlarda revizyon numarası verilerek güncellenmektedir. İdari personel performans değerlendirme süreç akışı Şekil 1'de gösterilmektedir.

Formlar her yıl haziran ayının 2. haftasında İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü tarafından ilgili müdürlüklere gönderilmekte ve üst yazıda belirtilen tarih aralığında teslim edilmesi istenmektedir. Değerlendirme çalışanın birebir çalıştığı sorumlu kişi tarafından (sorumlu hekim, sorumlu hemşire, başteknisyen, şef, vb.) yapılmakta ve bağlı bulunduğu müdürlük tarafından gözden geçirilmektedir. Çalışana değerlendirme ile ilgili bilgi verilmekte (başarılı veya eksik yönleri, kendisinden beklenen performans, olumsuzlukların nedenleri, vb) ve onayı alınmaktadır. Kurumda altı aydan daha az çalışmış kişiler ile uzun süreli rapor alan/ücretsiz izinde olan çalışanlar için değerlendirme yapılmamakta; gerekli açıklama form üzerine yazılmaktadır.

Şekil 1. İdari Personel Bireysel Performans Değerlendirme Süreci



Formların doldurulduktan sonra eksikliklerinin ve hataların kontrol edilerek tamamlanması ve İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'ne teslim edilmesinden müdürlükler sorumludur.

Doldurulan formlar İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü tarafından puanlanarak bilgisayar ortamına aktarılmaktadır. Her birim için meslek gruplarına göre alınan toplam puanlara (ortalama, ortanca, en yüksek ve en düşük puanlar), yazılan ek notlara ve gerekli görülen durumlarda soru bazında dağılıma bakılmaktadır.

Değerlendirme sonuçları İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü tarafından ilgili birimlere ve Hastane Yönetimi'ne bildirilmektedir. Birim bazında puan dağılımı incelendikten sonra belli bir puanın üstünde alan personele başarılı çalışmalarını için Sağlık Hizmetleri Birimleri Yönetim Kurulu Başkanlığı imzalı bir teşekkür yazısı ile gönderilmektedir.

Değerlendirme sonuçlarına göre belirlenen değerin altında puan alan çalışan ile kendi müdürü ve İnsan Kaynakları Koordinatörü görüşmekte, düşük performansın nedenleri araştırılmaktadır. Performans düşüklüğünün eğitim ile düzeleceği kanaati varsa çalışanın birim için belirlenen hizmet içi eğitim programı dışında da eğitim alması sağlanmaktadır. Gerekli görülürse görevi ya da görev yeri değiştirilmekte, kasıtlı yapıldığı izlenimi doğarsa personel hakkında soruşturma açılmaktadır.

4.2. Akademik Personel Yetkinlik ve Performans Değerlendirme Süreci

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde akademik personel performans değerlendirme süreci Akademik Personel Yetkinlik ve Performans Değerlendirme Prosedürü (Hacettepe Üniversitesi 2014) çerçevesinde yürütülmektedir. Bu prosedürün amacı, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde görev yapan akademik personelin diploma, sertifika, deneyim, yetenek gibi unsurlarını göz önüne alarak yapabilecekleri işlemleri belirlemek ve hekimlerin hangi klinik hizmetleri verebileceğine dair bir karar verilmesi amacıyla performans ve yetkinliklerinin değerlendirilmesine yönelik standart bir yöntem belirlemektir. Bu prosedürün uygulanmasından Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu, Tıp Fakültesi Dekanlığı, Yetkilendirme Komitesi, Personel Dairesi Başkanlığı ve İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü sorumludur.

