



# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 21

Sayı/Number 4

Yıl/Year 2018

---

**Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Geliştirme Çalışması**

*Ş. Didem KAYA, Namaitjiang MAIMAITI*

---

**Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma**

*Hazal ONAT KAYA, Yusuf ÇELİK*

---

**The Impact of Technical Change on Healthcare Production and Efficiency**

*Can BEKAROĞLU, Dennis HEFFLEY*

---

**Özel Hastanelerde Yenilikçilik ve Performans İlişkisinde Girişimciliğin Ara Değişken Etkisi**

*Gülhan KALMUK, A. Zafer ACAR*

---

**Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği**

*Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ, Fatma Özlem YILMAZ, Musa ÖZATA*

---

**The Factors Affecting Minorities' Satisfaction of Health Care Service Utilizing Fuzzy Rule Based Systems**

*Mehmet Özer DEMİR, Murat Alper BAŞARAN*

---

**Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkında Kamu Hastane Yöneticilerinin Görüşleri**

*Hüseyin ERİŞ, Feray KABALCIOĞLU BUCAK*

---

**Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği**

*Kemal TEMEL, Murat AYDIN*

---

**A Study on the Relationship between Organizational Justice and Impartiality in Private Hospitals**

*Burhanettin UYSAL, Metin ATEŞ*

---

**Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi**

*Sinan ÖZYAVAS*

---

**Özel Sağlık Sigortalarının Vergisel Boyutu ve Muhasebeleştirilmesi**

*Günay Deniz DURSUN, Reyhan KARAMAN*

---

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ  
SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 21

Sayı/Number: 4

2018

e-ISSN 2148-9041

**Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**  
**Hacettepe Journal of Health Administration**

**Cilt: 21 Sayı: 4 Yıl: 2018**

**Derginin Sahibi/Publisher**

Sunay İL, 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**

Gülsün ERİĞÜÇ

**Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor**

Pınar YALÇIN BALÇIK

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager**

Gamze BAYIN DONAR

**Yayın Kurulu/Editorial Board**

Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİĞÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi

**Dergi Tasarım**

Nazan KARTAL  
Murat KONCA  
Birol YETİM  
Gülnur HARMANCI İLGÜN

*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 DONAR  
H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye  
**E-mail:** [saglikidaresidergisi@gmail.com](mailto: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"a 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>Yayının Yönetim Yeri:</i>	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
<i>Yayın Tarihi</i>	29.12.2018

## Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Fevzi AKINCI	King's College
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Cesim DEMİR	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Ömer GİDER	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Robert S. HERNANDEZ	University of Alabama at Birmingham
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mithat KIYAK	Okan Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Ömer Rıfki ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	Medipol Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPTAYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Nilgün SARP	Üsküdar Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Trakya Üniversitesi

Dergimiz, TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Türk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Türk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the TUBITAK ULAKBIM Social and Human Sciences Database, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Turk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Turk Egitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Turkiye Atıf Dizini databases.



## İÇİNDEKİLER

<b>Araştırma</b>	
Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Geliştirme Çalışması A Study of Outpatient Satisfaction Scale Development..... <i>Ş. Didem KAYA, Namaitjiang MAIMAITI</i>	601-623
Hasta Bakım Yüğü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma The Burden of Patient Care: A Study among Caregivers of Alzheimer Patients (SRS)... <i>Hazal ONAT KAYA, Yusuf ÇELİK</i>	625-640
The Impact of Technical Change on Healthcare Production and Efficiency Teknik Değişimin Sağlık Üretimi ve Etkinliği Üzerindeki Etkisi..... <i>Can BEKAROĞLU, Dennis HEFFLEY</i>	641-653
Özel Hastanelerde Yenilikçilik ve Performans İlişkisinde Girişimciliğin Ara Değişken Etkisi Mediating Variable Effect of Entrepreneurship in Relation Between Innovation and Performance in Private Hospitals..... <i>Gülhan KALMUK, A. Zafer ACAR</i>	655-673
Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği The Current Situation and Future of Private Hospital Management ..... <i>Hilal AKMAN DÖMBEKİ, Fatma Özlem YILMAZ, Musa ÖZATA</i>	675-697
The Factors Affecting Minorities' Satisfaction of Health Care Service Utilizing Fuzzy Rule Based Systems Azınlıkların Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörlerin Bulanık Kural Tabanlı Sistem ile Modellenmesi..... <i>Mehmet Özer DEMİR, Murat Alper BAŞARAN</i>	699-718
Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkında Kamu Hastane Yöneticilerinin Görüşleri Opinions of State Hospital Managers about Staffing The Subcontracted Workers..... <i>Hüseyin ERİŞ, Feray KABALCIOĞLU BUCAK</i>	719-744
Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği Economic Problems of Health Aspects in Patient-Physician Relationship The Case of Canakkale ..... <i>Kemal TEMEL, Murat AYDIN</i>	745-765
A Study on the Relationship between Organizational Justice and Impartiality in Private Hospitals Örgütsel Adalet ve Yansızlık Arasındaki İlişki Üzerine Özel Hastanelerde Yapılan Bir Araştırma ..... <i>Burhanettin UYSAL, Metin ATEŞ</i>	767-788
<b>Derleme</b>	
Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi Oral Health Policy in Turkey: Situation Analysis..... <i>Sinan ÖZYAVAŞ</i>	789-805
Özel Sağlık Sigortalarının Vergisel Boyutu ve Muhasebeleştirilmesi Tax Size and Accounting of Private Health Insurance ..... <i>Günay Deniz DURSUN, Reyhan KARAMAN</i>	807-815

# Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Geliştirme Çalışması

Ş. Didem KAYA\*  
Namaitijiang MAIMAITI\*\*

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, poliklinik hizmeti almak için ayaktan hastaneye başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini belirleyebilmek amacıyla veri elde edilmesini sağlayacak ölçme aracını geliştirmek, geçerlilik ve güvenilirliğini test etmektir. Metodolojik tipteki araştırmada üç faz ve on adımdan oluşan ölçek geliştirme modeli kullanılmıştır. Örneklem, 531 katılımcıdan oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS ve Lisrel programları kullanılmıştır. Veriler; Kapsam Geçerlilik İndeksi, ortalama, standart sapma, Pearson Momentler Çarpımı, Cronbach's Alpha, t-testi, tek yönlü ANOVA, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği testi sonucu değer 0,95 dir. Bartlett's Testi analizi sonucu ki kare değeri ( $X^2$ )=8019,90; serbestlik derecesi (sd)=528 ( $p<0,05$ ) bulunmuştur. AFA sonucunda 29 maddelik 5 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. 5 faktörlü yapı; randevu, etkin muayene, bekleme süresi ve danışmanlık, çalışanların tutumu ve genel memnuniyet şeklinde isimlendirilmiştir. Ölçeğin toplam ortalama puanı 3,55, standart sapması 0,76, test tekrar test katsayısı  $r=0,96$  ( $p<0,01$ ), Cronbach's Alpha değeri 0,95, yarıya bölme katsayısı  $r=0,94$  ( $p<0,01$ ) bulunmuştur. DFA sonucu elde edilen  $p=0,00$ ;  $X^2=891,17$ ,  $sd=367$ ;  $X^2/sd$  sonucu 2,43 dür. RMSEA=0,09, GFI=0,75, AGFI=0,70, NNFI=0,85, CFI=0,86, SRMR=0,06 şeklindedir. DFA sonucunda ölçeğin iyi uyum ölçütlerine sahip olduğu ve kabul edilebilir değerler arasında olduğu ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak, Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Memnuniyeti, Ölçek Geliştirme, Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği

## A Study of Outpatient Satisfaction Scale Development

### ABSTRACT

The aim of this study is to develop a scale that will ensure data acquisition in order to determine the level of satisfaction of the patients who visit the hospital in order to obtain outpatient services, and to test their validity and reliability. Three phases and ten step scale development model was used in the survey. The total sample was 531 participants. SPSS and Lisrel programs were used for analysing the data. Data; Scope Validity Index was assessed by mean, standard deviation, Pearson product-Moments correlation, Cronbach's Alpha, t-test, one-way ANOVA, Exploratory Factor Analysis (EFA) and Confirmatory Factor Analysis (CFA). The result of the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) sample adequacy test is 0.95. Bartlett's Test analysis result is Chi-Square Test ( $X^2$ )=8019.90; the degree of freedom (df)=528 ( $p<0.05$ ). Total 29 items under five factors was obtained by EFA. The five factors are; appointment, effective examination, waiting time and counselling, employees' attitude and general satisfaction. The total average score of the scale was 3,55, standard deviation was 0,76, re-test coefficient was  $r=0.96$  ( $p<0.01$ ), Cronbach's Alpha was 0,95, Partition coefficient was  $r=0,94$  ( $p<0,01$ ). Based on the CFA,  $p=0.00$ ;  $X^2=891.17$ ,  $df=367$ ; The result of  $X^2/df$  is 2.43. RMSEA=0.09, GFI=0.75, AGFI=0.70, NNFI=0.85, CFI=0.86, SRMR=0.06. As a result of CFA, it was found that the scale had good compliance measures with acceptable values. As a conclusion, it was determined that the Outpatient Satisfaction Scale was a valid and reliable measurement tool.

**Keywords:** Patient Satisfaction, Scale Developing, Outpatient Satisfaction Scale

\*Doç. Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi, dkaya@konya.edu.tr

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, nametjan@gmail.com

## I. GİRİŞ

Sağlık kuruluşları arasında yaşanan rekabet ve bilinçli hasta profilinden kaynaklanan iyi hizmet alma beklentisi, bu kuruluşları daha iyi hizmet sunmaya yöneltmiştir. Başka bir deyişle etkin, kaliteli ve verimli bir yönetim modeline geçmeye zorlamıştır (Kaya, Yüceler 2016). Çünkü sağlık sektöründe hasta merkezli yaklaşım kaliteli hizmet anlayışını benimsetmiştir (Baltaş 2013). Dolayısıyla sağlık alanında kaliteli hizmetin önemli bir göstergesi olan hizmeti alanların memnuniyet düzeyi de sağlık kuruluşları açısından önem arz etmektedir. Sağlık kurumlarında hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi hizmet kalitesinin artırılması ve müşteri beklentileri doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulması bakımından önemlidir. Çünkü, sağlık hizmetinin sunumundan memnun kalan hastaların gereksinim duydukları takdirde yine aynı kuruma yönelme eğiliminde olabilecekleri düşünülmektedir (Ercan ve diğerleri 2004).

Hasta memnuniyeti, günümüzde tartışılan konular arasında yer almaktadır (Ercan ve diğerleri 2004). Çünkü hasta memnuniyeti, yönetim ve planlamanın önemli bir aracı olup bakım kalitesinin ölçülmesinde temel bir öneme sahiptir (Kaya et al. 2017). Sağlık sektöründe, diğer hastanelerle rekabet edebilmek için kaliteli hizmet sunmak ve hizmet sunumunda fark yaratabilmek önemlidir. Bu nedenle hasta ve ailesi tarafından aranan koşulları en iyi karşılayabilen kurum, kaliteli hizmet sunan kurumdur (Ekici 2013). Ayrıca hasta memnuniyeti, hasta uyumu ve sonuç üzerinde olumlu olabilecek bir etkiyi de beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla memnun olmuş bir hasta, sağlık sorunlarının gerektirdiği bazı koşullara uyma konusunda daha net ve kararlı davranışlar içinde olabilecektir. Bu da sunulan hizmetin sonucu üzerinde oluşabilecek olumsuz etkiyi ortadan kaldırmakta veya en az düzeye düşürebilmektedir (Tükel ve diğerleri 2004). Sunulan hizmetin ölçülmesinde kurumlar, bünyelerinde memnuniyet çalışmaları yapmaktadırlar. Bu çalışmalar, yönetimin ve çalışanların kendilerini dış bir gözle değerlendirmelerine imkân veren çalışmalardır. Bu aynı zamanda, kalitenin ilk iletişim ve ilişkilerden başlayarak sürekliliğini sağlayacak stratejik bir yönetimi de desteklemektedir. Memnuniyet çalışmalarından edinilen veriler, stratejilerin kurum felsefesi ile uyumu, kaynak ve kapasitesi ile sürdürülebilir rekabet konularında da bilgi vermektedir (Baltaş 2013).

Yapılan memnuniyet araştırmalarına göre hastaların hastaneden beklentileri özet olarak; doğru tanı, doğru teşhis işlemleri, doğru tedavi, bilgili, nitelikli ve becerikli sağlık profesyonelleri, temiz ortam, saygılı, özenli, güler yüzlü ve zamanında hizmet (Ekici 2013) şeklindedir. Ganasegeran ve diğerlerinin (2015) yapmış olduğu çalışmada, hizmet faktörleri bakımından hasta memnuniyetini belirleyen "teknik kalite" ve "erişilebilirlik ve konfor" gibi somut önceliklerin en yüksek orana sahip olduğu fakat doktorların hizmet yönelimi açısından özellikle de "doktorla geçirilen süre", "kişilerarası görgü kuralları" ve "iletişim" gibi memnuniyet boyutlarında düşük orana sahip olduğu görülmektedir. Zarei (2015)'inin çalışmasında ise hastaların en fazla memnun oldukları değişken, muayene esnasında doktor ile görüşme şeklindedir. Hastaların en az memnun oldukları değişken ise muayene bekleme süresinin fazla olması şeklinde tespit edilmiştir.

Hasta memnuniyeti sadece sistemin zorluklarıyla ilgili değil aynı zamanda hasta ve hastalık özellikleri de memnuniyeti belirlemede rol oynamaktadır. Memnuniyet ile hastanın özellikleri arasında (yaş, cinsiyet, eğitim, uyruk ve meslek gibi) büyük bir bağlantı ve ilişki bulunmaktadır (Othman ve diğerleri 2015). Ayrıca hasta memnuniyeti, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte (Bodur et al. 2002); etnik grup, eğitim düzeyi, sağlık durumu, bekleme süreleri ve cinsiyete bağlı uyum gibi birden fazla faktörden etkilendiği tespit edilmiştir (Azizam, Shamsuddin 2015). Pandit ve Mackenzie (1999)'nin jinekolojik polikliniklerinde randevu tarihi ve bekleme süreleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmada; hastaların % 95'i genel hizmetten memnun olmasına rağmen, % 19'unun ilk randevu almadaki ve % 26'sının ise

kliniğe bekleme süresinden memnun olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Kaya ve diğerleri (2017)'nin kadın doğum ve jinekoloji polikliniklerinde yapmış olduğu çalışmada hasta memnuniyeti ortalaması % 74,5 bulunmuştur.

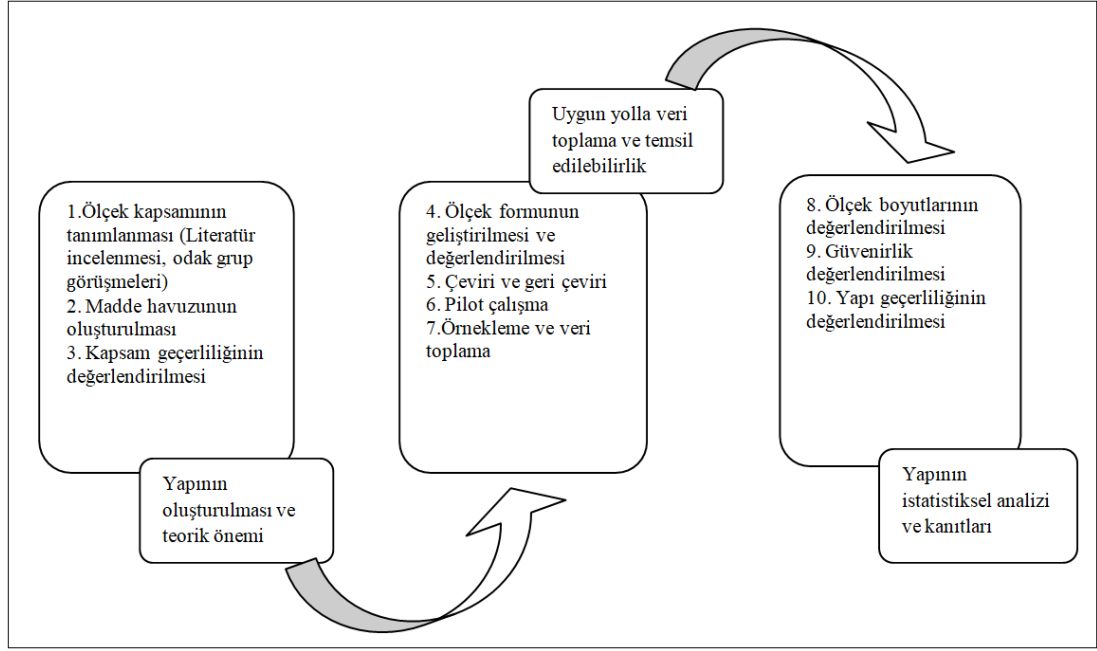
Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi büyük ölçüde hastaların istek ve beklentilerini karşılayabilmesine bağlıdır. Sağlık kurumunun hasta beklentilerini karşılayabilmesi için hastaların sunulan hizmetten memnuniyetlerinin araştırılması gerekmektedir (Ekici 2013). Sağlık sistemi hakkında bilgi edinmek ve kalitesini arttırabilmek için başlıca incelenmesi gereken değişkenler hizmetin kullanım derecesi, amacına ulaşma derecesi ve memnuniyet puanlarıdır. Bu değişkenleri iyi ölçebilmek ve değerlendirebilmek için de istatistiksel yöntemlere gereksinim duyulmaktadır (Ercan ve diğerleri 2004). Ulusal yazında hasta memnuniyetini değerlendirmek amacıyla yapılmış çalışmalar bulunmaktadır fakat bu çalışmaların genelinde araştırmacılar tarafından oluşturulan önermeler ile hasta memnuniyeti değerlendirilmektedir (Bodur et al. 2002; Vural et al. 2014; Apay, Arslan 2009; Taşlıyan, Gök 2012; Tükel ve diğerleri 2004; Erdem ve diğerleri 2008). Hasta memnuniyetini değerlendiren ölçekler incelendiğinde ise memnuniyetin teknik olmayan boyutunu (ayaktan ve yatan) ele alan tek bir ölçek olduğu görülmektedir (Ercan ve diğerleri 2004). Ayrıca literatürde hastalara verilen sağlık hizmetlerinin bir parçası olan ayaktan tanı ve tedavi kapsamında ise hasta memnuniyetini değerlendirebilmek adına bir ölçeğe rastlanmamıştır.

Poliklinik hastası aldığı sağlık hizmeti hakkında çok fazla bilgiye sahip değildir. Bu konuda memnuniyetini belirlerken muayenenin etkin bir şekilde yapılması, sorularına tatmin edici yanıtlar alması, şikayetlerine etkin bir şekilde çözüm üretilmesi, mahremiyete önem verilmesi, doktoruna güven duyması, muayene esnasında kendisine ayrılan sürenin yeterli olması, sağlık çalışanının profesyonelliği, personelin kendisine karşı tutumu, hastanenin fiziki görünümü, yönlendirme hizmetleri, bekleme süresi ve randevu sisteminin etkinliği, genel konfor gibi kriterleri değerlendirerek memnuniyet düzeyini belirlemektedir. Bu yüzden poliklinik hizmeti almak için ayaktan hastaneye başvuran hastaların randevu sistemi, çalışanların tutumu, bekleme süresi, genel memnuniyet ve özellikle muayenenin etkin bir şekilde yapılması kriterlerini kapsayan bir ölçeğin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu düşünülmüştür. Bu çalışmanın amacı, poliklinik hizmeti almak için ayaktan hastaneye başvuran hastaların memnuniyet düzeylerini belirleyebilmek amacıyla veri elde edilmesini sağlayacak ölçme aracının geliştirilmesidir.

## **II. YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Modeli**

Ayaktan hasta memnuniyeti ölçeği geliştirmek üzere geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yürütülen bu çalışma, metodolojik tipte bir araştırmadır. Bu çalışmada Geçkil ve Tikici (2015)'in çalışmasından yola çıkılarak üç faz ve on adımdan oluşan bir model kullanılmıştır. Araştırmanın modeli Şekil 1' de sunulmuştur.



**Şekil 1. Araştırmanın Modeli**

**Kaynak:** Geçkil, Tikici 2015

**Faz 1.** Yapının oluşturulması ve teorik önemi: Bu faz üç adımdan oluşmaktadır. Geliştirilmek istenen yapı ortaya çıkarılmakta ve çalışmanın kuramsal çerçevesi çizilmektedir.

Adım 1, oluşturulmak istenen ölçeğin kapsamının tanımlanması safhasıdır. Bu safhada yerli ve yabancı literatür incelemesi, odak grup görüşmeleri ve alandan uzman kişiler ile görüşme yapılır. Bu çalışmada, yerli ve yabancı literatür incelemesi yapılmıştır (Ercan ve diğerleri 2004; Devebakan 2006; Ganasegeran et al. 2015; Pandit, Mackenzie 1999; Othman ve diğerleri 2015; Zarei 2015; Bodur et al. 2002; Apay, Arslan 2009; Taşlıyan, Gök 2012; Vural et al. 2014; Kaya et al. 2017). Ayrıca poliklinik hastaları ile görüşme yapılarak beklentileri sorulmuş ve alandan uzman kişilerin (Sağlık Bilimleri ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri, hemşire ve uzman tıp doktorları) görüşlerine başvurulmuştur.

Adım 2, madde havuzu oluşturulması işlemidir. Çalışmanın bu adımında, 35 maddelik soru havuzundan oluşan taslak ölçek (Ek 1) elde edilmiştir. 35 maddelik aday ölçek formunda randevu, etkili muayene, çalışanların tutumu, bekleme süresi, danışmanlık ve genel memnuniyeti içeren sorular yer almaktadır.

Adım 3, kapsam geçerlilik indeksinin değerlendirilmesi safhasıdır. Çalışmada; taslak ölçek, 10 uzman görüşüne (Sağlık Bilimleri ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri, hemşire ve uzman tıp doktorları) sunulmuş ve maddelerin konu ile ilgili uygunluğunun değerlendirilmesi istenmiştir. Uzman görüşleri sonucunda kapsam geçerlik indeksi hesaplanmıştır.

**Faz 2.** Bu faz dört adımdan oluşmaktadır. Uygun yöntemlerle veri toplamanın ve evreni temsil edecek örneklemin sağlanması planlanır.

Adım 4, aday ölçek formu geliştirilir ve değerlendirilir.

Adım 5, ölçek uyarlama çalışmaları yapılır.

Adım 6, pilot çalışma yapılarak soruların uygunluğu değerlendirilir.

Adım 7, örnekleme hesabı ve veri toplama safhasıdır. Bu safhada örneklem oluşturulur.

**Faz 3.** Ölçeğin geliştirilmesinde istatistiksel analizler yapıldığı safhadır.

Adım 8, bu safhada AFA yapılarak boyutlar ortaya konulur.

Adım 9, ölçeğin güvenilirlik analizlerinin yapıldığı adımdır. Bu çalışmada, iç tutarlılık analizleri için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Ölçek madde analizleri ve yarıya bölme tekniği kullanılmıştır. Ayrıca zamana göre değişmezlik testleri ile de bulgular değerlendirilmiştir.

Adım 10, yapı geçerliliğinin test edilme safhasıdır. AFA sonucu ortaya çıkan faktörler DFA yapılarak sınanır.

## 2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evreni, Konya'da bir üniversite hastanesinde bekleme salonlarında poliklinik hizmeti alan (dahili ve cerrahi birimler) hastaları kapsamaktadır. Örneklemi ise hastaneye başvuran toplam 531 hastadan oluşmaktadır.

Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde ölçek madde sayısı ele alınarak hesaplamaya gidilmiştir. Bu grubun sayısı ölçme aracında bulunacak soruların sayısının üç katı olmalıdır (Sönmez, Alacapınar 2016); kabul edilebilir örneklem büyüklüğünün madde başına 4 ya da 5 katı olduğu yönünde (Özcan, Balyer 2013); ölçek madde sayısının 5-10 katı sayıda birey seçilebileceği (Erdoğan ve diğerleri 2015) yönünde görüşler bulunmaktadır. Bu araştırmada bu oran AFA için madde sayısının (35 madde) 10 katı; DFA için (29 madde) ise 6 katı şeklindedir. Örneklem seçiminde basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Ölçek geliştirme çalışması iki ayrı grup ile gerçekleştirilmiştir. İlk grup için AFA yapılmıştır. Bu analiz için örneklem 350 hastadan oluşmuştur. Katılımcıların %57'si kadın, %43'ü erkektir. %32'si cerrahi birimlere, %68'i ise dahili birimlere başvurmuştur. %71'i evli %29'u ise bekadır. % 37'si ilk defa, %63'ü ise birden fazla başvuru yapan hastadır. Gelir durumunu iyi olarak değerlendiren %19, orta % 74 ve kötü olarak değerlendiren ise %7'dir. Hastaların %50'si çalışmıyor, %41'i çalışıyor, %9'u ise emeklidir. Eğitim durumuna göre ise %1'inin okuma- yazması yok, % 8'inin okuma yazması var, %32' sinin ilköğretim mezunu, %27'si lise, %31'i üniversite, %1' i ise lisansüstü eğitime sahiptir. Katılımcıların yaş ortalaması 37'dir.

İkinci grup ise DFA için toplam 181 hastadan oluşmaktadır. Katılımcıların %79'u kadın, %21'i erkektir. %78,5'i cerrahi birimlere, %21,5'i ise dahili birimlere başvurmuştur. %83'ü evli, % 17'si ise bekadır. %56,4'ü ilk defa, % 43,6'sı ise eski hastadır. Gelir durumunu iyi olarak değerlendiren %30, orta %68 ve kötü olarak değerlendiren ise %2'dir. Hastaların %62'si çalışmıyor, %23'ü çalışıyor, %15'i ise emeklidir. Eğitim durumuna göre ise %5'inin okuma- yazması yok, %2,8'inin okuma yazması var, %50,8'i ilköğretim mezunu, %22,1'i lise, %18,8'i üniversite, %0,6'sı ise lisansüstü eğitime sahiptir. Katılımcıların yaş ortalaması 38'dir.

## 2.3. Araştırmanın Etik Boyutu

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu (06.01.2017 Tarih 2017/774 Sayı) ile çalışmanın yapıldığı sağlık kurumundan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca katılımcılardan da bilgilendirilmiş sözlü onam alınmıştır. Test tekrar test yapılan grupların birinci test ile ikinci testin eşleşebilmesi için ise anketler numaralandırılmıştır.

## 2.4. Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

AFA için veriler, izinler alındıktan sonra Şubat-Nisan 2017 tarihleri arasında Konya’da bir üniversite hastanesinde bekleme salonlarında poliklinik hizmeti alan hastaları kapsamaktadır. Kapsama hastaların dâhil edilmesinde, hastaların sonuçlarının değerlendirilme süreci sona erdiğinde anketin uygulanmasına dikkat edilmiştir. DFA için veriler Mayıs 2017 tarihinde toplanmıştır.

Değişmezlik-Test-Tekrar Test Aşaması için veriler AFA aşamasında uygulanan aday ölçeğin zamana göre değişmezliğini incelemek amacıyla test-tekrar test uygulaması yapılmıştır. Test- tekrar test, bir testin aynı bireylere aynı koşullarda ancak belli bir zaman aralığı ile tekrar verilmesine dayanmaktadır (Alpar 2014). Bu aşamada aralıksız yöntem kullanılmıştır. Hastalara tekrar ulaşma olasılığı olmadığı için kısa bir dinlenmeden sonra (15 dk) aday ölçek 30 kişiye ikinci kez uygulanmıştır.

Veri toplama iki aşamalı olarak yürütülmüştür. İlk aşamada veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen “randevu sistemi, çalışanların tutumu, etkili bir şekilde muayene, şikâyetlerin etkin bir şekilde dinlenmesi, bilgi alma, profesyonellik, mahremiyete dikkat edilmesi, bekleme süresi, temizlik, yönlendirme, genel konfor gibi”, memnuniyeti ölçeği 35 maddelik Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği (aday ölçek) (Ek 1) kullanılmıştır. İkinci aşamada veriler, AFA sonucu ortaya çıkan 5 faktörlü 29 maddelik Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği ile toplanmıştır (Ek 3). Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği, 5’li Likert tipinde bir ölçek olup yanıtların puanlanmasında; 1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum ve 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde gerçekleştirilmektedir.

## 2.5. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde kapsam geçerliği aşamasında Kapsam Geçerlik İndeksi [Content Validity Index (CVI)], AFA aşamasında; ortalama, standart sapma, Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu, Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı ve AFA (Bartlett Küresellik Testi, KMO Testi) ile yapılmıştır. Ayrıca t testi ve tek yönlü ANOVA testi ile; katılımcıların cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim durumları, hastaneye ilk defa gelip gelmeme durumu, mesleki durum ve başvurdukları birim gibi bağımsız değişkenler ile ölçek puanları karşılaştırılarak sonuçlar değerlendirilmiştir. AFA sonucunda elde edilen veriler Lisrel programında DFA ile değerlendirilmiştir.

## III. BULGULAR

### 3.1. Geçerlik Çalışmaları

#### 3.1.1. İçerik-Kapsam Geçerliliği

Oluşturulan 35 maddelik aday ölçek için içerik-kapsam geçerlilik analizi yapılmıştır. İçerik-kapsam geçerlilik analizi, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin ölçülmek istenen kavramı ölçüp ölçmediğini ve ölçülmek istenen kavram dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Kapsam geçerliliği için konu ile ilgili uzmanların görüşleri esas alınmaktadır. Ölçek maddelerinin kavramsal olarak değerlendirilmesini sağlayan kapsam geçerliliği için form uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman grubu, en az 3 ile en fazla 20 kişiden oluşması gerektiği yönünde görüş bildirmekte olan kaynakların (Erdoğan ve diğerleri 2015) yanı sıra bazı kaynaklar ise uzman görüşünün 5 ile 40 arasında olması gerektiğini söylemektedir (Alpar 2014). Bu çalışmada belirlenen ölçek maddeleri kapsam geçerlilik incelemesi için 10 uzman tarafından

değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanmıştır. Bu ölçütte uzmanlar 1-4 arası puanlar vermektedir. 1 puan “uygun değil”, 2 puan “maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir”, 3 puan “uygun ancak küçük değişiklik gerekli”, 4 puan “çok uygun” şeklindedir. Genel olarak 0,80 değeri ölçüt olarak alınarak karşılaştırma yapılmaktadır. Eğer uzmanlar maddelerin %80’ine 3 ile 4 puan arasında değerlendirirlerse Kapsam Geçerlik İndeksi 0,80 olarak belirlenmektedir (Erdoğan ve diğerleri 2015). Ölçeğin toplamına ait Kapsam Geçerlik İndeksinin 0,80 ve üzerinde olması “kabul edilebilir” değer olarak ifade edilmektedir. Bu çalışmada 35 maddenin tamamının 0,80 değerinin üzerinde indeks değerine sahip olduğu görülmüş ve maddelerin tamamının ölçekte yer alması gerektiğine karar verilmiştir.

### 3.1.2. Yapı Geçerliliği

Bu aşamada çalışmanın yapı geçerliğini ölçmek için AFA ve DFA kullanılmıştır. Bu süreçler aşağıda sıralanmıştır.

#### 3.1.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

AFA’nın ölçek geliştirme çalışmalarında izlenmesi gereken bazı süreçleri bulunmaktadır (Uğurlu, Aylar 2017).

#### *Verilerin Faktör Analizi için Uygunluğunun Değerlendirilmesi*

**Korelasyon matrisinin hesaplanması:** AFA öncesi, ölçeğin bir maddesinin toplam madde puanı korelasyonu incelenmiştir. Tablo 1’de sonuçlar gösterilmektedir.

**Tablo 1. Madde-Toplam Korelasyonları**

Madde No	r*	Madde No	r*	Madde No	r*	Madde No	r*
1	0,54	10	0,66	19	0,76	28	0,62
2	0,54	11	0,72	20	0,75	29	0,72
3	0,47	12	0,74	21	0,76	30	0,37
4	0,59	13	0,75	22	0,59	31	0,25
5	0,57	14	0,56	23	0,40	32	0,64
6	0,47	15	0,77	24	0,59	33	0,73
7	0,66	16	0,70	25	0,64	34	0,76
8	0,73	17	0,70	26	0,74	35	0,61
9	0,57	18	0,69	27	0,62		

\*p<0,001

Ölçeğin bir maddesi ile toplam madde puanı arasındaki korelasyon değeri düşük ise bu “o maddenin farklı bir niteliği ölçtüğünü” göstermektedir. Bu çalışmada korelasyon 0,40 altı değer olarak kabul edilmiştir (Geçkil, Tikici 2015) (Tablo 1). Toplam madde Pearson korelasyon katsayısı (r) 0,40 değerinin altında kalan 30. ve 31. madde (Ek 1) ölçekten çıkarılmıştır. Ölçekte kalan 33 madde üzerinden AFA yapılmıştır. Çalışmada, madde-toplam korelasyon değerlerinin 0,40 ile 0,77 arasında değiştiği görülmektedir.

**KMO Örneklem Yeterliliği Ölçüsü ve Bartlett Küresellik Testi:** Yapı geçerliliği açısından faktör analizi öncesinde veri setinin faktör analizi için uygunluğu değerlendirilir. Bu amaçla KMO ve değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediklerini sınamak için Bartlett testi (Erdoğan ve diğerleri, 2015) yapılmıştır. KMO testinin anlamlı çıkması için (p<0,05) ve 0,50’den büyük çıkması gerekmektedir (Uğurlu, Aylar 2017). KMO bulunan



değerin 1'e yaklaştıkça mükemmel, 0,50'nin altında ise kabul edilemez olduğu belirtilmektedir (Tavşancıl 2005).

**Tablo 2. Verilerin Faktör Analizi için Uygunluğunun Değerlendirilmesi (n=350)**

<b>KMO Örneklem Ölçüm Yeterliliği</b>		0,95
<b>Bartlett Testi</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	8019,90
	<b>sd</b>	528
	<b>p</b>	0,00

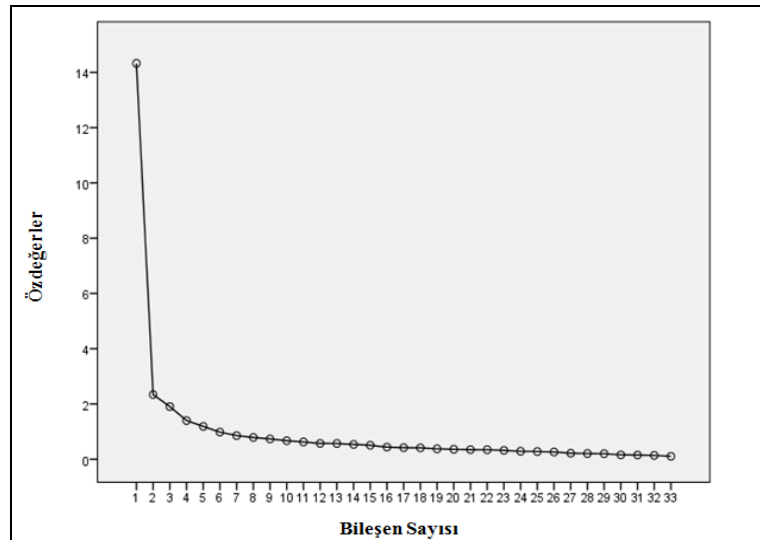
Tablo 2' de görüldüğü üzere KMO örneklem yeterliliği testi sonucu değerini 0,95 olması veri setinin AFA için uygun olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada Bartlett's Testi analizi sonucu  $X^2=8019,90$ ;  $sd= 528$  ( $p<0,05$ ) bulunmuştur. Sonuç, örneklemin yeterli olduğunu ve verilerin normal dağıldığını göstermektedir.

**Faktör Sayısına Karar Verilmesi:** Faktör sayısına, faktörlerin açıkladıkları varyans yüzdeleri (Tablo 3) ve yamaç grafiğine (Şekil 2) bakılarak karar verilmiştir.

**Tablo 3. Faktörlerin Toplam Varyansı Açıklama Yüzdeleri**

Faktörler	Başlangıç Öz Değerleri			Faktör Sayısı İçin Öneri		
	Toplam	Varyans (%)	Kümülatif (%)	Toplam	Varyans (%)	Kümülatif (%)
1	14,33	43,41	43,41	8,39	25,41	25,41
2	2,34	7,09	50,50	4,19	12,69	38,10
3	1,91	5,77	56,28	3,66	11,08	49,17
4	1,40	4,24	60,51	2,76	8,37	57,54
5	1,19	3,60	64,11	2,17	6,57	64,11

Özdeğeri 1'in üzerinde olan faktörler yoruma esas alınmıştır (Tavşancıl 2005), 5 faktörün öz değerleri 1'den büyüktür. Özdeğeri 1'den büyük olan 5 faktörlü yapı toplamda % 64,11 varyans ile açıklanmaktadır. Açıklanan varyansın 0,50-0,70 arasında olması o ölçeğin "yeterli" geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir (Alpar 2014). Ölçmek istenilen memnuniyetin 1. Faktör % 43,41, 2. Faktör % 7,09, 3. Faktör % 5,77, 4. Faktör % 4,24, 5. Faktör ise % 3,60 oranında ölçmektedir. Açıklanan varyansın yüksek olması, ölçülmek istenen kavramın o denli iyi ölçüldüğünü ve faktör yapısının da o kadar güçlü olduğunu göstermektedir (Geçkil, Tikici 2015; Uğurlu, Aylar 2017).