İşe yeni başlayan akademik personelden diploma, sertifikalar, varsa geçmiş dönemlere ait hekimle ilgili mesleki veriler, eğitim ve çalışma dönemine ait referanslar ve diğer kabul edilebilir kaynaklar talep edilmektedir. Teslim alınan belge/bilgilerin ilk kaynaktan sorgulamaları yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı Doktor Bilgi Bankası'nda (drbank) çalışanın tescil bilgileri ve onayını içeren kaydı temin edilmekte, yabancı uyruklu bir hekim ise Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı ile iletişim kurulmaktadır.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'ne öğretim üyesi olarak atanacak akademik personelin Hacettepe Üniversitesi Senatosu tarafından kabul edilmiş ve YÖK tarafından onaylanmış kriterlere uymaları gerekmektedir. Ayrıca, 2547 Sayılı Kanununun 22, 24, 25. maddelerini yerine getirmeleri gerekmektedir. Adayların hazırladıkları dosyalar "Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi Atama Kriterlerini Belirleme ve Dosyaları İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmekte, bu komisyonda iş başvurusu olan öğretim üyesinin görev yapacağı bölümün Anabilim Dalının Başkanı da bulunmaktadır. Öğretim üyesinin sunduğu belgelerin değerlendirilmesi, değerlendirme sonucunun olumlu olması ve girdiği sınavlardan geçmesi durumunda işe başlatılmaktadır. İşe başladığı ilk 2 ay içinde ilgili öğretim üyesi Anabilim Dalı Başkanı'nın gözetimi altında çalışmakta ve bu süre içinde "Yetkinlik Değerlendirme Formu" ile değerlendirme yapılmakta ve bu değerlendirme Yetkilendirme Komitesi tarafından gözden geçirilmektedir. Hekimlerin niteliklerine ve mevcut yeterliliklerine göre

hastayı kabul etme, tedavi etme ve diğer klinik hizmetleri verme ile ilgili Anabilim Dalı Başkanı tarafından öğretim üyesine bilgilendirme yapılmaktadır. Öğretim üyesinin oryantasyon süresinin sonunda, tam yetki ve izin çıkmaması durumunda Anabilim Dalı Başkanlığı, Tıp Fakültesi Dekanlığına ve Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı'na rapor verilmektedir. Yönetim Kurulu, Yetkilendirme Komitesi ve Anabilim Dalı Başkanlığı iletişim kurarak iki aylık sürenin uzatılmasına ya da eğitim tekrarı, iş akdinin yeniden değerlendirilmesinin teklif edilmesi süreçlerini yönetmektedir.

Yetkinlik Formu ve Hekim Yeterliliği Performans Değerlendirme Formu aracılığı ile yetkilendirme süreci takip edilmektedir. Yetkinlik Değerlendirme Formlarının içeriğinde revizyona ihtiyaç duyulup duyulmadığı Yetkilendirme Komitesi ve Tıbbi Danışma Kurulu toplantılarında Anabilim Dalı Başkanlarına danışılmakta ve yıllık olarak üst yazı ile varsa değişiklik önerileri ve görüşleri talep edilmektedir. Bir sonraki değerlendirme süreci bu öneriler doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.

Yetkinlik Değerlendirmeleri 3 yılda bir yapılmasına karşın anabilim dalına göre farklılık gösteren ve düzenli olarak takibi yapılan otomasyonda, öğretim üyesi bazında performans indikatörleri, hasta teşekkür ve şikayet dilekçeleri, hasta ve çalışan memnuniyet anket sonuçları öğretim üyelerinin yetkinliklerinin devamı ile ilgili başvuru verileridir. Bu verilerin sonuçları Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu tarafından Anabilim Dalı Başkanlıklarına gönderilmektedir. Hekim belirlenmiş yetkinlikler doğrultusunda gerekli tedavi işlemlerini gerçekleştirmektedir.

Yetkinlik Değerlendirme belgesinin içeriği, ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı, Türk Tabipler Birliği'nin ve bölüm derneklerinin bölüme özel olarak belirlediği işlem başlıklarından oluşmaktadır. Bu başlıklar, Sağlık Hizmetleri Birimleri Yönetim Kurulu Başkanlığı onayından sonra yürürlüğe girmektedir. Hekimler, tanımlanmış yetkinliklerini "yetkindir" ve "yetkin değildir" ifadelerini kullanarak kendileri işaretlemektedir. Anabilim Dalı Başkanı ise görüşünü belirtmektedir. Hangi hekimin hangi işlemlere yetkin olduğuna ilişkin kayıtlar İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'nde tutulmaktadır. Ameliyathaneler, Yoğun Bakımlar ve Acil Servislere sağlık çalışanlarının "tıbbi yetkinlikle" ilgili sorularını sorabilecekleri İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'ne ait telefon numaraları yazılı olarak duyurulmaktadır. Yetkinlik listeleri Otomasyon Sisteminde kalite dokümanları arasında yayınlanmaktadır.