**Şekil 2. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Yamaç Grafiği**

Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği faktör öz değerlerinin yamaç grafik dağılımı incelendiğinde (Şekil 2) ilk 5 faktörden sonra eğimin yerini düz bir çizgiye bıraktığı görülmektedir. Bu doğrultuda faktör sayısı için kesme noktası beştir.

**Faktörlerin İncelenmesi ve İsimlendirilmesi:** AFA sonucunda Varimax döndürme tekniği kullanılarak döndürülmüş madde faktör yükleri incelenmiştir. Varimax yönteminde daha az değişkenle faktör varyanslarının maksimum olması sağlanacak şekilde döndürme yapılmaktadır (Tavşancıl 2005). Böylece ölçek maddelerinin beklenen alt ölçeklerde yer alıp almadıklarının ve maddelerin başka faktörlerle binişik (birden çok faktöre yüksek yük verme) olup olmadıklarına bakılmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4. Faktör Yapısı ve Maddelerin Faktör Yükleri (n=350)**

Maddeler	Faktörler				
	1	2	3	4	5
M12	<b>0,79</b>	0,24	0,18	0,08	0,06
M13	<b>0,77</b>	0,20	0,18	0,19	0,05
M8	<b>0,75</b>	0,13	0,17	0,09	0,32
M20	<b>0,73</b>	0,15	0,19	0,17	0,26
M19	<b>0,71</b>	0,26	0,22	0,22	0,08
M11	<b>0,71</b>	0,34	0,16	0,08	0,00
M21	<b>0,71</b>	0,25	0,20	0,20	0,12
M33	<b>0,70</b>	0,28	0,11	0,33	-0,03
M34	<b>0,70</b>	0,31	0,09	0,40	-0,04
M15	<b>0,70</b>	0,19	0,13	0,45	0,11
M7	<b>0,64</b>	0,04	0,15	0,09	0,47
M10	<b>0,63</b>	0,31	0,06	0,09	0,13
M9	<b>0,60</b>	0,09	0,17	-0,04	0,30
M18	0,55	0,23	0,13	0,50	0,04
M27	0,27	<b>0,74</b>	0,10	0,12	0,10
M24	0,12	<b>0,73</b>	0,15	0,09	0,31
M25	0,18	<b>0,70</b>	0,15	0,23	0,22
M29	0,41	<b>0,67</b>	0,18	0,18	0,03
M26	0,50	0,59	0,16	0,21	0,04
M35	0,28	<b>0,48</b>	0,17	0,21	0,16
M28	0,43	0,45	0,26	0,09	-0,02
M32	0,39	0,44	0,11	0,20	0,21
M2	0,18	0,15	<b>0,85</b>	0,01	0,04
M1	0,18	0,24	<b>0,83</b>	0,01	-0,05
M3	0,10	0,13	<b>0,76</b>	0,10	0,06
M5	0,24	0,08	<b>0,72</b>	0,21	0,10
M4	0,22	0,08	<b>0,68</b>	0,20	0,26
M14	0,09	0,29	0,13	<b>0,70</b>	0,28
M16	0,38	0,26	0,18	<b>0,69</b>	0,13
M17	0,46	0,20	0,20	<b>0,64</b>	0,06
M23	0,02	0,20	0,05	0,20	<b>0,72</b>
M22	0,15	0,34	0,07	0,29	<b>0,60</b>
M6	0,35	0,10	0,10	-0,08	<b>0,58</b>

Döndürme işlemi sonucunda oluşan faktör matrisi incelenerek faktörlerde yer alan değişkenler ve faktör yükleri belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin taşımış oldukları faktör yük

değerinin 0,30'dan yüksek olması gerektiği ifade edilmektedir. Bu nedenle faktör yük değeri 0,30'un altında olan maddeler ölçekten çıkarılması gerekmektedir (Uğurlu, Aylar 2017). Bu çalışmada faktör yük değerleri 0,48 ile 0,85 arasında değişmektedir.

18. 26. 28. ve 32. maddeler (Ek 1) binişik yani her iki faktöre de birbirine çok yakın değerlerle yüklendiği için sınıflandırmadan çıkarılmıştır. Yüksek yük değeri veren binişik maddelerin durumu değerlendirilirken yük değerleri arasındaki farkın en az 0,10 olmasına da dikkat edilmesi gerekmektedir (Uğurlu, Aylar 2017; Sönmez, Alacapınar 2016).

Genel olarak bir boyutun en az üç değişkenden oluşması gerektiği vurgulanmaktadır (Alpar 2014). Dolayısıyla bu çalışmada faktörler en az üç değişkenden oluşmaktadır. Böylece 1. faktör "etkin muayene"; 2. faktör "genel memnuniyet"; 3. faktör "randevu"; 4. faktör "çalışanların tutumu"; 5. faktör "bekleme süresi ve danışmanlık" şeklinde isimlendirilmiştir. DFA aşamasında kullanılan anket formunda ölçek maddeleri (alt faktörlerin altında) (Ek 3) yeniden numaralandırılarak veriler toplanmış ve analizleri yapılmıştır.

### 3.2. Güvenirlilik Çalışmaları

Bu çalışmanın güvenirliliğinin hesaplanmasında "iç tutarlılık" ve "değişmezlik" testleri kullanılmıştır.

#### 3.2.1. İç Tutarlılık

**Yarıya bölme yöntemi:** Ölçeğin iç tutarlılık ölçme yöntemlerinden birisi de yarıya bölme yöntemidir. Bu yöntemde ölçek gruba bir kez uygulanmakta ve puanlamadan önce ölçek iki yarı bölüme ayrılmaktadır. En çok tercih edilen yöntem tek ve çift numaralı soruların bir grup olarak oluşturulmasıdır. Ölçme aracının iki yarısı ayrı test olarak kabul edilerek aralarındaki ilişki hesaplanmaktadır. Eğer iki ayrı soru grubu arasındaki korelasyon yüksek ise yani birbiriyle tutarlı ise ölçeğin bütününe birbiri ile ilişkili sorulardan oluştuğu sonucuna varılmaktadır (Erdoğan ve diğerleri 2015) ve "güvenilir" olduğu yorumu yapılabilir (İslamoğlu, Alnaçık 2016).

**Tablo 5. Ölçeği Yarıya Bölme Analizi**

		<b>Tekli Sorular</b>	<b>Çiftli Sorular</b>
<b>Tekli Sorular</b>	<b>Pearson Korelasyon</b>	1	0,94**
	<b>p</b>		0,00
	<b>n</b>	350	350
<b>Çiftli Sorular</b>	<b>Pearson Korelasyon</b>	0,94**	1
	<b>p</b>	0,00	
	<b>n</b>	350	350

\*\* p<0,01

Bu çalışmada da (Tablo 5) 29 maddelik 5 seçenekli Likert tipli ölçeğin iki yarısı arasındaki korelasyon 0,94 olarak bulunmuştur. Bu katsayı 0,70'in üzerinde olduğu için testin iç tutarlılığı yüksek olarak değerlendirilmiştir (Erdoğan ve diğerleri 2015).

**Madde analizi:** Tablo 6'da ölçeğe ait madde analizleri sunulmuştur.

**Tablo 6. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin Madde Analizi Değerleri (n=350)**

Madde	Ortalama	Standart sapma	Madde çıkarıldığında Cronbach's Alpha	Madde faktör korelasyonu	Alt %27 (n=95)		Üst %27 (n=95)		t değeri	Ortak faktör varyansı
	$\bar{x}$	Ss.			$\bar{x}$	Ss.	$\bar{x}$	Ss.		
1	3,43	1,33	0,95	0,86	1,55	0,52	4,88	0,33	-52,37	0,78
2	3,34	1,33	0,95	0,87	1,54	0,50	4,83	0,38	-51,24	0,79
3	3,24	1,30	0,95	0,79	1,52	0,50	4,64	0,48	-43,77	0,62
4	3,20	1,28	0,95	0,78	1,53	0,50	4,61	0,49	-42,85	0,63
5	3,49	1,22	0,95	0,79	1,84	0,69	4,77	0,42	-35,25	0,63
6	2,96	1,35	0,95	0,68	1,34	0,48	4,47	0,50	-44,24	0,49
7	3,69	1,18	0,95	0,71	2,05	0,79	4,92	0,28	-33,29	0,66
8	3,85	1,05	0,95	0,81	2,48	0,90	4,99	0,10	-27,15	0,72
9	3,71	1,08	0,95	0,65	2,31	0,84	4,81	0,40	-26,35	0,49
10	3,90	1,13	0,95	0,72	2,45	1,08	5,00	0,00	-23,00	0,52
11	3,93	1,05	0,95	0,78	2,57	0,90	5,00	0,00	-26,48	0,65
12	3,78	1,09	0,95	0,83	2,32	0,79	4,97	0,18	-31,98	0,72
13	3,87	1,05	0,95	0,83	2,50	0,89	5,00	0,00	-27,57	0,71
14	3,46	1,32	0,95	0,75	1,59	0,66	4,81	0,39	-40,83	0,68
15	3,93	1,11	0,95	0,82	2,54	1,10	5,00	0,00	-21,84	0,76
16	3,69	1,21	0,95	0,85	2,06	0,86	5,00	0,00	-33,26	0,74
17	3,72	1,10	0,95	0,85	2,34	0,83	4,95	0,23	-29,49	0,71
19	3,85	1,11	0,95	0,83	2,41	1,04	5,00	0,00	-24,84	0,68
20	3,72	1,17	0,95	0,83	2,08	0,77	4,99	0,10	-36,58	0,68
21	3,73	1,17	0,95	0,82	2,09	0,80	4,97	0,18	-34,20	0,66
22	2,80	1,43	0,95	0,82	1,76	1,39	3,81	1,12	-11,20	0,59
23	2,64	1,29	0,95	0,78	1,01	0,10	4,33	0,47	-66,99	0,61
24	3,18	1,31	0,95	0,80	1,41	0,49	4,58	0,50	-44,08	0,66
25	3,53	1,19	0,95	0,80	1,93	0,76	4,75	0,44	-31,33	0,64
27	3,44	1,24	0,95	0,81	1,75	0,62	4,76	0,43	-38,94	0,65
29	3,66	1,10	0,95	0,79	2,25	0,83	4,82	0,39	-27,50	0,68
33	3,93	1,08	0,95	0,80	2,52	0,93	5,00	0,00	-25,66	0,69
34	4,00	1,06	0,95	0,81	2,64	0,97	5,00	0,00	-23,97	0,75
35	3,37	1,32	0,95	0,70	1,55	0,58	4,83	0,38	-46,35	0,41
<b>Toplam</b>	<b>3,55</b>	<b>0,76</b>								

\*p&lt;0,001

Tablo 6'da görüldüğü gibi, Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin toplam puan ortalaması 3,55, standart sapması 0,76, maddelerin ortalaması 2,64 ile 4,00 arasında değişmektedir. Madde-faktör korelasyonu 0,65 ile 0,87 arasında yer almaktadır. Çalışmada, madde çıkarıldığında Cronbach's Alpha değeri her bir madde için 0,95 bulunmuştur. Bir madde ölçekten çıkarıldığında alfa katsayısı, ölçeğin tümü için hesaplanan alfa katsayısına göre artış gösterirse, o maddenin "güvenirliliğini azaltan" bir madde olduğu söylenir ve bu maddenin ölçekten çıkarılması önerilir (Alpar 2014). Dolayısıyla 29 maddenin de ölçekte kalmasına karar verilmiştir.

İç tutarlılık ölçütlerinden alt-üst grup ortalamaları farkına dayalı madde analizi yapılmıştır. Alt veya üst %27'lik (n=350×%27) gruplardan biri ölçeğin ölçmek istediği tutuma olumlu iken diğer grubun olumsuz yönde yaklaşım sergilemesi beklenmektedir. Herhangi bir madde için her iki grubun farklı düzeyde puan ortalamaları vermesi beklenir ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olması (p<0,001) gerekmektedir. Eğer bir madde alt-üst gruplar tarafından anlamlı bir fark olmayacak şekilde cevaplanmış ise bu madde olumlu ya

da olumsuz tutumu ayırt edemiyor demektir ve maddenin ölçekten çıkartılması gerekmektedir (Geçkil, Tikici 2015). Tablo 6'da alt-üst %27'lik grupların ölçeğin bütün maddelerine ait puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde farklı olduğu ( $p<0,001$ ) görülmektedir.

Tablo 6'da görüldüğü üzere ölçek maddelerinin ortak faktör varyansları ( $h^2$ ) 0,41 ile 0,79 arasında değişmektedir. Ortak varyans 0,50 den küçük olduğunda çıkartılan faktörlerce açıklanamayan önemli miktarda varyans olduğu anlamına gelmektedir (Alpar 2014). Sosyal bilimlerde yapılan analizlerde 0,40 ile 0,60 arasında değişen varyans oranları yeterli kabul edilmektedir. Faktör örüntüsünün oluşturulmasında ise 0,30 ile 0,40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği belirtilmektedir (Tavşancıl 2005). Bu çalışmada da 0,40 alt değer olarak alınmıştır.

**Cronbach's Alpha katsayısı:** Tablo 7'de görüldüğü gibi ölçeğin toplam Cronbach's Alpha değeri 0,95 olarak bulunmuştur. Randevu boyutu için 0,88, çalışanların tutumu için 0,81, etkin muayene boyutu için 0,95, bekleme süresi ve danışmanlık için 0,64, genel memnuniyet için ise 0,84 olarak hesaplanmıştır. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin bütününe ilişkin (toplam ölçek Alpha= 0,95) iç tutarlılığının yüksek derecede güvenilir (Kayış 2010) olduğu görülmektedir.

**Tablo 7. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Toplamı ve Faktörlere ait Cronbach's Alpha Katsayıları**

Ölçek	n	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Randevu	350	5	0,88
Çalışanların Tutumu	350	3	0,81
Etkin Muayene	350	13	0,95
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	350	3	0,64
Genel Memnuniyet	350	5	0,84
Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği (Toplam Madde)	350	29	0,95

### 3.2.2. Değişmezlik-Test-Tekrar Test Aşaması

AFA aşamasında uygulanan aday ölçeğin (Tablo 8) zamana göre değişmezliğini incelemek amacıyla test-tekrar test uygulaması yapılmıştır. Bu aşamada aralıksız yöntem kullanılmıştır. Hastalara tekrar ulaşma olasılığı olmadığı için kısa bir dinlenmeden sonra (15 dak.) aday ölçek rumuz belirten 30 kişiye ikinci kez uygulanmıştır. Değerler arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Bu korelasyon katsayısı 1'e yaklaştığı ölçüde, iki uygulamadan elde edilen puanlar birbirine yakın, 0'a yaklaştığı ölçüde ise iki uygulamadan elde edilen puanların birbirinden farklı olduğu anlamı taşımaktadır (Sönmez, Alacapınar 2016).

**Tablo 8. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi**

Ölçek	n	r	p
Birinci Ölçüm	30	0,96	0,00
İkinci Ölçüm	30		

Tablo 8'de görüldüğü üzere Pearson Korelasyon (r) katsayısı 0,96 ( $p<0,01$ ) olarak hesaplanmıştır. Bu katsayının 0,80'in üzerinde olması ve 0,70'in altına düşmemesi gerektiği ile +1'e ne kadar yaklaşırsa testin o kadar güvenilir olduğu söylenir (Alpar 2014). Test-tekrar test korelasyonunun yüksek çıkması ölçeğin ölçüm yeteneğinin zamana göre değişmediğini göstermektedir (Erdoğan ve diğerleri 2015).

### 3.3. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği İle İlgili İstatistik Analizler

**Tablo 9. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin Ortalama Puanları ve Standart Sapma Değerleri**

Ölçek	n	Ortalama	Ss.
Randevu	350	3,34	1,05
Çalışanların Tutumu	350	3,62	1,03
Etkin Muayene	350	3,84	0,87
Bekleme Süresi ve Danışmanlık	350	2,80	1,03
Genel Memnuniyet	350	3,43	0,96
<b>Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği (Toplam Madde)</b>	350	3,55	0,76

Tablo 9'da Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin alt boyutlarının ortalama puanları ve standart sapmaları görülmektedir. Randevu alt boyutu 3,34±1,05; çalışanların tutumu boyutu 3,62±1,03; etkin muayene boyutu 3,84±0,87; bekleme süresi ve danışmanlık boyutu 2,80±1,03; genel memnuniyet boyutu 3,43±0,96; toplam ölçek ise 3,55±0,76 ortalama puana sahip olarak bulunmuştur.

**Tablo 10. Katılımcıların Başvurdukları Birim ve Eğitim Durumlarına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

		Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği ve Boyutları Madde Ortalama ve Standart Sapmaları ( $\bar{x} \pm SS$ )					
		Randevu	Etkin Muayene	Çalışanların Tutumu	Bekleme Süresi ve Danışmanlık	Genel Memnuniyet	Toplam
Birim	Cerrahi	3,08±1,12	3,72±0,90	3,48±1,03	2,71±0,98	3,30±0,95	3,41±0,75
	Dahili	3,47±1,00	3,89±0,85	3,69±1,02	2,84±1,05	3,50±0,96	3,62±0,76
	t	-3,29	-1,71	-1,80	-1,12	-1,86	-2,45
	p	0,00	0,09	0,07	0,27	0,06	0,01
Eğitim	Okuma yazma var/yok	3,56±1,04	3,98±0,71	3,88±0,80	3,16±1,02	3,86±0,75	3,79±0,64
	İlköğretim	3,34±1,00	4,03±0,74	3,88±0,79	2,96±1,01	3,59±0,88	3,71±0,65
	Lise	3,36±1,07	3,81±0,95	3,57±1,14	2,65±1,02	3,43±1,01	3,52±0,83
	Üniversite/lisansüstü	3,27±1,09	3,63±0,92	3,34±1,12	2,67±1,04	3,17±0,99	3,36±0,80
	F	0,62	4,34	6,27	3,45	5,94	5,17
	p	0,60	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00

Tablo 10'da katılımcıların, "başvurulan birim" ve "eğitim durumlarına" göre toplam ölçek ve ölçek alt boyutlarının ortalama puanları ve standart sapmaları gösterilmektedir. Katılımcıların "cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, hastaneye ilk defa gelip gelmeme durumu, mesleki durum" değişkenlerinin randevu, etkin muayene, çalışanların tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık, genel memnuniyet, toplam ölçek puanı ile arasında herhangi bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Bu nedenle bu değişkenlere Tablo 10'da yer verilmemiştir.

Katılımcıların "başvurulan birim" değişkeni ile randevu boyutu ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Fakat "başvurulan birim değişkeni" ile ölçeğin etkin muayene boyutu, çalışanların tutumu, genel memnuniyet, bekleme süresi ve

danışmanlık boyutları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Katılımcıların “eğitim düzeyi” ile etkin muayene, çalışanların tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık, genel memnuniyet ve toplam ölçek puanı arasında anlamlı bir fark çıkmıştır ( $p<0,05$ ). Fakat “eğitim düzeyi” ile randevu boyutu arasında anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Ölçeğin sonunda “hastanemizi başkasına tavsiye eder misiniz?” sorusuna, AFA aşamasına dahil olan katılımcıların % 88’i evet, % 12’si ise hayır cevabı vermişlerdir. DFA aşamasındaki katılımcılar ise %91 evet, %6 hayır cevabını ve %3 ise kararsız şekilde cevap vermişlerdir.