Üç yılda bir yapılan yetkinlik değerlendirmesi sonucu Yetkilendirme Komitesi, hekimin devam eden veya sınırlandırılan veya artırılan yetkinliklerini, herhangi bir mesleki ceza alıp almadığını ve hasta bakımı ve tedavisini bağımsız olarak vermesine engel bir durumu olup olmadığını gözden geçirmektedir. Bu süreçte İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü, Tıp Fakültesi Dekanlığı ve ilgili Anabilim Dalı Başkanlığından belge ve görüş talep edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı veya Hastane Yönetimi tarafından hekimle ilgili bir vahim olay (sentinelevent) ve tüm olay bildirim formlarının değerlendirilmesi sonucu bir yaptırım uygulanmasına karar verildiyse Yetkilendirme Komitesi, Anabilim Dalı Başkanının da görüşünü alarak hekimin yetkinliklerinde hızlı bir şekilde değerlendirmeye gitmekte ve yetkinliklerini sınırlandırabilmektedir. Yetkilendirme Komitesi değerlendirme sonrasında hekimin yetkinliklerinde değişiklik yapılarak veya değişiklik olmadan göreve devam edeceği ile ilgili yazılı bir onay vermekte, bu onay hekimin personel dosyasına eklenmektedir.

Yetkinlik değerlendirmesi anabilim dallarına göre farklılık göstermekle birlikte cerrahi dallarda öğretim üyesi düzeyinde mortalite oranları, serviste ortalama yatış süreleri, cerrahi alan enfeksiyon hızları; dahili dallarda serviste ortalama yatış süreleri, taburculuk sonrası ilk

24 saatte dönen hasta sayısı; Nükleer Tıp Anabilim Dalı'nda ve Radyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi tarafından değerlendirilmesi yapılan bir görüntüye ait raporun herhangi bir nedenle sistemden geri çekilmesi ve yayınlanması indikatörleri ve İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'nde listesi bulunan diğer indikatörlerle takip edilmektedir.

Hekim performansı üç ana başlık altında izlenmektedir: klinik sonuçlar, mesleki gelişim ve davranışlar. Klinik sonuçlarda belirlenen kalite indikatörü/indikatörleri için her hekimin yıllık verileri toplanmaktadır. Veri toplamada hastane otomasyon sistemi veya anabilim dalının / bölümün kayıtları kullanılabilir sınırlarda olup olmadığı Anabilim Dalı Başkanı tarafından kontrol edilmekte ve hekim ile paylaşılmaktadır. Amaç verilerin standartlarla kıyaslanması (benchmarking) ve sonuçları iyileştirmeye yönelik bir zemin hazırlamaktır. Sonuçlar kişinin yetkinliklerini etkileyecek düzeyde ise Yetkilendirme Komitesi haberdar edilerek hekimin yetkinlikleri yeniden gözden geçirilmektedir.

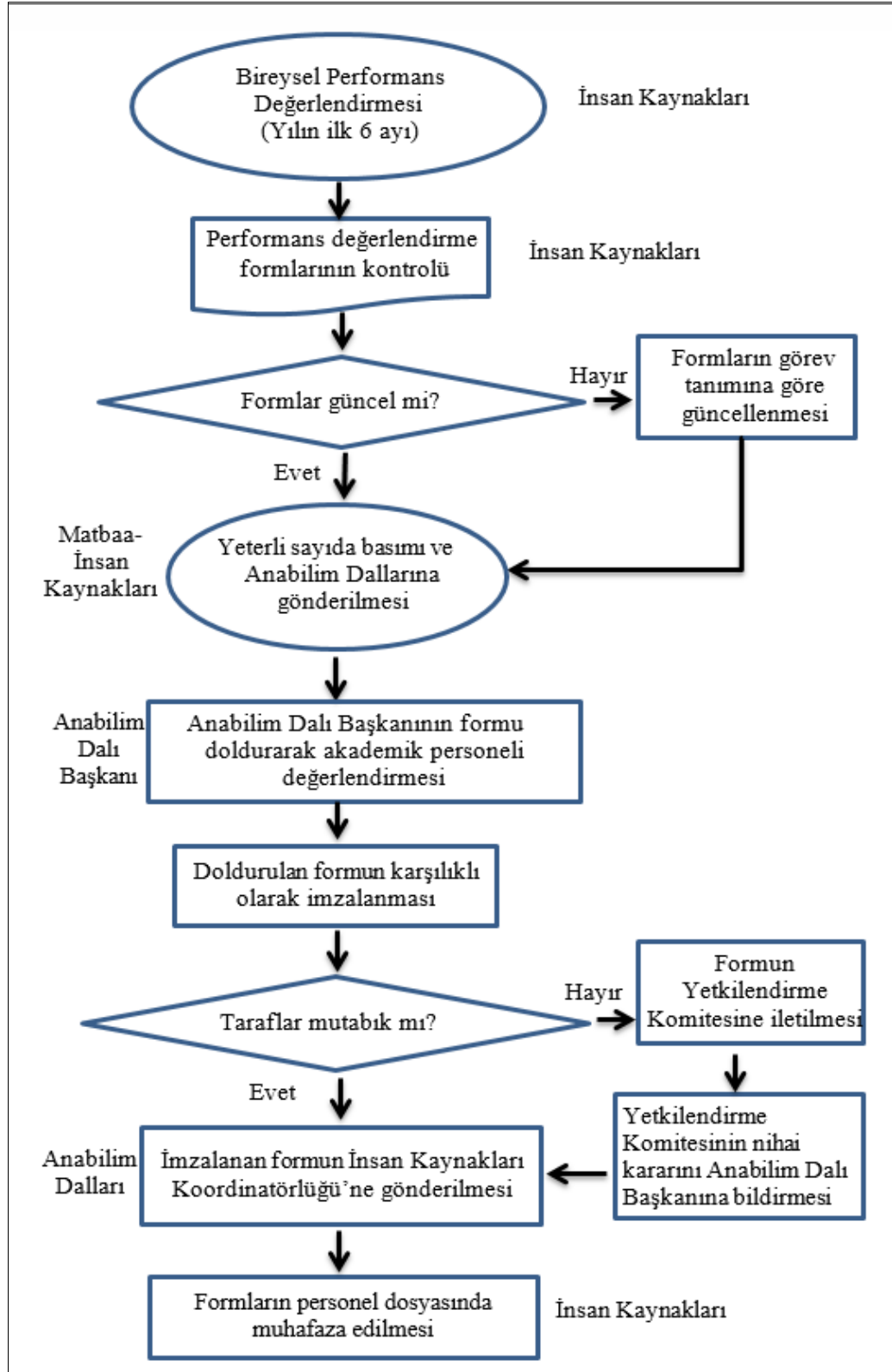
Mesleki gelişimde Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Anabilim Dallarından hekimin iştirak ettiği mesleki ve sosyal sorumluluk projeleri ve organizasyonları bilgisi İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'nde toplanmaktadır. Yıllık değerlendirmede bu veri de göz önünde bulundurulmaktadır.

Hacettepe Hastaneleri'nde hekimlerin davranışsal özellikleri 2015 yılından itibaren "Hekim Yeterliliği Performans Değerlendirme Formu" ile değerlendirilmektedir. Hekim ile birlikte çalışan hekimler, asistanlar, hemşireler, diğer sağlık personeli, idari personel ve yardımcı hizmetliler bu anketi doldurabilmektedir. Anket gönüllülük esasına göre ve dolduranın isim ve meslek bilgisi yazılmadan doldurulmaktadır. Anket sonuçlarına göre hekimin güven kültürüne katılım düzeyi, sergilediği tutum ve "rol model" ve akıl hocası" olma sorumluluklarını yerine getirmesi değerlendirilmektedir. Amaç istenen davranışların şekillendirilmesi sağlamak ve hekim rol modelini desteklemektir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde çalışan hekimlerin performans değerlendirme süreci akışı Şekil 2'de gösterilmektedir.