### 3.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA aşamasında faktör sayısı belirlenen ölçeğin yapı geçerliğini desteklemek ve sonuçların uygunluğunu test etmek amacıyla DFA uygulanmaktadır (Uğurlu, Aylar 2017). AFA’da elde edilen sonuçların modeli açıklamakta yeterli olup olmadığını sınamak için Lisrel Programı kullanarak DFA yapılmıştır.

AFA sonucu 5 boyuttan oluşan 29 maddelik ölçek, DFA aşamasında madde numaraları alt boyutların altında yeniden düzenlenerek model oluşturulmuştur (Ek 3). DFA sonucunda Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği’nin maddelerine (Ek 3) ilişkin elde edilen uyum iyiliği değerleri Tablo 11’de gösterilmektedir.

**Tablo 11. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Uyum İyiliği Değerleri**

Uyum Ölçütleri	Elde Edilen Değerler
$X^2 /sd$	891,17/367=2,43*
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	0,09*
Root Mean Square Residual (RMR)	0,08*
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	0,06**
Normed Fit Index (NFI)	0,79*
Non-Normed Fit Index (NNFI)	0,85*
Comparative Fit Index (CFI)	0,86*
Goodness of Fit Index (GFI)	0,75*
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	0,70*
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	0,63*

\*\* İyi uyum \* Kabul edilebilir uyum

DFA sonucu elde edilen  $X^2=891,17$ ,  $sd=367$  olup, p değeri ( $p=0,00$ ) manidar bulunmuştur. Uyum yeterliliğini test etmenin yolu  $X^2/sd$ ’nin incelenmesidir. Bu oranın 2-3 arasında olması kabul edilebilir uyuma işaret etmektedir (Schermelleh-Engel et al. 2003, İlhan ve diğerleri 2015). Çalışmada,  $X^2/sd$  sonucu 2,43 dür. Bu oran kabul edilebilir uyumu göstermektedir. Yol şemasındaki RMSEA incelendiğinde 0,09 düzeyinde ( $\leq 0,10$ ) kabul edilebilir bir uyum indeksi elde edilmiştir (Erdoğan ve diğerleri 2015; Özcan, Balyer 2013). GFI 0,75 ve AGFI değeri 0,70, NNFI değerinin 0,85, CFI değerinin 0,86, RMR değerinin 0,08 olması ve ( $\leq 0,10$ ) kabul edilebilir uyuma karşılık geldiği; SRMR değerinin 0,06 ( $\leq 0,08$ ) iyi uyuma karşılık geldiği (Çokluk ve diğerleri 2014) görülmektedir. PGFI değeri 0,63, kabul edilebilir uyum düzeyindedir (Geçkil, Tikici 2015). Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği’nin DFA sonuçları bu ölçütlere göre (Özcan, Balyer 2013; Çokluk ve diğerleri 2014; Erdoğan ve diğerleri 2015) (Tablo 11) değerlendirildiğinde modelin iyi bir model olduğu söylenebilir.

Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği’nin boyutlarına ilişkin yol şeması Ek 2’de gösterilmektedir. Yol diyagramında dikkörtgenler içinde gösterilen ölçek maddeleri gözlenen

değişkenleri (ölçek maddeleri), oval şekiller ise örtük değişkenleri (alt boyutlar) temsil etmektedir (Çapık 2014). Örtük değişkenlerden (boyutlar) gözlenen değişkenlere (maddelere) doğru yönelen tek yönlü oklar ise tek yönlü doğrusal ilişkiyi göstermektedir (Geçkil, Tikici 2015). Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin alt boyutlarındaki hata varyanslarına bakıldığında randevu boyutunun 0,23-0,52, etkin muayene boyutunun 0,25-0,67, çalışanların tutumu boyutunun 0,33-0,46, bekleme süresi ve danışmanlık boyutunun 0,34-0,58, genel memnuniyet boyutunun 0,25-0,55 arasında değiştiği ve kabul edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir.

Yol şemasında (Ek 2) standardize edilmiş parametre değerleri incelendiğinde, maddelerin yüklerinin 0,57'nin üzerinde olduğu bulunmuştur. Faktör yüklerinin 0,30'un altında olmaması istenmektedir (Çapık 2014). Diyagramda standardize edilmiş parametre değerleri incelendiğinde; değerlerin randevu boyutu için 0,69 ile 0,88 arasında; etkin muayene boyutu için 0,57 ile 0,87 arasında; çalışanların tutumu için 0,73 ile 0,82 arasında; bekleme süresi ve danışmanlık boyutu için 0,65 ile 0,81 arasında; genel memnuniyet boyutu için ise 0,67 ile 0,86 arasında olduğu görülmektedir. Böylece DFA tek yönlü doğrusal ilişkiyi göstermektedir.

Örtük değişkenlerin gözlenen değişkenler tarafından açıklanma durumlarına ilişkin t değerleri 1,96'nın üzerinde olduğunda 0,05 düzeyinde, 2,56'nın üzerinde olduğunda 0,01 düzeyinde manidardır (Geçkil, Tikici 2015; Çokluk ve diğerleri 2014). Çalışmada tüm maddelerin değerleri 2,56'dan büyük olduğu için 0,01 düzeyinde tüm değerler anlamlı bulunmuştur.

#### IV. TARTIŞMA

Çalışmada, ayaktan muayenelerde hasta memnuniyeti ile ilgili ölçek geliştirilerek ilgili alandaki araştırmalarda kullanılabilecek yeni bir veri toplama aracının sunulmasına odaklanılmıştır. Ayaktan muayenelerde hasta memnuniyeti ile ilgili ölçeğin geliştirilmesi için geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır.

Bu çalışmada, aday ölçek için 35 maddelik soru havuzu (Ek 1) hazırlanmıştır. Soru havuzu 10 uzman görüşüne sunulurken kapsam içerik analizi ile test edilmiştir. Daha sonra AFA ve DFA yapılarak aday ölçeğin yapı geçerliliği test edilmiştir. AFA aşamasında ilk nesnel denetim olarak bir maddenin toplam puana olan korelasyon katsayısı hesaplanmış (Uğurlu, Aylar 2017) ve 0,40 değerinin altında (Geçkil, Tikici 2015) kalan 2 madde ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 33 madde üzerinden AFA yapılmıştır. KMO örneklem yeterliliği testi sonucu değer 0,95 olarak bulunmuş ve 350 örneklem "mükemmel" olarak değerlendirilmiştir (Tavşancıl 2005). Ölçekte faktör sayısına karar vermek için faktörlerin toplam varyansı açıklama yüzdelere bakılmıştır. Özdeğeri 1'den büyük olan 5 faktörlü yapı toplamda %64,11 varyans ile açıklanmıştır. Varimax döndürme tekniği kullanılarak madde faktör yükleri incelenmiş ve 4 madde binişik çıktığı için ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 29 maddenin faktör yüklerinin alt değeri 0,48 olduğu bulunmuştur. Modelde beş örtük değişken saptanmış ve randevu (5 madde), etkin muayene (13 madde), çalışanların tutumu (3 madde), bekleme süresi ve danışmanlık (3 madde), genel memnuniyet (5 madde) şeklinde faktörler isimlendirilmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında iç tutarlılık (madde analizi, Cronbach's Alpha ve yarıya bölme yöntemi) ve değişmezlik testleri yapılmıştır (Erdoğan ve diğerleri 2015; İslamoğlu, Alnıaçık 2016). Ölçeğin zamana göre değişmediği tespit edilmiştir. Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının Cronbach's Alpha değerleri hesaplanmıştır. Toplam ölçek, etkin muayene, randevu, genel memnuniyet, çalışanların tutumu Cronbach's Alpha değeri 0,80'in üzerinde bulunmuştur. 0,80 ile 1,00 arasındaki değer "yüksek derecede güvenilir" şeklinde



değerlendirilmiştir. Bekleme süresi ve danışmanlık boyutu ise 0,60 ile 0,80 arasında değer aldığından “oldukça güvenilir” denilmiştir (Alpar 2014; Kayış 2010).

29 maddelik ölçeğin DFA sonuçları incelendiğinde; uyum indekslerinin “kabul edilebilir değerler” arasında olduğu görülmektedir. Standardize edilmiş parametre değerlerine bakıldığında ise alt faktör yükü değeri 0,57 bulunmuştur. Faktör yüklerinin 0,30’un altında olmaması istenmektedir. 0,71 ve üzeri “mükemmel”, 0,63 “çok iyi”, 0,55 “iyi”, 0,45 “kabul edilebilir” ve 0,32 “zayıf” (Çapık 2014) şeklinde değerlendirilmektedir.

Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği’nin toplam puan ortalaması ve standart sapması  $3,55 \pm 0,76$  olup, “katılıyorum” şeklinde değerlendirilmiştir. Alt boyutları incelediğimizde ise randevu ( $3,34 \pm 1,05$ ), bekleme süresi ve danışmanlık ( $2,80 \pm 1,03$ ) boyutu “kararsızım”; çalışanların tutumu ( $3,62 \pm 1,03$ ), etkin muayene ( $3,84 \pm 0,87$ ), genel memnuniyet ( $3,43 \pm 0,96$ ) boyutu “katılıyorum” şeklindedir. Hasta memnuniyeti açısından en yüksek ortalamaya sahip etkin muayene boyutu, en düşük ortalamaya sahip ise bekleme süresi ve danışmanlık boyutunun olduğu tespit edilmiştir.

Erdem ve diğerleri (2008)’nin yapmış olduğu çalışmada, hasta memnuniyetinin hasta bağlılığına önemli derecede etki ettiği ve memnuniyet düzeyi arttıkça hastaların hastanelere daha çok bağlılık göstereceği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hasta bağlılığına en fazla etki eden memnuniyet boyutunun ise ilgi ve nezaket boyutu olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada ilgi ve nezaket boyutu ile ilişkilendirilebilen etkin muayene ve çalışanların tutumu boyutudur. Çalışmada, bu iki boyutun diğer boyutlara oranla en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Etkin muayene boyutunu içeren soruları incelediğimizde; şikayetlerin dikkatli bir şekilde dinlenmesi, mahremiyete saygı, etkin bir şekilde muayene edilmesi, muayene esnasında ayrılan süreden memnuniyet, sorulara yeterli zaman ayrılması gibi ilgi ve nezaket içeren sorular ile tanı ve tedavi süreçlerinin etkili bir şekilde yapılıp yapılmadığını belirleyen sorular bulunmaktadır. Çalışanların tutumu ile ilgili sorular ise sekreterlerin, hemşirelerin ve hastabakıcıların tutumu ile ilgili memnuniyet düzeyleridir. Ayrıca hastalar bu çalışmada %88 oranında hastaneyi başkalarına tavsiye edebileceklerini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla hastaların genel anlamda hastanenin poliklinik hizmetlerinden memnun oldukları düşünülebilir. Böylece hastalar hem hastaneye bağlılık sergileyebilmekte hem de hastaneyi başkalarına tavsiye edebilmektedirler.

Çalışmada, en düşük memnuniyet ortalamasının randevu sistemi ile bekleme süresi ve danışmanlık boyutunda olduğu görülmektedir. Bu iki boyutun birbirini etkilediği düşünülmektedir. Kördeve ve diğerleri (2017)’nin çalışmasında, katılımcıların %54’ü Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulanmaya başladıktan sonra hastanede “sıra beklemeden muayene olduğunu”, %31,5’i “bu görüşe katılmadığını”, %14,5’i ise “fikrim yok” şeklinde ifade etmiştir. Karahan ve Gürpınar (2009) çalışmasında, polikliniklerde bakılan hastaların muayene edilme ve hastaların polikliniklere kabul edilme aralıkları sürelerinde geniş dalgalanmalar olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durumu randevu sisteminde bir hasta için öngörülecek ortalama muayene süresinin ve toplam randevu sayısının planlanmasını güçleştirdiği, hastalar için uzun bekleyişlere veya doktorlardan yeterli verimin alınmamasına neden olabileceği öngörülmüştür.

Bekleme süresi ve danışmanlık boyutunu değerlendiren diğer çalışmalara bakıldığında genelde bu boyutta memnuniyet oranının diğer değişkenlere göre daha düşük olduğu görülmektedir (Bleustein et al. 2014; Zarei 2015; Ganasegeran et al. 2015; Pandit, Mackenzie 1999). Kurumdan-hekimden alınan hizmetin değerlendirilmesinde ihtiyaç halinde kuruma-hekime ulaşabilme olanağı ve danışmanlık alınabilmesi (Baltaş 2013) ve hastaların zamanında muayene olabilmeleri hastalar için önem arz etmektedir. Hastanelerde bu boyutla ilgili olarak yeni düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

İyi organize edilmiş bir randevu sistemi hasta memnuniyeti üzerinde olumlu bir etkiye sahip olmaktadır. Çalışmada randevu boyutu; hastaların randevu sistemini anlayıp anlamadıkları, randevu merkezine kolay ulaşım ulaşamadıkları ve makul bir tarihe randevu alıp alamadıklarını belirleyen soruları içermektedir. Yıldızbaşı ve diğerleri (2016)'nin MHRS ile ilgili yapmış oldukları çalışmada, hastaların MHRS hakkındaki bilgi durumlarının genelde %80'in üzerinde olduğu ve şimdiye kadar MHRS'yi kullanma oranlarının genel olarak %70'in üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Kördeve ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında katılımcıların %58'i istediği gün ve saatte randevu alabildiğini, %47'si ise randevu aldığı saatte muayene olabildiğini, %38'i ise zamanında muayene olamadığını ifade etmiştir.

Genel memnuniyet boyutunu içeren maddelere bakıldığında; temizlik, genel konfor, çalışan sayısının yeterli olması, hastanenin genel çalışmaları, danışma ve yönlendirme hizmetlerinden memnun olma durumu gibi soruların bulunduğu görülmektedir. Çalışmada, genel memnuniyet ortalaması ve standart sapması  $3,43 \pm 0,96$  şeklinde bulunmuştur. Bodur ve diğerleri (2002)'nin çalışmasında sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet ortalaması  $3,02 \pm 0,54$  şeklindedir. Tükel ve diğerleri (2004)'nin çalışmasında ise genel memnuniyeti kapsayan tuvalet temizliğinin (%39,4) en çok tatminsizlik duyulan unsur olduğu ve “kötü” olarak nitelendirilen hizmetlerin başında geldiği; işaret levhaları hizmetlerinin (%80,8) ise memnuniyet düzeyini yükselten ve “iyi” olarak nitelendirilen hizmetlerin başında geldiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada katılımcıların cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, meslek gibi değişkenlerle ayaktan hasta memnuniyeti arasında bir fark bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ). Eğitim durumu ile ölçek toplam puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Grupların ortalama puanı incelendiğinde ise en düşük ortalama puana ( $3,36 \pm 0,80$ ) üniversite/lisansüstü mezunların olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastanelerden beklenti düzeyinin de artabileceği düşünülmüştür. Bodur ve diğerleri (2002)'nin çalışmasında da düşük eğitim seviyesine sahip insanların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hasta bakım kalitesinin temel ölçütlerinden biri, hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır (Erdem ve diğerleri 2008). Hasta memnuniyetinin sağlanması için ise hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ya da bu ihtiyaç ve beklentilerinin daha üstünde bir hizmet sunulması gerekmektedir. Bu çalışma sonucunda geliştirilen ölçek, ayaktan hastaneye başvuran hastaların (randevu, etkin bir şekilde muayene edilmesi, genel memnuniyet, çalışanların tutumu, bekleme süresi ve danışmanlık) memnuniyet düzeyini belirleyen güvenilir bir ölçek olarak alan yazında kullanılabilir.

## V. SONUÇ

Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılan Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği; 5 alt boyuttan (5'li likert tipli-kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) ve toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; randevu (1,2,3,4,5. maddeler), etkin muayene (6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18. maddeler), çalışanların tutumu (19,20,21. maddeler), bekleme süresi ve danışmanlık (22,23,24. maddeler), genel memnuniyet (25,26,27,28,29. maddeler) şeklinde anket soruları numaralandırılarak Ek 3'de son şekli sunulmuştur. Ölçeğin toplam ve alt boyutlarının puanı arttıkça hasta memnuniyeti algısı da artmaktadır. Ölçek toplam ve alt boyutlarının puanları; 1-1,79 puan arası “kesinlikle katılmıyorum”, 1,80-2,59 puan arası “katılmıyorum”, 2,60-3,39 puan arası “kararsızım”, 3,40-4,19 puan arası “katılıyorum”, 4,20-5 puan arası “kesinlikle katılıyorum” şeklinde değerlendirilir.

Sonuç olarak, yapısal modelde yer alan değişkenlerin ve bu değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkilerin memnuniyet üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve modeli uygun bir şekilde temsil ettiği görülmektedir. Dolayısıyla Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın ölçeği, bu alanda çalışacak araştırmacıların ihtiyaçlarına cevap vereceği düşünülmektedir.

### **Teşekkür**

Çalışmanın yapılmasına izin veren Hastane Başhekimliği'ne ve çalışmanın analizinde danışmanlık yapan ve yol gösteren değerli Prof. Dr. Emine Geçkil hocama ve çalışmaya katkı veren katılımcılara teşekkür ederiz.

### **KAYNAKÇA**

1. Alpar R. (2014) **Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenirlilik (3. Baskı)**. Detay Yayıncılık, Ankara.
2. Apay S. E. ve Arslan S. (2009) Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 8(3): 239-244.
3. Azizam N. A. and Shamsuddin K. (2015). Healthcare Provider-Patient Communication: A Satisfaction Study in the Outpatient Clinic at Hospital Kuala Lumpur. **Malaysian Journal of Medical Sciences** 22(3): 56-64.
4. Baltaş Z. (2013) "Memnuniyet Çalışmaları". **Hastane Yönetimi**. İçinde: Sur H. ve Palteki T. (ed.) ss: 93-111. Nobel Yayınevi, Ankara.
5. Bleustein C., Rothschild D. B, Valen A., Valatis E., Schweitzer L. and Jones R. (2014) Wait Times, Patient Satisfaction Scores, and the Perception of Care. **American Journal Managed Care** 20(5): 393-400.
6. Bodur S., Özdemir Y. E. and Kara F. (2002) Outpatient Satisfaction With Health Centers in Urban Areas. **Turkish Journal of Medical Science** 32(5): 409-414.
7. Çapık C. (2014) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 17(3): 196-205.
8. Çokluk Ö., Şekercioğlu G. ve Büyüköztürk Ş. (2014) **Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları (4. Baskı)**. Pegem Akademi, Ankara.
9. Devebakan N. (2006) Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 8(1): 120-149.
10. Ekici D. (2013) **Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi**. Sim Matbaacılık, Ankara.
11. Ercan İ., Ediz, B. ve Kan, İ. (2004) Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek. **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 30(3): 151-157.
12. 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: 95-110.