Hekim Yeterliliği Performans Değerlendirme Formu 4'lü Likert Tipi 19 tane ifadeden oluşmaktadır. Formda 4 "Çok başarılı/yeterli", 3 "Başarılı/yeterli", 2 "Gelişme sürecinde", 1'de "Yetersiz" olarak değerlendirilmektedir. Bu form ile hekimin kişisel özellikleri (sorumluluk duygusu, iletişimi, ifade gücü), eğitim-öğretim hizmetleri (tez yönetimi, soru hazırlaması, yardımcı sağlık personeli eğitimi), araştırma hizmetleri (araştırma planlaması, yürütmesi, yürütülmesini sağlama) ve klinik hizmetleri (uygun tanı ve tedavi vermesi, multidisipliner yaklaşımı, hasta haklarına özeni) değerlendirilmektedir.

Yetkinlik ve performans değerlendirme formları, takip edilen mesleki performans kriterlerine ilişkin kayıtlar İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'nde dökümanite edilmektedir. Takip edilen veriler yıllık olarak Sağlık Hizmetleri Yönetim Kurulu'na raporlanmaktadır. Yıl içinde hekimin kötü performansına ilişkin verilerin saptanması durumunda ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı hastane yönetimine önlem alınması için bilgi vermekle yükümlüdür.

Şekil 2. Akademik Personel Performans Değerlendirme Süreci



V. SONUÇ

Hacettepe Üniversiteleri Hastaneleri'nin bireysel performans sürecini ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmada performans değerlendirme sürecinin İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü tarafından yürütüldüğü görülmektedir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde performans değerlendirmede sistem yaklaşımı benimsenmiş ve etkili ve sistemli bir performans değerlendirmesi yapabilmek için bireysel performans değerlendirme sürecinin nasıl çalışacağı, sorumluları, yöntemi ve işleyişin tanımlandığı prosedürler ve formlar geliştirilmiştir. Her çalışmanı kapsayan Görev Yetki ve Sorumluluklar (GYS) tanımlanmış ve performans değerlendirme formları geliştirilirken bu GYS'lerden yararlanılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, 2007 yılından beri çalışanlarını, yalnızca birim yöneticilerinin inisiyatifine bırakmak yerine uluslararası literatür ve uygulamalar dikkate alınarak oluşturulmuş performans kriterleri ile değerlendirmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde kadrolu olarak görev yapan personelin bireysel performans değerlendirmesi yapılırken akademik ve idari personel için ayrı prosedürlerin uygulandığı dikkat çekmektedir. İdari personel, Performans Değerlendirme Prosedürü'ne göre değerlendirilirken, akademik personel ise Akademik Personel Yetkinlik ve Performans Prosedürü'ne göre değerlendirilmektedir.

İdari personelin performans değerlendirmesi için “Görevlinin Genel Durum ve Davranışlarını Değerlendirme Formu” ve “İşe Özel Performans Değerlendirme Formu” kullanılmaktadır. İlk bahsedilen form tüm çalışanlar için aynı olup, ikinci form yapılan işe göre belirlenen görev, yetki ve sorumlulukları içerdiğinden çalışanın görevine göre değişiklik göstermektedir. Görevlinin Genel Durum ve Davranışlarını Değerlendirme Formu, 5'li Likert tipi 20 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile çalışanın birebir çalıştığı sorumlu kişinin çalışanın işe karşı sorumluluk duygusunu, geliş gidiş saatlerini, kıyafetini, görevini zamanında yapıp yapmadığını, ekip çalışmasına uyumunu, hijyen kurallarına uyumunu, bilgi ve becerisini, hasta ve hasta yakınları ile iletişimini, kurumun kalite çalışmalarına katkısını değerlendirmesi istenmektedir. Ayrıca çalışan hakkında şikayet ya da teşekkür dilekçesi olup olmadığı, hastane içerisinde “sigara içilmez” kuralına uyup uyumadığı da değerlendirilmektedir.

Akademik personelin bireysel performansı Yetkinlik Formu ve Hekim Yeterliliği Performans Değerlendirme Formu aracılığı ile takip edilmektedir. Yetkinlik değerlendirmeleri 3 yılda bir yapılmasına karşın anabilim dalına göre farklılık gösteren ve düzenli olarak takibi yapılan otomasyonda, öğretim üyesi bazında performans indikatörleri, hasta teşekkür ve şikayet dilekçeleri, hasta ve çalışan memnuniyet anket sonuçları öğretim üyelerinin yetkinliklerinin devamı ile ilgili başvuru verileridir. Yetkinlik Değerlendirme belgesinin içeriği, ilgili Anabilim Dalı Başkanlığı, Türk Tabipler Birliği'nin ve bölüm derneklerinin bölüme özel olarak belirlediği işlem başlıklarından oluşmaktadır. Üç yılda bir yapılan yetkinlik değerlendirmesi sonucu Yetkilendirme Komitesi, hekimin devam eden veya sınırlandırılan veya artırılan yetkinliklerini, herhangi bir mesleki ceza alıp almadığını ve hasta bakımı ve tedavisini bağımsız olarak vermesine engel bir durumu olup olmadığını gözden geçirmektedir. Yetkinlik değerlendirmesi anabilim dallarına göre farklılık göstermekle birlikte cerrahi dallarda öğretim üyesi düzeyinde mortalite oranları, serviste ortalama yatış süreleri, cerrahi alan enfeksiyon hızları; dahili dallarda serviste ortalama yatış süreleri, taburculuk sonrası ilk 24 saatte dönen hasta sayısı; Nükleer Tıp Anabilim Dalı'nda ve Radyoloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi tarafından değerlendirme yapılan bir görüntüye ait raporun herhangi bir nedenle sistemden geri çekilmesi ve yayınlanması indikatörleri ve İnsan Kaynakları Koordinatörlüğü'nde listesi bulunan diğer indikatörlerle takip edilmektedir. Hacettepe Hastaneleri'nde hekimlerin davranışsal özellikleri 2015 yılından itibaren “Hekim Yeterliliği Performans Değerlendirme Formu” ile

değerlendirilmektedir. Hekim ile birlikte çalışan hekimler, asistanlar, hemşireler, diğer sağlık personeli, idari personel ve yardımcı hizmetliler bu anketi doldurabilmektedir. Anket gönüllülük esasına göre ve doldurmanın isim ve meslek bilgisi yazılmadan doldurulmaktadır. Anket sonuçlarına göre hekimin güven kültürüne katılım düzeyi, sergilediği tutum ve “rol model” ve akıl hocası” olma sorumluluklarını yerine getirmesi değerlendirilmektedir. Hekim Yeterliliği Performans Değerlendirme Formu 4’lü Likert Tipi 19 tane ifadeden oluşmaktadır. Bu form ile hekimin kişisel özellikleri (sorumluluk duygusu, iletişimi, ifade gücü), eğitim-öğretim hizmetleri (tez yönetimi, soru hazırlaması, yardımcı sağlık personeli eğitimi), araştırma hizmetleri (araştırma planlaması, yürütmesi, yürütülmesini sağlaması) ve klinik hizmetleri (uygun tanı ve tedavi vermesi, multidisipliner yaklaşımı, hasta haklarına özeni) değerlendirilmektedir.

Kontratlı (taşeron) hizmetler sınıfında görev yapan personelin performans değerlendirmesi ise kadrolarının bulunduğu firmanın insan kaynakları birimince yapılmaktadır. İlgili firma personelinin performans değerlendirmesini yapmak ve sonuçlarına göre personel istihdam sürecini yürütmekle hastane yönetimine karşı sorumludur.