13. Erdoğan S., Nahcivan N. ve Esin N. (2015) **Hemşirelikte Araştırma (2. Baskı)**. Nobel Kitabevi, Ankara.
14. Ganasegeran K., Perianayagam W., AbdulManaf R., Ali Jadoo S. A. and Al-Dubai S. A.R. (2015) Patient Satisfaction in Malaysia's Busiest Outpatient Medical Care. **Scientific World Journal** 1-6. Doi: 10.1155/2015/714754
15. Geçkil T. ve Tikici M. (2015) Örgütsel Demokrasi Ölçeği Geliştirme Çalışması. **Amme İdaresi Dergisi** 48(4): 41-78.
16. İlhan M., Çetin B. ve Kinay İ. (2015) Standart Testlere Yönelik İnanç Ölçeği'nin (STYİÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. **Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 12(29): 161-189.
17. İslamoğlu A. H. ve Almaçık Ü. (2016) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (5. Baskı)**. Beta Yayınları, Ankara.
18. Karahan A. ve Gürpınar K. (2009) Hastanelerde Kuyruk ve Randevu Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Araştırma: Afyon Devlet Hastanesi Örneği. **Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 9(17): 155-172.
19. Kaya Ş. D., Maimaiti N. and Görkemli H. (2017) Assessing Patient Satisfaction with Obstetrics and Gynaecology Clinics/Outpatient Department in University Hospital Konya, Turkey. **International Journal of Research in Medical Sciences** 5(9): 3794-3797.
20. Kaya Ş. D. and Yüceler A. (2016) "The Role of Teamwork in Patient Safety at Healthcare Institutions". **Recent Advances in Health Sciences**. In: Çamlı A. A., Ak B., Arabacı R., Efe R. (eds.) ss: 690-704. St. Kliment Ohridski Press, Sofia.
21. Kayış A. (2010) "Güvenilirlik Analizleri". **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**. İçinde: Kalaycı Ş. (ed) ss: 403-419. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
22. Kördeve M. K., Uzun B. ve Ünal E. (2017) Merkezi Hastane Randevu Sisteminin İşleyişi Üzerine Bir Alan Araştırması. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 3(2): 226-235.
23. Othman Z. J., Hussein H., Al Faisal W. and Wasfy A. (2015) Predictors of Patient Satisfaction Among Diabetic Population Attending Primary Health Care Centers at Dubai Health Authority. **Quality in Primary Care** 23(4): 205-213.
24. Özcan K. ve Balyer A. (2013) Liderlik Oryantasyon Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. **Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi** 9(1): 136-150.
25. Pandit M. J. and Mackenzie I. Z. (1999) Patient Satisfaction in Gynaecological Outpatient Clinic Attendances. **Journal of Obstetrics and Gynaecology** 19(5): 511-515.
26. Schermelleh-Engel K., Moosbrugger H. and Müller H. (2003) Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. **Methods of Psychological Research Online** 8(2): 23-74.

27. Sönmez V. ve Alacapınar F. G. (2016) **Sosyal Bilimlerde Ölçme Aracı Hazırlama**. Anı Yayıncılık, Ankara.
28. Taşlıyan M. ve Gök S. (2012) Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 2(1): 69-94.
29. Tavşancıl E. (2005) **Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi**. Nobel Yayıncılık, Ankara.
30. Tükel B., Acuner A. M., Önder Ö. R. ve Üzgü A. (2004) Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası** 57(4): 205-214.
31. Uğurlu F. ve Aylar F. (2017) Derleme Çalışması: Ölçek Geliştirme Çalışmalarında AFA'nın Kullanımı. **Tidsad** 4(10): 195-212.
32. Vural F., Çiftci S., Çakıroğlu Y. and Vural B. (2014) Patient Satisfaction with Outpatient Health Care Services: Evaluation of the Components of This Service Using Regression Analysis. **Northern Clinics of Istanbul** 1(2): 71-77.
33. Yıldızbaşı E., Öztaş D., Sanisoğlu Y., Fırat H., Yalçın N., Dağ Şeker E., Doğusan A. R. ve Akçay M. (2016) Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Merkezi Hekim Randevu Sistemini Kullanan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi. **Ankara Medical Journal** 16(3): 293-302.
34. Zarei E. (2015) Service Quality of Hospital Outpatient Departments: Patients' Perspective. **International Journal of Health Care Quality Assurance** 28(8): 778-790.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

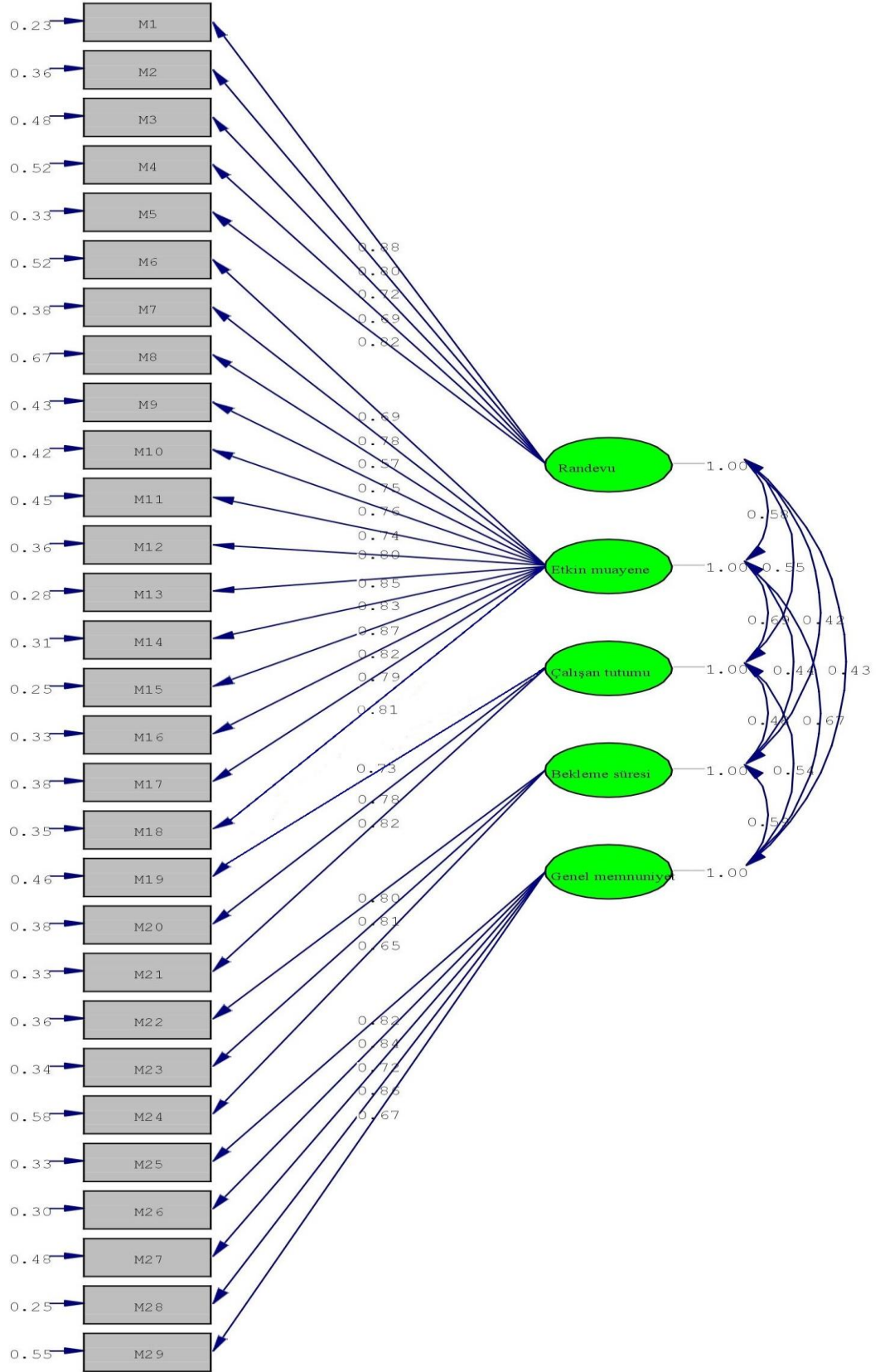
Kaya, Ş. D. & MaiMaiti, N. (2018). Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 601-623

**EK 1. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği (Aday Ölçek)**

		Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle katılıyorum (5)
1	Hastanenin randevu sistemini anlamak kolaydır (telefon, internet vs).					
2	Randevu almak istediğim zaman en kısa sürede randevu merkezine ulaşabiliyorum.					
3	Şikayetim ile ilgili olarak randevu alırken makul bir süre harcıyorum.					
4	Şikayetim ile ilgili olarak makul bir tarihe randevu alabiliyorum.					
5	Randevu ile ilgili verilen direktifleri açıklayıcı buluyorum.					
6	Muayene olmayı beklerken bekleme salonunda geçirdiğim süre makul bir süredir.					
7	Muayene sırasında bana ayrılan süreden memnunum.					
8	Şikayetim ile ilgili olarak etkin bir şekilde muayene edilirim.					
9	Muayene ile ilgili olarak ihtiyaç halinde başka birime yönlendirilmem konusunda (konsültasyon) yardımcı olunur.					
10	Muayene olurken kişisel mahremiyetime saygı gösterilir.					
11	Muayene edilmemle ilgili yeterli ekipman bulunmaktadır.					
12	Şikayetimle ilgili olarak etkin çözüm sunulmaktadır.					
13	Tedavimden memnunum					
14	Sekreterlerin tutumundan memnunum.					
15	Doktorların tutumundan memnunum.					
16	Hemşirelerin tutumundan memnunum.					
17	Hastabakıcıların tutumundan memnunum.					
18	Laboratuvar/röntgen ekibinin tutumundan memnunum.					
19	Şikayetim dikkatli ve istekli bir şekilde dinlenir.					
20	Sorularımı cevaplamak için yeterli zaman ayrılır.					
21	Şikayetim ile ilgili olarak gerekli açıklamalar ve tavsiyeler yapılır.					
22	Muayeneyi beklerken gecikme durumunda bilgilendirme yapılır.					
23	Mesai saatleri dışında ihtiyaç durumunda danışmanlık alınabilir.					
24	Hastanenin genel konforu (bekleme odası, poliklinik vs.) yeterlidir.					
25	Hastane içindeki danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.					
26	Tıbbi bakımın genel kalitesi yeterlidir.					
27	Hastanenin/birim genel temizliği yeterlidir.					
28	Tetkik sonuçlarımı söylenen zamanda alırım.					
29	Hastanenin genel çalışmaları yeterli düzeydedir.					
30	Hastaneye gelirken ulaşımında zorluk çekilmez.					
31	Hastanede yeterli park alanları vardır.					
32	Hastanenin resmi prosedürleri yeterli düzeydedir.					
33	Doktorun profesyonelliği yeterli düzeydedir.					
34	Doktoruma güvenirim.					
35	Sağlık çalışanı sayısı yeterlidir.					

Hastanemizi başkalarına da tavsiye eder misiniz? Evet (1) Hayır (2)

## EK 2. Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği'nin DFA Modeli



Ki-kare=891.17, df=367, P-değeri=0.00000, RMSEA=0.089

**EK 3: Ayaktan Hasta Memnuniyeti Ölçeği**

		Kesinlikle katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Kesinlikle katılıyorum (5)
<b>A</b>	<b>Randevu</b>					
1	Hastanenin randevu sistemini anlamak kolaydır (telefon, internet vs).					
2	Randevu almak istediğim zaman en kısa sürede randevu merkezine ulaşabiliyorum.					
3	Şikayetim ile ilgili olarak randevu alırken makul bir süre harcıyorum.					
4	Şikayetim ile ilgili olarak makul bir tarihe randevu alabiliyorum.					
5	Randevu ile ilgili verilen direktifleri açıklayıcı buluyorum.					
<b>B</b>	<b>Etkin Muayene</b>					
6	Muayene sırasında bana ayrılan süreden memnunum.					
7	Şikayetim ile ilgili olarak etkin bir şekilde muayene edilirim.					
8	Muayene ile ilgili olarak ihtiyaç halinde başka birime yönlendirilmem konusunda (konsültasyon) yardımcı olunur.					
9	Muayene olurken kişisel mahremiyetime saygı gösterilir.					
10	Muayene edilmemle ilgili yeterli ekipman bulunmaktadır.					
11	Şikayetimle ilgili olarak etkin çözüm sunulmaktadır.					
12	Tedavimden memnunum					
13	Şikayetim dikkatli ve istekli bir şekilde dinlenir.					
14	Sorularımı cevaplamak için yeterli zaman ayrılır.					
15	Şikayetim ile ilgili olarak gerekli açıklamalar ve tavsiyeler yapılır.					
16	Doktorun profesyonelliği yeterli düzeydedir.					
17	Doktoruma güvenirim.					
18	Doktorların tutumundan memnunum.					
<b>C</b>	<b>Çalışanların Tutumu</b>					
19	Sekreterlerin tutumundan memnunum.					
20	Hemşirelerin tutumundan memnunum.					
21	Hastabakıcıların tutumundan memnunum.					
<b>D</b>	<b>Bekleme Süresi ve Danışmanlık</b>					
22	Muayene olmayı beklerken bekleme salonunda geçirdiğim süre makul bir süredir.					
23	Muayeneyi beklerken gecikme durumunda bilgilendirme yapılır.					
24	Mesai saatleri dışında ihtiyaç durumunda danışmanlık alınabilir.					
<b>E.</b>	<b>Genel Memnuniyet</b>					
25	Hastanenin genel konforu (bekleme odası, poliklinik vs.) yeterlidir.					
26	Hastane içindeki danışma ve yönlendirme hizmetleri yeterlidir.					
27	Hastanenin/birimin genel temizliği yeterlidir.					
28	Hastanenin genel çalışmaları yeterli düzeydedir.					
29	Sağlık çalışanı sayısı yeterlidir.					

Hastanemizi başkalarına da tavsiye eder misiniz? Evet (1) Hayır (2)





## Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma

Hazal ONAT KAYA\*  
Yusuf ÇELİK\*\*

### ÖZ

Alzheimer hastalığı, genellikle 65 yaş üstü bireylerde görülen, kısaca beyin dokularında oluşan tahribat ile kişinin özellikle bilincinde her geçen gün kötüleşen bir tablo sonucu kaybına neden olan nörolojik bir hastalıktır. Alzheimer hastaları, hastalıkları ilerledikçe hayatlarını yalnız başlarına yürütemedikleri için yakınlarına hasta bakımında büyük sorumluluklar düşmektedir ve bu durum, hasta yakınlarını olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının yaşadıkları hasta bakım verme yükünü tespit etmektir. Bakım yükünü belirlemek için Zarit Bakıcı Yük Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçekle bakım veren hasta yakınlarının, 'Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması', 'Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık', 'Toplumsal İlişkilerde Bozulma', 'Ekonomik Yük' ve 'Bağımlılık' alt boyutlarında karşı karşıya kaldıkları bakım yükü değerlendirilmektedir. Çalışma amacına yönelik veriler, hazırlanan anketler aracılığı ile araştırmacılar tarafından gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile gerçekleştirilen yüz yüze görüşmelerle toplanmıştır. Çalışma sonunda, hasta yakınlarının yaklaşık 1/3'ünde bakım verme yükü çok az veya hafif olarak bulunmuştur. Ayrıca hasta yakınları kendilerini eski hayatlarına oranla daha izole, daha sinirli, daha kısıtlanmış ve maddi anlamda da sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Alzheimer, Hasta Yakını, Bakım Verme Yükü

### The Burden of Patient Care: A Study among Caregivers of Alzheimer Patients

#### ABSTRACT

Alzheimer's Disease is a type of neurological disease which is generally seen after 65 years of age. This disease causes brain's cells destroy and especially gets lost of person's mind day by day. Alzheimer's patients do not live by oneself when their disease progresses. For this reason, patient relatives have lots of responsibilities, and under this circumstances patient relatives are impressed with negative effects. This study's aim determines patient relatives' caregiver burden. For this purpose, Zarit Burden Interview Scale was used. This scale evaluates burden of patient care which are "Mental Tension and Deterioration of Private Life", "Nerviness and Captiveness", "Deterioration of Social Relationship", "Economic Burden" and "Dependency" witnessed by patient relatives. Data were obtained by the researchers via face to face interviews from the participants who agreed to participate to the study voluntarily. At the end of the study, it was found that one third of participants had little or light care burden. Furthermore, the patient relatives stated that they felt more isolated, nervous, captive and poorer than before they did not have to take care of their patients.

**Keywords:** Alzheimer, Patient Relatives, Burden of Care

\*Sağlık Kurumları Yönetimi Uzmanı, hazal.onat@hotmail.com

\*\*Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yucelik@hacettepe.edu.tr

## I. GİRİŞ

Günümüzde teknolojinin ve tıbbın gelişmesi ile dünya nüfusunun yaşam süresi uzamaktadır. Uzayan yaşam süresi de beraberinde toplumlarda kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır. Bu hastalıkların bir kısmına henüz tıbbi bir tedavi geliştirilememiştir. Alzheimer hastalığı da bunlardan bir tanesidir.

Alzheimer hastalığı, demans adı verilen bir hastalığın en sık görülen sebebidir. “Demans, normal bilinçli bir kişide dil, görsel, deneyim, duygulanım, kişilik ya da kavrama gibi entelektüel fonksiyonların bir veya daha fazlasında görülen defektlerle birlikte gelişen, sonradan kazanılmış ve dirençli hafıza bozuklukları nedeniyle öncelikle mesleki ya da sosyal fonksiyonlarda azalma” olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımda ise “Alzheimer hastalığı, entelektüel işlevlerin gerilemesi, çeşitli nöropsikiyatrik davranış rahatsızlıkları ve günlük yaşam etkilerini bozan ilerleyici dejeneratif bir bunamadır” olarak ifade edilmektedir. Alzheimer hastalığı, yaşlı bireylerde görülen en büyük mortalite ve morbidite sebebidir. Tüm demans vakalarının %50 ile %70’ini, Alzheimer tipi demans oluşturmaktadır (Sezer, Memiş 2001; Yalçın ve diğerleri 2005; Jönsson et al. 2006).