JCI standartlarının gereği olarak hastane personelinin düzenli aralıklarla performans değerlendirmesine tabi olması gerekmektedir. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri’nde de bireysel performans değerlendirme yılda bir kez düzenli olarak uygulanmaktadır ve yapılan performans değerlendirmesi sonucunda belirli seviyenin üzerinde değerlendirilen personeli teşvik etmek için teşekkür yazısı yazılmaktadır. Bireysel performans üst seviyelere çıkarılması amaçlanıyorsa yüksek performans gösteren personelin çeşitli ödüllerle özendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Başarılı personeli ödüllendirmek, ödül alamamış personeli motive etmek amacıyla objektif kriterlere dayalı bir ödüllendirme sistemi kurulmalıdır. 14.11.2015 tarihinde yürürlüğe giren Akademik Teşvik Ödeneği ile hastanelerde çalışan akademik personel yaptığı çalışmalara göre ödüllendirilmeye başlamıştır. Ama hastanelerin de kendi içinde motive edici ödüller gelişmesi gerektiği düşünülmektedir. Daha önceki dönemlerde Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri performans değerlendirme sonucunda en yüksek puan alan 10 çalışanını ailesi ile birlikte bir haftalık tatile yollayarak ödüllendirmiştir. Bu ve benzeri ödüllendirmelerin uygulanmasının personeli ciddi anlamda motive edeceği ve hem bireysel hem de kurumsal performansı artıracığı düşünülmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, 4 Hastane, 32 Anabilim Dalı, 20 Müdürlük, 5157 personel ve bir yılda hizmet verdiği ortalama 1.000.000 hasta sayısı ile oldukça büyük bir yapıya sahiptir. Bu büyüklükte bir hastaneler kompleksinde eşitlik ve adalet gözetilerek oluşturulmuş parametreler ve performans kriterleri ile yapılan performans değerlendirme sürecinin sektörde hizmet veren diğer kuruluşlar için örnek oluşturacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Afşar B. ve Dede A. (2008) **Performansa Dayalı Yönetim Sistemi**. Konya Ticaret Odası Etüd-Araştırma Servisi Araştırma Raporu, Konya.
2. Barutçugil İ. (2002) **Performans Yönetimi**. Kariyer Yayınları, İstanbul.
3. Barutçugil İ. (2004) **Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi**. Kariyer Yayınları, İstanbul.
4. Baş M. ve Artar A. (1990) **İşletmelerde Verimlilik Denetimi, Ölçme ve Değerlendirme Modelleri**. Milli Produktivite Merkezi Yayınları, Yayın No: 435, Ankara.

5. Çevik Hasan H. ve Göksu T. (2008) **Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi**. Seçkin Yayınları, Ankara.
6. Hacettepe Üniversitesi (2013) **Hacettepe Üniversitesi Performans Değerlendirme Prosedürü**. Doküman No: ÇNE-PRS03
7. Hacettepe Üniversitesi (2014) **Hacettepe Üniversitesi Akademik Personel Yetkinlik ve Performans Değerlendirme Prosedürü**. Doküman No: ÇNE-PRS06
8. JCI (2014), **Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları**. Ankara.
9. Şahin İ. (2009) Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Hastanelerinin Teknik Etkinliği ve Toplam Faktör Verimliliği Analizi. **İktisat, İşletme ve Finans** 24(283): 9-40.
10. Yoluk M. (2010) Hastane Performansının Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemi İle Değerlendirilmesi. **Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.

HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ'NE GÖNDERİLECEK YAZILARDA YAZARLARIN DİKKATE ALMASI GEREKEN KURALLAR

Genel Yayın Kuralları

1. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü'nün yayın organıdır. Dergi üç ayda bir ve gerektiğinde özel sayı olarak yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe olup gerektiğinde İngilizce yazılara da yer verilebilir.
2. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi'nde; sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık ekonomisi, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji vb. gibi konularda yazılmış araştırma, derleme, gözlem ve görüş, bildiri, rapor, çeviri ve duyuru türü yazılar yer alır. Çeviri türü yazılar orijinal metni ile birlikte gönderilmelidir. Başka bir yerde yayınlanmış veya yayın için gönderilmiş yazılar kesinlikle değerlendirilme kapsamına alınmaz. Yazar/yazarların yazının başka bir yerde yayınlanmak üzere gönderilmediğini ve yayınlanmadığını bir yazı ile belirtmeleri gerekmektedir. Yazılar, özet veya sözlü bildiri şeklinde başka yerde sunulmuş olabilir, ancak bu durum yazıyla birlikte belirtilmelidir. Gönderilen yazının sorumluluğu yazar/yazarlarına aittir. Yazıların yayın hakkı dergiye ait olup, yayınlanan ve yayınlanmayan yazılar iade edilmez.
3. Yazılar bilgisayar ortamında sorumlu yazı işleri müdürüne gönderilmeli ve MS WORD formatında tek aralıklı olarak, Times New Roman karakterinde ve 11 punto ile yazılmış olmalıdır. Yazı A4 boyutunda kağıdın bir yüzüne soldan 4 cm., sağdan 2,5 cm., alt ve üstten 3'er cm. boşluklar kalacak şekilde hazırlanmalı ve tüm sayfalar numaralandırılmalıdır. Yazılar 30 sayfa ile sınırlandırılmalıdır.
4. Dergiye ulaşan yazılar, öncelikle editör ve yayın kurulu tarafından yapılacak ilk değerlendirmeden sonra konu ile ilgili hakemlere gönderilir. Yazarlar, hakemlerden gelen düzeltme istemleri doğrultusunda gerekli düzeltmeleri yaparak yazıları en geç bir ay içerisinde göndermelidirler. Düzeltmeden sonraki yazılar, yayın kurulu tarafından uygun görülürse yayınlanırlar.
5. Yayınlanan yazıların yazarlarına 1 adet dergi gönderilir.