Alzheimer hastalığının ilerlemesi, hastaların fiziksel ve sosyal fonksiyonlarında bir takım değişikliklere sebep olmaktadır. Bu değişikliklerin başında hastanın kendi yaşamını kendi başına idame ettirememesi gelmektedir. Bu hususta da hasta yakınına önemli sorumluluklar düşmektedir. Orta evre Alzheimer hastalarında görülen ortak problemler; hastanın bulunduğu yeri, saati ve tarihi bilememe veya karıştırma durumudur. Ayrıca bu hastaların kaybolma riskleri de oldukça yüksektir. Bu nedenle hastayı yalnız bırakmamak gerekmektedir (Mayo Clinic 2015). İleri evre Alzheimer hastaları ise 24 saat yatağa bağımlıdırlar ve idrar ve gaitalarını tutamaz hale gelirler. Konuşma ve idrak yetileri sıfırlanır. Birinin yardımı olmadan yataklarından kalkamaz ve hatta doğrulamazlar (Alzheimer Society of Canada 2013). Hastayı yalnız bırakamama durumu, hastanın en temel ihtiyaçlarını bile kendi başına gerçekleştirememesi ve hastanın yatağa bağımlı hale gelmesi, hastayı hasta yakınına bağımlı hale getirmektedir. Bu bağımlı olma hali de bir süre sonra hasta yakınına bir bakım verme yükü oluşturmaktadır. “Bakım veren yükü, ‘çok boyutlu fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal stres etkenleri sorumluluğu ile bakım verenlerin tecrübesi arasındaki ilişki’ olarak tanımlanmaktadır” (Kasuya et al. 2000).

Bakım verme yükü sorumluluğunu alan ve psikolojik ve fiziksel hastalıklara sahip olanlar için bakım verme yükü çok daha ağırdır. Özellikle depresyon ve stres kaynaklı hastalıklara sahip olanlar arasında bu yük çok daha ağır hissedilebilmektedir. Kıbrıs’ta nöroloji kliniklerine başvuran ve evde ailesi tarafından bakım verilen 172 hasta – bakım veren üzerinde yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin % 68.02’sinin yüksek derecede bakım verme yüküne sahip oldukları ve %65’inin ise depresif semptomlar gösterdiği ortaya konulmuştur (Papastavrou et al. 2007). Japonya’daki Tohoku Üniversitesi Hastanesi’nde gerçekleştirilmiş olan bir diğer araştırmaya da 48 Alzheimer hastası yakını katılmıştır. Araştırmada, Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre 25 katılıncının bakım verme yükü düşük çıkmış, 23 katılımcının bakım verme yükü ise çok yüksek çıkmıştır (Tanji et al. 2005).

Hasta yakınlarının yaşadığı stres ve depresyon haricinde Alzheimer hastasının yakını olmanın getirdiği sorunlar diğer sorunlar baş etme güçlüğü, kaygı, umutsuzluk, çaresizlik ve eve bağımlı hale gelmedir. Alzheimer hasta yakını, hastalığın yarattığı sorunlara karşı bir takım çözüm yolları geliştirmektedir. Ancak Alzheimer hastalığının ilerleyişine bağlı olarak hasta yakınının geliştirdiği çözüm yollarının zaman içinde bir işe yaramaması ve bir noktadan sonra yeni çözüm yolları aramaktan vazgeçmesi onu depresyona sürüklenmektedir. Bu durum hasta yakınının manevi baş etme güçlüğü çektiğini göstermektedir. Manevi baş

etme güçlüğünün yanı sıra hastalığın getirdiğı maddi baş etme güçlüğü de hasta yakınına oldukça fazla yıpratmaktadır. Alzheimer hastasına bakım verenlerin karakter olarak sorunlarla baş edebilme özelliğine sahip olmama durumlarında, çok fazla bir başarı elde edilmesi de mümkün olamayabilir. Alzheimer hastasına bakım veren kişiler, hastanın geleceğı ile ilgili kaygının yanı sıra ailesinin de geleceğı ile ilgili kaygı duyabilmektedir. Hastasının gelecekte daha kötü olup olmayacağını düşünme, eğer hastaya bakım veren kişi çalışıyorsa iş hayatı ile hastasına bakım verme arasında yaşadığı kararsızlık vb. durumlar onu daha da kaygılı hale getirebilmektedir. Bunun yanı sıra bakım veren kişinin ailesine yeterince vakit ayıramama, ailesindeki diğer bireylerin veya kendisinin de gelecekte aynı hastalığa sahip olabilme ihtimalini düşünme gibi durumlar da hasta yakınının kaygı düzeyini arttırmaktadır. Alzheimer hastasına bakım verme esnasında yaşanan kaygı hali ve stres neticesinde hasta yakını, umutsuzluk da yaşayabilmektedir. Ayrıca bu kişiler umutsuzluğa ek olarak çaresizlik de hissetmektedirler. Bir noktadan sonra hastaya yetememe, geliştirdiğı çözüm yollarının tükenmesi vb. durumlar karşısında hasta yakını çaresizlik hissedebilmektedir. Tüm bunların yanı sıra hastalığın ilerleyişine bağılı olarak hasta yatalak hale gelmektedir. Hastanın yatalak hale gelmesi, hasta yakınına daha da eve bağımlı hale getirmektedir. Sosyal hayatında ciddi aksamalar olan bu hasta yakınlarının bir de evden dışarıya çıkamayacak hale gelmesi, onu iyice izole ederek tükenmişlik ve depresyon düzeyini arttırmaktadır (Erbay 2013).

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları bakım verme yükü hasta ve hasta yakınlarının bireysel özelliklerinden de önemli ölçüde etkilenebilmektedir. Örneğin hastaya bakım verenlerin cinsiyet farklılıkları, medeni durumları, yaşları, eğitim durumları, istihdam durumları, sağlık durumları, ekonomik statüleri, kültürleri, bakım verme süreleri, hasta ile beraber yaşama durumları vb. birçok faktör, bakım verme yükünü etkileyebilmektedir.

Kadın bakım verenlerin erkeklere göre daha fazla sağlık sorununa ve depresyona yatkın oldukları tartışılmaktadır. Bakım yükü ve bakım verenlerin cinsiyetleri arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların birinde, kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlerden çok daha fazla bakım yükü hissettikleri saptanmıştır. Bakım verme yükünün Zarit Bakıcı Yük Ölçeğı ile ölçüldüğü bu çalışmada, kadınlar arasında bakım yükü skorunun 33'den fazla ve erkeklerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Gallicchio et al. 2002). Bu konuda yapılmış başka bir çalışma ise, bakım veren kişinin erkek veya kadın olmasının bakım verme yükü ile bir ilişkisini olmadığını tespit etmiştir (Chumbler et al. 2003).

Bakım veren kişinin hasta ile akrabalık ilişkisinin olup olmaması ile bakım verme yükü arasında da önemli ilişki vardır. Zarit ve diğerleri (1980), hasta ile ona bakım veren akrabasının ilişkilerinin (eş, çocuk, kardeşler) bakım verme yükü ile bunlar haricindeki diğer bakım verenlerin yaşadıkları bakım verme yüklerini kıyaslamışlardır. Araştırmalarının sonucunda, hastanın eşi, çocukları ve kardeşlerinin diğer bakım verenlerden daha fazla yük altında hissettikleri bulunmuştur. Fakat daha sonra Etters ve diğerinin yaptığı bir araştırmada, bu bulguların aksi yönde bulgular elde etmiştir (Etters et al. 2008). Ancak bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların büyük bir çoğunluğu en çok bakım verme yükünü eş ve çocukların yaşadıklarını ortaya koymaktadır.

Bakım veren kişinin çalışma durumu sadece gelir kaynağı olarak değil, aynı zamanda hem bakım verenin hem de bakım alanların ihtiyaçlarını karşılaması için de oldukça önemlidir. Amerika'da yapılmış bir çalışmaya göre ciddi anlamda engeli olan yaşlısına biraz yardım eden bakım verenlerin sadece 1/3'ü çalışmaktadır. Katılımcılardan kız çocuklarının 2/5'i ve erkek çocuklarının yarısından biraz fazlası düzenli bir işte çalışmaktadırlar. Bakım veren bayanların (kız kardeş, bayan akrabalar ve arkadaşlar) ise 1/3'ü ve onların erkek

eşlerinin %46'sı da düzenli bir işte çalışmaktadırlar (U.S. Senate Select Committee on Aging 1988).

Kültür, kişilerin ailelerine karşı olan sorumluluklarını şekillendirir ve kültürler arasındaki farklılık, bakım verme yükünü etkileyebilmektedir (Etters et al. 2008). Kültürler arası farklılıkların bakım verme yüküne olan etkilerine dair birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmaların bazılarında iki farklı kültür karşılaştırılırken, bazılarında ikiden fazla kültürün de birbirleriyle karşılaştırılmış oldukları görülmektedir. Bu konuda yapılmış bir çalışmada, Çin kültürleri ile Amerikan kültürünün bakım verme yüküne olan etkisi incelenmiştir. Çalışma, 120 Çinli Alzheimer hasta yakını ve 169 Amerikalı Alzheimer hasta yakını arasında yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda Amerikalı bakım verenlerin Çinli bakım verenlerden çok daha fazla depresyon ve apati yaşadıklarını ortaya konulmuştur (Pang et al. 2002).

Bakım veren kişi eğer hastanın eşi gibi yaş olarak kendine yakın biri ise; Alzheimer hastalığının orta ve ileri evresinde hastanın yatağa bağımlı hale gelmesi ile birlikte bakım verenin hastaya yetememe durumu söz konusu olabilir. Bu durum, bakım vereni daha çok depresyona ve strese sokabilecek bir faktör olacaktır. Buna ek olarak bu düşünce ile gücünün yetemediğinden fazlasını hastanın bakımı için yapan hasta yakınında yeni gelişecek olan fiziksel hastalıklar da mümkündür. Ayrıca yaşlılıkla birlikte kişilerde tahammül sınırı aşağı inebilmektedir. Bakım veren kişinin yaşının ileri olması, onun hastaya ve problemlerine olan tahammülünü daha da aşağı çekebilir. Böylece hastaya bakım veren kişi ne kadar genç ise bakım verme yükü de o kadar düşüktür denilebilir.

Bakım veren kişinin sağlık durumu ne kadar iyi ise hastaya gerekli bakımı o kadar iyi yapabilir. Hasta yakının fiziksel sağlığının yanı sıra ruhsal sağlığının da çok büyük önemi vardır. Hastaya sanki insan değilmiş gibi davranma durumuna gelebilecek hasta yakınları, hastada ciddi travmalara yol açıp hastalığın ilerleyişini hızlandırabilir. Hastaya bakım veren kişinin fiziksel sağlığı da hastanın ihtiyaç duyduğu temel bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için oldukça önemlidir. Hastaya bakım veren kişinin algıladığı sağlık durumu da gerçek sağlık durumu kadar önemlidir. Kendisini yılmış, bitkin, çaresiz, ümitsiz ve tükenmiş hisseden hasta yakınında depresyon belirtilerine çok daha sık rastlanabilir. Akyar ve Akdemir'in yaptığı bir çalışmada, Alzheimer hastasına bakım verenlerin %66'sında tanısı konulmuş bir hastalık mevcuttur. Bu tanı konulmuş hastalıkların %75,6'sı depresyon, %30,3'ü hipertansiyondur. Bakım verenlerin %69,7'si hastaya bakım vermeye başladıktan sonra, %47,8'i ilk 1 yıl, %17,4'ü ilk 4 yıl ve %13'ü 3 yıl içinde tanı almıştır. Bu hastalıklar içinde depresyon tanısı alanların %88'ini kadınlar oluşturmaktadır (Akyar, Akdemir 2009).

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Alzheimer hastalığının bu hastalığı olanlara bakım veren bireylere getirdiği bakım verme yükünü tespit etmek ve bu yükün bakım verenlerin bireysel özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yürütülmüştür. Karşılaştırma yapılacak bireysel özelliklerin belirlenmesinde ilgili literatürden faydalanılmıştır (Akyar, Akdemir 2009; Seltzer et al. 1997; Tornatore, Grant 2002). Araştırma amacına yönelik veriler, hazırlanan anketler aracılığı ile araştırmacılar tarafından gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile gerçekleştirilen yüzyüze görüşmelerle toplanmıştır. Araştırma kapsamına alınacak katılımcıların belirlenmesinde, araştırmanın gerçekleştirileceği dönemde araştırmanın yürütüleceği birimde Alzheimer tanısı almış ve tedavi olan hastaların toplam sayısının tam olarak bilinmemesi nedeni ile amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, bir Üniversite Hastanesinin Geriatri Bilim Dalı'na

başvuran ve Alzheimer tanısı almış 100 hastanın yakını ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma, 29.11.2015–19.02.2016 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Bakım verme yükünü tespit etmek için Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilen (Zarit et al. 1980), Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri 2009 yılında Özlü ve arkadaşları tarafından yapılmış olan (Özlü ve diğerleri 2009) Zarit Bakıcı Yük Ölçeği kullanılmıştır. 19 sorudan oluşan bu ölçekle, 'Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması', 'Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık', 'Toplumsal İlişkilerde Bozulma', 'Ekonomik Yük' ve 'Bağımlılık' alt boyutlarında yaşanan bakım yükü değerlendirilmektedir. Ölçek, beşli Likert tipi bir ölçektir (asla – nadiren – arasıra – oldukça sık – neredeyse her zaman). Ölçeğe göre hesaplanan bakım yükü puanı, 0 ile 88 arasında değişmektedir. Katılımcının ölçekten aldığı puan arttıkça bakım verme yükü de artıyor demektir (Özer ve diğerleri 2012). Özellikle sağlık hizmetlerinde bakıcı yükünü belirlemede tercih edilen bir ölçek olduğu bu çalışmada da Zarit Bakıcı Yük Ölçeği kullanılmıştır (Akpınar 2009; Coen et al. 1997; Croog et al. 2006; Clyburn et al. 2000).

Yapılmış olan bu çalışmada Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin 5 alt boyutunu altındaki sorular, Tablo 1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin Alt Boyutlarının Altında Bulunan Soru Numaraları**

Alt Boyutlar	Soru No
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması Boyutu	1-2-8-9-10-14-16
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık Boyutu	3-7-19
Toplumsal İlişkilerde Bozulma Boyutu	4-11-15
Ekonomik Yük Boyutu	13-17-18-5
Bağımlılık Boyutu	6-12
Genel Ölçek	Bütün Sorular

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin alt boyutlarında bulunan her sorunun bir skoru mevcuttur. Bu skorlar toplanarak hasta yakınının yük sınıflandırması tespit edilmektedir. Bu sınıflandırma, Tablo 9'da gösterilmektedir. Bu tabloya göre katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda toplam skorları 21'den küçük ise o hasta yakını çok az veya sıfır yük hissediyor demektir. 21 ile 40 arasında bir skora sahipse hafif orta bir yük hissediyor demektir. 41 ile 60 arasında bir skora sahipse orta şiddetli bir yük hissediyor ve 61 ile 88 arasında bir skora sahipse şiddetli yük hissediyor demektir.

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'ne göre Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükleri nedir ve bu yük kişilerin bireysel özelliklerine göre farklılık göstermekte midir' sorusu, bu çalışmanın temel sorusudur. Bu amaçla toplanan verilerin analizinde, araştırmanın amaçlı örnekleme yöntemine göre belirlenen katılımcılar arasında yürütülmesi ve katılımcı sayısının az olması nedeni ile non-parametrik testlerden biri olan Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

### III. BULGULAR

Gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara ait tanımlayıcı bilgiler Tablo 2’de verilmiştir. Tablo 2’de görüldüğü gibi katılımcıların büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (%79). Bunun yanı sıra katılımcıların %57’si 55 yaş ve altında olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %78’i evli ve %58’inin eğitim düzeyi lise ve altıdır.

**Tablo 2. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri**

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	79	79,0
	Erkek	21	21,0
Yaş	≤55	57	57,0
	≥56	43	43,0
Medeni Durum	Evli	78	78,0
	Bekâr	22	22,0
Eğitim Düzeyi	Lise ve Altı	58	58,0
	Üniversite	42	42,0
<b>Toplam</b>		100	100,0

Tablo 3’de katılımcıların hastalara yakınlık dereceleri gösterilmektedir. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu hastaların kızları ve oğulları (%44) veya eşleridir (%22).

**Tablo 3. Katılımcıların Hastaya Yakınlık Derecesi Dağılımları**

Hastaya Yakınlık Derecesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kızı/Oğlu	61	61,0
Eşi	22	22,0
Gelini/Damadı	9	9,0
Bakıcısı	6	6,0
Diğer	2	2,0
<b>Toplam</b>	100	100,0

Tablo 4’de katılımcıların çalışma durumları ve gelir düzeyleri gösterilmektedir. Bakım veren katılımcıların %70’i çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %66’sı gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmektedir.

**Tablo 4. Araştırmaya Katılan Katılımcıların Çalışma Durumu, Çalışma Koşulları ve Gelir Düzeylerine İlişkin Dağılımları**

Değişkenler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	30	30,0
	Çalışmıyor	70	70,0
	<b>Toplam</b>	100	100,0
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Düşük	15	15,0
	Gelir Gidere Eşit	66	66,0
	Gelir Giderden Fazla	19	19,0
	<b>Toplam</b>	100	100,0

Tablo 5’de, hasta yakınlarının hasta bakımı için kendilerine yardımcı olabilecek birinin olup olmama durumunu göstermektedir. Bulgulara göre katılımcıların %60’ının hasta bakımında en az 1 yardımcısı mevcuttur.

**Tablo 5. Hasta Yakınlarına Hastanın Bakımı İçin Yardımcı Olabilecek Başka Birinin Olma Durumu**

Hasta Bakımında Yardımcı Birinin Olma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	60	60,0
Hayır	40	40,0
<b>Toplam</b>	100	100,0

Tablo 6’da katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu olup olmama durumları ile en az bir sağlık sorunu olan hasta yakılarının hangi sağlık sorununa sahip oldukları gösterilmektedir. Buna göre katılımcıların %57’si en az bir sağlık sorununa sahiptir. Bu %57’lik kesimin 31’i kalp ve damar hastalıklarına sahiptir. Buna ek olarak 3 hasta yakınının verisi “Kayıp veri” olarak adlandırılmaktadır. Bu hasta yakınları, yaşadıkları sağlık sorunları hakkında bilgi vermek istemeyen katılımcıları oluşturmaktadır.

**Tablo 6. Katılımcıların Sağlık Sorunu Olması Durumları ve Sağlık Sorunu Olan Katılımcıların Sağlık Sorunlarına İlişkin Dağılımları**

Sağlık Sorunu Olma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	57	57,0
Hayır	43	43,0
<b>TOPLAM</b>	100	100,0
<b>Hastalıklar</b>	<b>Sayı (n)</b>	
Kalp Damar Hastalıkları <sup>†</sup>	31	
Endokrinolojik Hastalıklar <sup>‡</sup>	14	
İç Hastalıkları <sup>§</sup>	13	
Diğer <sup>4</sup>	39	
Kayıp Veri	3	
<b>Toplam</b>	100	

Tablo 7’de katılımcıların Zarit Bakıcı Yük Ölçeği’nde yer alan sorulara verdikleri cevaplarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri bulunmaktadır. Katılımcıların bakım verme yükünü sınavan sorular içinde en yüksek ortalama, 3,24±1,47 ile hastalarının kendilerine bağımlı olduklarını düşünme düzeylerine aittir. En düşük ortalama ise 0,67±1,39 ile hastaları nedeniyle arkadaşlarını evlerine davet etmekten rahatsızlık duyma düzeylerine aittir.

<sup>†</sup> Koroner Arter Hastalığı, Hipertansiyon, Kolesterol, Mitral Kalp Yetmezliği, Varis

<sup>‡</sup> Guatr, Tiroid, Hipotiroidi, Cushing

<sup>§</sup> Anemi, Diyabet, Hepatit C

<sup>4</sup> Beyin damar hastalıkları, böbrek hastalığı, solunum yolu hastalıkları, kanser, dermatolojik hastalıklar, gastroenterolojik hastalıklar, Romatolojik hastalıklar, ortopedik hastalıklar, ürolojik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar



**Tablo 7. Katılımcıların Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Sorularının Cevaplarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerlerine İlişkin Dağılımları**

Sorular	Ort.	Ss.
1. Hastanızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendinize zaman ayıramadığınızı düşünür müsünüz?	2,50	1,73
2. Hastanıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	2,04	1,84
3. Hastanızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1,84	1,67
4. Hastanızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi olumsuz bir şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	2,15	1,86
5. Hastalarınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	3,14	1,47
6. Hastanızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	3,24	1,47
7. Hastanızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1,94	1,79
8. Hastanızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1,66	1,84
9. Hastanız yüzünden istediğiniz gibi bir özel hayatınızın olmadığını düşünür müsünüz?	1,92	1,84
10. Hastanıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1,94	1,87
11. Hastanız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	0,67	1,39
12. Hastanızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	2,67	1,64
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak hastanıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1,31	1,54
14. Hastanız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1,87	1,72
15. Hastanızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler miydiniz?	1,76	1,70
16. Hastanızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1,10	1,47
17. Hastanız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1,00	1,48
18. Hastanızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabiliydim diye düşünür müsünüz?	0,76	1,30
19. Tümüyle değerlendirdiğinizde hastanızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	2,50	1,21

Bakım veren hasta yakınlarının bakım yüklerine dair bulgular Tablo 8’de verilmiştir. Tablo 8’e göre katılımcılar genel olarak hastalarının kendilerine bağımlı olmalarından yakınmışlardır.

**Tablo 8. Katılımcıların Bakım Verme Yükünün Alt Boyutlara İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerlerine İlişkin Dağılımları**

Alt Boyutlar	Ort.	Ss.
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	1,86	1,43
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	2,09	1,32
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1,53	1,27
Ekonomik Yük	1,55	0,98
Bağımlılık	2,96	1,28
Genel ZBY	36,01	21,18

Tablo 9’da katılımcıların bakım verme yükleri analizinde ortaya çıkan yük dereceleri gösterilmektedir. Buna göre katılımcıların çoğunluğu (%32) çok az veya sıfır yük hissettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 9: Katılımcıların Hissettikleri Yükün Sınıflandırılması**

Yük Sınıflaması	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Az veya Sıfır Yük (>21)	32	32
Hafif Orta Yük (21-40)	29	29
Orta Şiddetli Yük (41-60)	20	20
Şiddetli Yük (61-88)	19	19
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tablo 10’da katılımcıların cinsiyetlerine göre bakım verme yükü alt boyutlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri görülmektedir. Tabloya göre kadın katılımcıların ruhsal gerginlik ve özel yaşamlarındaki bozulmanın, sosyal ilişkilerindeki bozulmanın, ekonomik yükün ve bağımlılığın erkek katılımcılara oranla daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Buna ek olarak erkek katılımcıların kadın katılımcılardan daha çok kendilerini sınırlı ve kısıtlanmış hissettikleri ortaya çıkmaktadır. Kadın ve erkeklerin bakım verme yükü alt boyutlarının puan ortalamaları Mann – Whitney U analizi kullanılarak karşılaştırılmış ve cinsiyete göre bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Bakım Verme Yükü Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Alt Boyutlar	Kadın		Erkek		p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	1,93	1,45	1,59	1,36	0,405
Sınırlılık ve Kısıtlanmışlık	2,08	1,39	2,13	1,03	0,717
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1,57	1,27	1,35	1,31	0,403
Ekonomik Yük	1,59	1,04	1,43	0,68	0,668
Bağımlılık	3,00	1,23	2,79	1,46	0,566
Genel ZBY	36,86	21,67	32,81	19,34	0,528

Tablo 11’de katılımcıların medeni hallerine göre bakım verme yükü alt boyutlarının ortalama ve standart sapma değerleri gösterilmektedir. Buna göre evli katılımcıların kendilerini bekâr katılımcılara göre ruhsal olarak daha gergin ve izole hissettikleri, daha sınırlı ve kısıtlanmış hissettikleri, daha asosyal hissettikleri ve daha bağımlı hissettikleri ortaya çıkmıştır. Bekâr katılımcıların hissettikleri ekonomik yük, evli katılımcılardan daha fazladır. Ayrıca katılımcıların medeni hallerine göre bakım verme yükü alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Katılımcıların Medeni Hallerine Göre Bakım Verme Yükü Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Alt Boyutlar	Evli		Bekâr		p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	1,91	1,46	1,69	1,34	0,512
Sınırlılık ve Kısıtlanmışlık	2,12	1,37	2,02	1,16	0,786
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1,60	1,32	1,26	1,09	0,316
Ekonomik Yük	1,53	0,99	1,63	0,93	0,578
Bağımlılık	2,97	1,29	2,89	1,26	0,683
Genel ZBY	36,60	21,82	33,91	19,03	0,739

Tablo 12’de katılımcıların eğitim düzeylerine göre bakım verme yükü alt boyutlarının analizi görülmektedir. Tabloya göre lise ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılarda ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu, sınırlılık ve kısıtlanmışlık alt boyutu,

toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu ve ekonomik yük alt boyutu en yüksek ortalamaya sahiptir. Buna ek olarak üniversite mezunu katılımcılar, hastalarına daha çok bağımlı olduklarını belirtmişlerdir. Eğitim düzeyleri ve bakım verme yükü alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla uygulanan Mann – Whitney U Testi'nin sonuçlarına göre katılımcıların eğitim düzeyleri ile bakım verme yükü alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 12. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Alt Boyutlar	Lise ve Altı		Üniversite		P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	2,00	1,53	1,67	1,29	0,325
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	2,14	1,46	2,02	1,12	0,803
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1,61	1,38	1,40	1,12	0,599
Ekonomik Yük	1,74	1,03	1,29	0,83	0,057
Bağımlılık	2,96	1,36	2,95	1,18	0,734
Genel ZBY	38,14	23,17	33,07	17,92	0,264

Tablo 13'de katılımcıların istihdam durumlarına göre bakım verme yükü alt boyutlarının analizi verilmektedir. Buna göre çalışmayan katılımcılar, çalışan katılımcılara oranla daha fazla ruhsal gerginlik ve özel yaşamlarının bozulduğunu hissetmektedirler. Ayrıca çalışmayan katılımcılar, çalışanlara oranla kendilerini daha sinirli, daha kısıtlanmış, daha asosyal, ekonomik anlamda daha kötü ve hastalarına kendilerini daha bağımlı hissetmektedirler. Çalışan katılımcıların gün içerisinde işlerinde olmalarından dolayı hasta ile ilgilenmemeleri, hastadan uzak durmaları onların ruhsal sağlığını ve sosyallik durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca para kazandıkları için kendilerini ekonomik anlamda daha az yük altında hissetmektedirler. Katılımcıların çalışma durumlarına göre bakım verme yükü alt boyutlarının Mann – Whitney U Testi analiz değerlerine bakıldığında ise istihdam durumunun katılımcıların bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 13. Katılımcıların Çalışma Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Alt Boyutlar	Çalışıyor		Çalışmıyor		P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	1,79	1,35	1,89	1,48	0,731
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	1,92	1,26	2,17	1,35	0,407
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1,50	1,41	1,54	1,22	0,721
Ekonomik Yük	1,49	0,83	1,58	1,04	0,758
Bağımlılık	3,22	1,16	2,84	1,32	0,185
Genel ZBY	35,20	20,13	36,36	21,74	0,821

Tablo 14'de katılımcıların hastalarının bakımında kendilerine yardımcı olabilecek birinin olup olmama durumuna göre bakım verme yükü alt boyutlarına ilişkin değerler verilmektedir. Tabloya göre hasta bakımında yardımcısı bulunmayan katılımcıların her alt boyutta hissettikleri yük, yardımcısı olan katılımcılara oranla daha fazladır. Hastası ile 24 saat vakit geçirmek zorunda kalan hasta yakını kendini daha gergin, daha sinirli, daha kısıtlanmış, toplumdaki daha uzak ve ekonomik anlamda daha kötü ve hastasına daha bağımlı hissetmektedir. Kendisine ve ailesine hiçbir suretle vakit ayıramayan ve her geçen gün durumu kötüleşmekte olan bir hastaya ev içinde tek başına bakmaya çalışmak kişi için oldukça yıpratıcı bir hal almakta ve hasta yakınının bakım yükünü arttırmaktadır. Araştırma sonuçlarına uygulanan Mann – Whitney U Testi sonuçlarına göre bakımda yalnız olma ve

olmama durumu ile bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 14. Katılımcıların Hastalarının Bakımında Yardımcı Olabilecek Kimselerin Olma Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Alt Boyutlar	Yardımcısı Var		Yardımcısı Yok		p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	1,70	1,40	2,06	1,50	0,316
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	2,00	1,30	2,28	1,41	0,276
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1,40	1,20	1,69	1,41	0,392
Ekonomik Yük	1,50	0,90	1,69	1,03	0,326
Bağımlılık	2,80	1,30	3,19	1,25	0,073
Genel ZBY	33,70	20,10	39,45	22,53	0,238

Tablo 15, katılımcıların sağlık sorunu olup olmaması durumlarının bakım verme yükü alt boyutlarının etkilenme durumlarını göstermektedir. Tüm alt boyutların ortalama puanlarına bakıldığında sağlık sorunu olanların daha yüksek sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Mann – Whitney U Testi sonuçlarına göre ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ve bağımlılık alt boyutları haricinde geri kalan tüm alt boyutların bakım yükleri istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Yani katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu olması, onların hastaların bakım verirken sinirlilik ve kısıtlanmışlık hissetmelerine, toplumsal ilişkilerinde bozulma yaşamalarına, ekonomik açıdan kendilerini yük altında hissetmelerine ve tüm alt boyutların genelinde hissettikleri bakım yüklerinin artmasına neden olmaktadır. Yapılan istatistiksel analizlere göre kişinin sağlık sorunları yaşaması, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ile bağımlılık anlamında bakım yükünün artmasına istatistiksel anlamda önemli bir farklılık yaratmamaktadır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 15. Katılımcıların Sağlık Sorunu Olup Olmama Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri**

Alt Boyutlar	Sağlık Sorunu Var		Sağlık Sorunu Yok		p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	14,45	10,45	11,13	14,45	0,094
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	7,15	4,21	5,11	7,15	0,014
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	5,35	3,84	3,55	5,35	0,019
Ekonomik Yük	7,08	4,21	5,04	7,08	0,013
Bağımlılık	6,15	2,41	5,58	6,15	0,259
Genel ZBY	40,21	22,31	30,44	40,21	0,02

Tablo 16, katılımcıların hastalarının bakım gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olup olmama durumlarına göre bakım verme yükü boyutlarına ilişkin ortalama bakım yükleri görülmektedir. Tabloya göre kısmen bilgi sahibi olan veya bilgi sahibi olmayan katılımcılar ile bilgi sahibi olan katılımcıların ortalama ve standart sapma değerleri, ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutunda en yüksek değerlere sahiptir. Mann – Whitney U Testi skorlarına göre katılımcıların hastalarının bakım gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olma durumları ile bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 16. Katılımcıların Hastalarının Bakım Gereksinimleri Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Bakım Verme Yükü Alt Boyutlarına İlişkin Skorlar**

Alt Boyutlar	Bilgi Sahibiyim		Kısmen Bilgi Sahibiyim/Bilgi Sahibi Değilim		p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	1,75	1,43	2,17	1,41	0,169
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	1,99	1,28	2,37	1,42	0,223
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1,45	1,31	1,74	1,17	0,226
Ekonomik Yük	1,53	0,98	1,60	0,99	0,729
Bağımlılık	2,89	1,31	3,13	1,21	0,468
Genel ZBY	34,45	21,07	40,22	21,29	0,203

#### IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta yakınlarının kendilerine ve ailelerine zaman ayıramaması, hastalarını yalnız bırakamamaları ve hastanın fiziksel ve mental sağlığı için sürekli tetikte olmak zorunda olmaları, hasta yakınlarını hastalarına, hastaları da hasta yakınlarına bağımlı hale getirmektedir. Bu durum da belli bir zaman sonra hasta yakınlarında bir takım problemler oluşmasına neden olabilmektedir. Bu problemlerin başını ruhsal problemler çekmektedir. Hasta yakınlarının hastalık ilerledikçe yaşadıkları ruhsal problemler, depresyona kadar varabilmektedir. Buna ek olarak hasta yakınlarının hastayı yalnız bırakamaması ve tüm zamanını hastayla birlikte evde yalnız kalarak yaşaması, hasta yakınını toplumdan izole etmektedir. İzole yaşamak zorunda kalan hasta yakınları için de yaşam kalitesinin düşmesi kaçınılmazdır (Yalçın ve diğerleri 2005).

Alzheimer hastalarına bakım veren yakınları arasında yapılan bu çalışma sonuçlarına göre, katılımcıların büyük bir çoğunluğu kadın, 55 yaş altı, evli ve eğitim düzeyi lise ve altıdır. Alzheimer hastalarına bakım veren yakınların genel olarak kadınlardan oluşması, başka araştırmalarda da ortaya konulmuştur. Örneğin Amerika’da yayınlanan bir rapora göre Alzheimer ve diğer demans hastalıklarına sahip kişiler, cinsiyet ayrımı yapılmaksızın en çok kadınlardan bakım almaktadır (Kasper et al. 2014). Alzheimer Europe organizasyonu üyesi olan Fransa, Almanya, Polonya, İspanya ve Birleşik Krallık ülkelerden 1181 katılımcı ile bir araştırma yapılmış ve sonuç olarak Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin büyük bir bölümünün hasta yakınları, kadın ve 55 yaş altında oldukları bulunmuştur (Georges et al. 2008). Araştırma bulgularına göre bakım veren katılımcıların büyük bir bölümü (%78) evli olduklarını beyan etmişlerdir. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamış olsa bile evli olan katılımcılar kendilerini ekonomik yük haricinde diğer bütün alanlarda daha fazla bakım yükü altında olduklarını ifade etmişlerdir. Bu konuda yapılan başka bir araştırmada bekâr, dul veya boşanmış kişilerin demanslı hastaya bakım verirken bakım verme yükü ile ilgili daha çok risk altında olduğu tartışılmıştır (Korkut, Berk 2009).

Araştırmanın bulgularına göre katılımcıların %58’i lise ve altı eğitim düzeyine sahiptir ve bu katılımcılar istatistiksel olarak anlamlı olmasa bile üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre daha fazla bakım yüküne sahip olduklarını söylemektedirler. Bu bulgu bu konuda yapılan olan (Papastavrou et al. 2007) ve eğitim düzeyleri düştükçe bakım verme yükünün arttığı yönünde tartışan çalışma sonuçları ile tutarlıdır.

Bu araştırmaya göre hastalarına bakım veren ancak çalışmayan katılımcıların ‘bağımlılık’ boyutu hariç diğer bütün alt boyutlarda ve genel hasta bakım yükü açısından daha fazla yükse sahip oldukları bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasa bile bu

bulgu, çalışan bakım verenlerin çalışmayan bakım verenlere göre bazı alt boyutlarda daha az bakım verme yüğü altında olduklarını ortaya koyan başka bir çalışmanın sonuçları ile uyumludur (Tornatore, Grant 2002).

Bu araştırmanın en önemli bulgularından biri de hastalara bakım veren bireylerin kendilerinin de önemli sağlık sorunlarına sahip olmalarıdır. Katılımcıların yarısından fazlası en az 1 sağlık problemi olduğunu belirtmiştir. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğinin ‘Bağımlılık’ boyutu hariç hem genel hem de diğer alt boyutlarda sağlık sorunu olduğunu söyleyen katılımcılar sağlık sorunu olmayan katılımcılarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ve daha fazla bakım yüküne sahiptirler. Bu konu ile ilgili yapılan bir araştırmada da (Baumgarten et al. 1997), Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin yüksek ölçüde fiziksel ve ruhsal sağlık problemleri yaşadıkları tespit edilmiştir. Buna ek olarak bu kişilerin sağlık servislerinden yeterince yararlanamadıkları ve bu durumun da hastalıklarını tetiklediği ortaya konulmuştur.

Bu çalışmada, bakım veren hasta yakınları, “Hastanızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?” sorusuna, en fazla katılım gösterirken, “Hastanız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?” sorusuna en az oranda katıldıklarını söylemişlerdir. Bakım verme yüğü ölçeğinin 5 alt boyutu içinde en yüksek ortalamaya sahip olan alt boyut, bağımlılık alt boyutudur. Yani bakım verenlerin büyük bir çoğunluğu hastanın kendisine önemli ölçüde bağımlı olduğunu düşünmekte ve hastadan uzaklaşmadıklarını belirtmektedirler.

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre bakım verme yüğü alt boyutlarının analizinde, sınırlılık ve kısıtlanmışlık alt boyutu haricindeki tüm alt boyutlarda kadın katılımcıların ortalama bakım yükleri erkeklere göre daha yüksektir. Yani kadın katılımcılar hastalarına bakım verirken erkeklerden daha fazla ruhsal gerginlik ve özel yaşamları üzerinde baskı hissetmektedirler. Bunun yanı sıra toplumsal ilişkilerinde bozulma, ekonomik bağlamda yük ve bağımlılık boyutlarında da erkeklere göre daha fazla yük altındadırlar. İlgili literatürde de belirtildiği üzere kadınların daha duygusal olması, bu yüğü etkilemektedir (Thompson et al. 2004; Gallicchio et al. 2002; Almborg et al. 1998; Takano, Arai 2005).