Yazım Düzeni

1. **Başlık ve Yazar İsmi:** 10 kelimeyi geçmeyecek şekilde kısa makale başlığı ile birlikte, yazar/yazarların isimleri, ünvanları, haberleşme adresleri, telefon ve faks numaraları ve varsa e-mail adresleri ayrı bir sayfada verilmelidir. Birden fazla yazar olması durumunda, yazarlardan hangisi ile haberleşileceği belirtilmelidir. Asıl metinde yazarlara ait tanıtıcı bilgilere yer verilmemesine özellikle dikkat edilmelidir.
2. **Özet ve Anahtar Kelimeler:** Makalenin 300 kelimeyi geçmeyecek şekilde Türkçe ve İngilizce özetleri ile en fazla 6 kelimeye kadar metne uygun Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler ayrı bir sayfada verilmelidir.
3. **Asıl Metin:** Özgün araştırmalar ve gözlem tipindeki yazılar; giriş, yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç alt başlıkları şeklinde sunulmalıdır. Verilmesi düşünülen tablo, grafik ve şekiller metin içinde gösterilmesi gereken yerde sunulmalı ve uygun bir şekilde numaralandırılmalıdır. Verilmesi istenilen dipnot niteliğindeki açıklamalar ve teşekkür, metnin hemen bitiminde verilmelidir.
4. **Kaynaklar:** Kaynaklar metin içinde gereken yerlerde parantez içinde gösterilmelidir. Metin içinde kaynak gösterme aşağıdaki gösterilen açıklama ve örnekler gibi olmalıdır:
 - **Tek yazarlı kaynaklar için:** Örnek: (Mechanic 1993)
 - **İki yazarlı kaynaklar için:** Örnek: (Akadlı, Cerit 1988)
 - **İkiden fazla yazarlı kaynaklar için:** ilk yazarın soyadından sonra 've diğerleri' sözcükleri, eğer kaynak yabancı dilde ise 'et al.' kısaltması kullanılmalıdır. Örnek: (Akadlı ve diğerleri 1988), veya (Hammer et al. 1993).

Kaynaklar metnin bitiminde aşağıdaki gibi gösterilmelidir.

➤ İngilizce kaynaklar için:

Brookmeyer R. And Gail M. H. (1994) **AIDS Epidemiology: A Quantitative Approach**. Oxford University Press, Oxford.

Hammer J.S. and Berman P. (1995) Ends and Means in Public Health Policy in Developing Countries. **Health Policy** 32(1):29-45.

Popay J. (1992) 'My Health is All Right But I'm Just Tired All The Time'. Women's Experience Of Ill Health. In Roberts H. (ed.) **Women's Health Matters**, pp:99-120. Routledge, London.

➤ Türkçe kaynaklar için:

Akadlı B. ve Cerit S. (1988) 'Türkiye'de Bebek Ölümlerine Genel Bir Bakış'. **Türkiye Bebek Ölümleri: Temel Etkenler**. İçinde: Tunçbilek E. (ed.) ss:3-16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Menderes M. (1995) Hastanelerde Muhasebe, Maliyetleme Sorunları ve Finansal Yönetim. **Toplum ve Hekim** 69-70(10):47-53.

Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V. (1986) **Biyoistatistik Uygulama Kitabı**. Çağ Matbaası, Ankara.