Hasta yakınlarının hastalarının bakımlarını üstlenirken yaşamakta oldukları yüğü tespit amacıyla yapılan bu çalışmada, hasta yakınlarının yaklaşık 1/3’ünde bakım verme yüğü çok az veya hafif olarak bulunmuştur. Bunun en önemli sebebi hasta yakınlarının hastalarına bakım verme konusunda herhangi bir problem yaşamadıklarını ve bakım vermek ne kadar ağır olursa olsun hastalarının sağlığı için bundan asla gıcunmadıkları gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Fakat buna rağmen hasta yakınları kendilerini yine de eski hayatlarına oranla daha izole, daha sinirli, daha kısıtlanmış hissetmektedirler. Tüm bunlara ek olarak maddi anlamda da sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının bakım verme yüklerini azaltmak adına bir takım girişimlerde bulunulmalıdır. Örneğin hasta bakımı için ücretsiz hemşire veya hasta bakıcılar hastaların evlerine yönlendirilerek hasta yakınlarının bakım verme yükleri paylaşılabilir. Ayrıca, evde bakım hizmetlerinin ekip yaklaşımı ile güçlendirilmesi önerilebilir. Böylece hasta yakınları ailelerine ve kendilerine daha fazla zaman ayırabilecek ve hissettikleri baskıdan bir miktar kurtulmuş olacaklardır. Hasta yakınlarının hissettikleri bakım yükünden bir miktar kurtulmaları, onların daha sonradan yaşamaları muhtemel olan stres kaynaklı hastalıklarının önüne geçebilir.

## KAYNAKÇA

1. Akpınar B. (2009) Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. **T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
2. Akyar İ. ve Akdemir N. (2009) Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, 32-49.
3. Almgren B., Jansson W., Grafström M. and Windblad B. (1998) Differences Between and Within Genders in Caregiving Strain: A Comparison Between Caregivers of Demented and Non-caregivers of Non-demented Elderly People. **Journal of Advanced Nursing** 28(4): 849-858.
4. Alzheimer Society of Canada (2013) **Progression Late Stages** Toronto: Alzheimer Society of Canada.
5. Baumgarten M., Battista R. N., Infante-Rivard C., Hanley J. A., Becker R., Bilker W. B. and Gauthier S. (1997) Use of Physician Services Among Family Caregivers of Elderly Persons with Dementia. **Journal of Clinical Epidemiology** 50(11): 1265-1272.
6. Chumbler N., Grimm J., Cody M. and Beck C. (2003) Gender, Kinship and Caregiver Burden: The Case of Community-Dwelling, Memory-Impaired Seniors. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 18(8): 722-732.
7. Clyburn L. D., Stones M. J., Hadjistavropoulos T. and Tuokko H. (2000) Predicting Caregiver Burden and Depression in Alzheimer's Disease. **Journal of Gerontology** 55(1): 2-13.
8. Coen R. F., Swanwick G. R. J., O'Boyle C. A. and Coakley D. (1997) Behaviour Disturbance and Other Predictors of Carer Burden in Alzheimer's Disease. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 12(3): 331-336.
9. Croog S. H., Burlison J. A., Sudilovsky A. and Baume R. M. (2006) Spouse Caregivers of Alzheimer Patients: Problem Responses to Caregiver Burden. **Aging & Mental Health** 10(2): 87-100
10. Erbay E. (2013). Alzheimerli Hasta Yakını Olmak. **Akademik Geriatri Dergisi** 5(2): 57-63.
11. Eiters L., Goodall D. and Harrison B. E. (2008) Caregiver Burden Among Dementia Patient Caregivers: A Review of the Literature. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners** 20(8): 423-428.
12. Gallicchio L., Siddiqi N., Langenberg P. and Baumgarten M. (2002) Gender Differences in Burden and Depression Among Informal Caregivers of Demented Elders in the Community. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 17(2): 154-163.
13. Georges J., Jansen S., Jackson J., Meyrieux A., Sadowska A. and Selmes M. (2008) Alzheimer's Disease in Real Life – The Dementia Carer's Survey. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 23(5): 546-551.

14. Jönsson L., Jönhagen M. E., Kilander L., Soininen H., Hallikainen M., Waldemar G., Nygaard H., Andereasen N., Winblad B. and Wimo A. (2006) Determinants of Costs of Care for Patients with Alzheimer's Disease. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 21(5): 449-459.
15. Kasuya R. T., Polgar-Bailey P., and Takeuchi R. (2000) Caregiver Burden and Burnout A Guide For Primary Care Physicians. **Postgraduate Medicine** 108(7): 119-123.
16. Kasper J. D., Freedman V. A. and Spillman B. C. (2014) **Disability and Care Needs of Older Americans by Dementia Status: An Analysis of the 2011 National Health and Aging Trends Study**. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy.
17. Korkut Y. ve Berk Ö. S. (2009) Alzheimer Hastalarına ve Sağlıklı Yaşlılara Bakım Veren Kadın Yakınlarda Bakım Verme Tarzı, Problem Çözme Stratejileri, Öfke Tarzları ve Sağlık Durumunun İncelenmesi. **Türk Geriatri Dergisi**, 12(1): 1-12.
18. Mayo Clinic (2015, 11 24). **Alzheimer's Stages: How the Disease Progresses**. <http://www.mayoclinic.org/alzheimers-stages/art-20048448?pg=2> (Erişim Tarihi: 04.01.2016)
19. Özer N., Yurttaş A., and Akyıl Ç. R. (2012) Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Zarit Burden Interview (ZBI) in Family Caregivers of Inpatients in Medical and Surgical Clinics. **Journal of Transcultural Nursing** 23(1): 65-71.
20. Özlü A., Yıldız M. and Aker T. (2009) Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlığında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. **Nöropsikiyatri Arşivi** 46(Özel sayı): 38-42.
21. Pang F. C., Chow T. W., Cummings J. L., Leung V. Y., Chiu H. K., Lam L. W., Chen Q. L., Tai C. T., Chen L. W., Wang S. J. and Fuh J. L. (2002) Effect of Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer's Disease on Chinese and American Caregivers. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 17(1): 29-34.
22. Papastavrou E., Kalokerinou A., Papacostas S. S., Tsangari H. and Sourtzi P. (2007) Caring for a Relative with Dementia: Family Caregiver Burden. **Journal of Advanced Nursing** 58(5): 446-457.
23. Seltzer B., Vasterling J. J., Yoder J. and Thompson K. A. (1997) Awareness of Deficit in Alzheimer's Discare: Relation to Caregiver Burden. **The Gerontologist** 37(1): 20-24.
24. Sezer C. ve Memiş L. (2001) Alzheimer Hastalığı Histopatolojisi. **Demans Dergisi**, 42-49.
25. Takano M. and Arai H. (2005) Gender Differences and Caregivers' Burden in Early-Onset Alzheimer's Disease. **Psychogeriatrics** 5(3): 73-77.
26. Tanji H., Ootsuki M., Matsui T., Maruyama M., Nemoto M., Seki T., Iwasaki K., Arai H. and Sasaki H. (2005) Dementia Caregivers' Burdens and Use Of Public Services. **Geriatrics and Gerontology International** 5(2): 94-98.



27. Thompson R. L., Lewis S. L., Murphy M. R., Hale J. M., Backwell P. H., Acton G. J., Clough D. H., Patrick G. J. and Bonner P. N. (2004) Are There Sex Differences in Emotional and Biological Responses in Spousal Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. **Biological Research for Nursing** 5(4): 319-330.
28. Tornatore J. and Grant L. (2002) Burden Among Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease in Nursing Homes. **The Gerontologist** 42(4): 497-506.
29. U.S. Senate Select Committee on Aging (1988) **Exploding the Myths: Caregiving in America**. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
30. Yalçın E., Yalçın M. B., Dikici, M. F. ve Şahin M. E. (2005) Alzheimer Hastasıyla Yaşamak. **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi** 9(4): 167-173.
31. Zarit S. H., Reever K. E. and Bach-Peterson J. (1980) Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. **The Gerontologist** 20(6): 649-655.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Onat Kaya, H. & Çelik, Y. (2018). Hasta Bakım Yükü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 625-640.

# The Impact of Technical Change on Healthcare Production and Efficiency

Can BEKAROGLU\*  
Dennis HEFFLEY\*\*

## ABSTRACT

*This article measures the technical efficiency of healthcare production and estimates the impact of technical change on healthcare across OECD countries between 2000 and 2011, based on a 34 country panel data set, extending the study by Fare et al. (1997). The study adopted a DEA (Data Envelopment Analysis) based output-oriented efficiency measure to obtain the productive efficiency of each country for all given years, and used the Malmquist Index to determine the productivity growth and decompose the technical change from efficiency changes over the years. It is found that the production frontier shifted up around 0.8% annually between 2000 and 2011, with a cumulative 8.5% technical and 7.2% productivity increase over the period. Technological progress seems to be stable over time, while most of the fluctuations in productivity growth come from changes in efficiency due to utilization of new technologies.*

**Keywords:** Healthcare systems, Efficiency, DEA, Technical Change, Productivity Growth, OECD

## Teknik Değişimin Sağlık Üretimi ve Etkinliği Üzerindeki Etkisi

### ÖZ

*Bu makale, 2000 - 2011 yılları arasında, OECD ülkeleri çapında 34 ülkenin panel veri seti kullanılarak sağlık üretiminin teknik etkinliğini ölçmekte, teknik değişimin sağlık sistemleri üzerindeki etkisini hesap etmekte ve Fare ve diğerleri (1997)'nin çalışmasına devam niteliği taşımaktadır. Belirlenmiş bütün yıllara göre her bir ülkenin üretim etkinliğini elde etmek için, çıktı-tabanlı DEA (Veri Zarflama Analizi) etkinlik ölçüsü benimsenmiş, verimlilik artışını bulmak ve yıllara göre etkinlik artışlarını teknik değişimlerden arındırabilmek için de Malmquist İndeksini kullanılmıştır. Bulgular, 2000-2011 yılları arasında, üretim hadlerinin yıllık ortalama yaklaşık % 0,8 ve toplamda da, teknik açıdan %8,5, üretim verimliliğinin de %7,2 arttığını göstermektedir. Teknolojik ilerlemenin uzun vadede istikrarlı olduğu görülmekle beraber, dalgalanmalarının büyük oranda, yeni teknolojilerin kullanımı dolayısıyla verimlilik değişimlerinden kaynaklandığı görülmektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sistemleri, Etkinlik, VZA, Teknik Değişim, Verimlilik Artışı, OECD

## I. INTRODUCTION

Technological advances in healthcare, notably hospital care, have been dramatic over the last four decades (Färe 1997), but they have often been blamed for mounting costs of hospital care, especially in the United States. Various analysts Aaron (1991), Newhouse (1993), and Schwartz and Mendelson (1994), have argued that technological change generates the underlying growth in expenditures.

On the other hand, many studies in the literature identify technical change as the main source of healthcare improvements. Färe et al. (1994), for example, find widespread and rapid productivity growth for a sample of OECD countries from 1974 to 1989, especially for

\* Dr. Öğretim Üyesi, Department of Economics, University of Connecticut, cbekaroglu@gmail.com

\*\* Emeritus Prof. Dr., Department of Economics, University of Connecticut

Denmark and the USA. Likewise, Moscone et al. (2013) find a significant relationship between scientific research and the growth in healthcare productivity.

Increasing inefficiency in the hospital industry is also causing real expenditure growth as illustrated by a World Bank Paper (Wang et al. 1999) and a WHO study (WHO 2000) which made the early attempts to measure global healthcare efficiency using different performance indicators, showing enormous variance in health outcomes, despite similar income and education levels. This generated considerable interest in the measurement of healthcare efficiency.

A healthcare provider (e.g., hospital, physician, healthcare system) is efficient if it maximizes output for a given bundle of inputs or minimizes inputs used to produce a given output. The measured inputs and outputs are assumed to be homogeneous across units. We can talk about technological progress if the production frontier has shifted up over time, meaning the same input bundle can now produce more due to technological progress.

Although the initial Farrell analysis (Farrell 1957) is static, changes in efficiency can be measured over time, i.e. the frontier may shift due to technological advances. Productivity is defined as the ratio of an index of output to an index of input usage. Change of this measure over time is productivity change, which was initially attributed to technological changes, i.e. shifts of the production or cost frontier. However, it became increasingly recognized after Nishimizu and Page (1982) that productivity change can also be caused by changes in efficiency, that is, firms can move closer to the theoretical frontier over time, rather than showing genuine technological progress (shifts in the actual production frontier).

The Malmquist index (Malmquist 1953), introduced by the Swedish economist, Sten Malmquist, is a summary measure of the change in productivity of a given unit over time. Initially, Caves et al. (1982) adapted this index in order to evaluate productivity movements between different production units. Later, Färe et al. (1989) derived the Malmquist productivity index as a geometric mean of the technologies of two periods of Caves et al. (1982)'s output productivity indices, and decomposed it into efficiency change and technological change components. Fare and Grosskopf (1992) then generalized their non-parametric approach to eliminate assumptions on optimizing behavior, efficiency, and the need for price data, and Fare et al. (1997) later used the technique to measure the productivity growth in healthcare across 10 OECD countries between 1974 and 1989.

In this article, we investigated the efficiency and technical changes in production as the initial step of a more comprehensive efficiency analysis of the two-stage healthcare system. This will enable us to pinpoint where exactly the inefficiencies occur and to determine the role of technology in this process. Additionally, non-discretionary inputs, which affect both the production and provision stages by shifting the frontiers, need to be controlled for.

The study mainly used OECD data (OECD Health Statistics 2015), which are, for the most part, standardized across fairly similar countries; so the quality of the variable measurements, although spotty at times, is relatively good. The only non-OECD data are the BMI figures acquired from the World Health Organization as a patient-risk characteristic. Inclusion of multiple (12) years also serves to give a better picture of each country, rather than a one-year snapshot.

Following the standard procedure, additional variables to control for non-discretionary inputs and the quality of outputs are used, which will be further investigated in the following pages. The aim here is to measure inefficiency levels, identify the sources of inefficiency,

and measure the productivity growth and decompose the technical change from the changes in technical efficiency.

## **II. METHODOLOGY**

### **2.1. Literature**

Two methodologies are most common in the literature: DEA (Data Envelopment Analysis) and SFA (Stochastic Frontier Analysis). Both approaches use “frontier analyses” for measuring efficiency. Frontier analysis compares a firm’s (e.g., hospital, physician practice) use of actual inputs and outputs to efficient combinations of multiple inputs and/or outputs. Although the two methods use different approaches to calculate the “frontier” of efficient combinations used for comparison, they are constructed using similar types of inputs and outputs, typically those in publicly available data. Both DEA and SFA require appropriate conceptualization of the relationship between the measured inputs and outputs.

In this study, we adopt the DEA methodology, which was first introduced by Charnes, Cooper, and Rhodes in 1978 (Charnes et al. 1978) and further formalized by Banker, Charnes and Cooper in 1984 (Banker et al. 1984) based on Farrell’s (1957) simple measure of firm efficiency that accounted for multiple inputs. The first application of DEA to health issues is an unpublished work from 1979 regarding family planning centers in Costa Rica and Guatemala (Ray 2004). Nunamaker and Lewin (1983) is the first published work applying DEA to healthcare, whereas Sherman (1984) was the first author to use DEA to evaluate overall hospital efficiency.

Today there is a very extensive literature surveyed by O’Neill et al. (2008), who emphasize national differences in hospital efficiency research, and Ozcan (2008) who considers many aspects of healthcare delivery, as well as providing an overview of existing techniques. Hollingsworth (2008) classifies 317 published papers into various subcategories and offers comments as to their practical usefulness.

### **2.2. Output-Oriented Radial Model**

As we are using panel data in this study, each yearly data point for each country is treated as a separate *decision making unit* (DMU), assuming non-regressive technology. We adopt an output-oriented radial model with equiproportional changes in output to determine the overall efficiency where the system tries to maximize its output levels; given the input levels it is provided. We only focus on the technical efficiency side of the equation; which is necessitated both by theoretical and data considerations, as consistent international hospital cost statistics needed for the estimation of cost efficiency are not available.

### **2.3. Model Specification**

DEA relies on a number of fairly weak assumptions to construct the production technology but avoids any explicit functional relationship between the inputs and outputs through a production function (Deb, Ray 2013). These assumptions are summarized below. Let  $\Psi$  be the feasible set:

- a) all observed input-output combinations are possible;  $(x_1, y_1) \in \Psi$ .

- b) the production possibility set is convex; Let  $\alpha \in [0, 1]$ ; If  $(x_1, y_1), (x_2, y_2) \in \Psi$ , then  $(x, y) = \alpha(x_1, y_1) + (1-\alpha)(x_2, y_2) \in \Psi$ .
- c) inputs and outputs are freely disposable; Let  $x_2 \geq x_1$ , and  $y_2 \leq y_1$ . If  $(x_1, y_1) \in \Psi$  then  $(x_2, y_1) \in \Psi$  and  $(x_1, y_2) \in \Psi$

Let  $(x_i, y_i)$  represent the input-output bundle of a firm  $i$ , assuming input-output bundle observed for  $N$  firms. Then given the aforementioned assumptions, the CRS production possibility set is

$$T_c = \{(x, y); x \geq \sum_i^N \lambda_i x_i; y_i \leq \sum_i^N \lambda_i y_i; \lambda_i \geq 0; (i = 1, 2, 3, \dots, N)\} \quad \{i\}$$

By measuring the radial (equiproportional) efficiency levels of production under constant returns to scale (CRS), we obtain the efficient services ( $y^*$ ) that should have been produced. However, the convexity and the scalability of the control variables need to be addressed, because the quality (or risk) does not scale like the actual outputs, and these controls are subject to variable returns to scale (VRS) by definition, which further requires the

condition  $\sum_i^N \lambda_i = 1$  for controls, where  $q_{ik}$  is the control  $k$  for DMU  $i$ . The output-oriented radial efficiency of a DMU  $s$ :

$$TE(x_s, y_s) = \left(\frac{1}{1 + \beta_s}\right), \text{ where } \beta_s = \max(\beta) : (x_s, (1 + \beta)y_s) \in T_c \quad \{ii\}$$

The standard DEA LP problem solved to estimate the efficiency of DMU  $s$ , relative to contemporaneous CRS frontier is

- Objective: Max  $\beta$ , subject to  $\{iii\}$
- $\sum \lambda_i x_{ij} \leq x_{0j} \quad j = 1 \dots 3 \quad \text{(Input constraint)} \quad (1)$
- $\sum \lambda_i y_{ik} \geq (1 + \beta) y_{0k} \quad k = 1 \dots 3 \quad \text{(Output constraint)} \quad (2)$
- $\sum \lambda_i q_{i1} \leq q_{s1} \quad \text{(Quality constraint with undesirable outcome)} \quad (3)$
- $\sum \lambda_i q_{i2} \geq q_{s2} \quad \text{(Risk factors fused into one variable)} \quad (4a)$
- $\sum \lambda_i q_{i3} \geq q_{s3} \quad \text{(Control for inequality)} \quad (4b)$
- $\lambda_i \geq 0 \quad \text{(Reference Selection)} \quad (5)$

$\beta$  : Radial Output inefficiency

In the maximization problem above (Max  $\beta$ ), constraints (1), (2), and (5) ensure that the benchmark unit created from the convex combination of actually observed data points does not use any more inputs (resources) than the comparison unit while producing  $\beta^* y_{0k}$  more outputs (services), where  $\beta$  is the radial inefficiency rate for all outputs. If  $\beta$  equals 0, then the unit appears efficient in producing at least at one output, given the observed data. The inclusion of undesirable output (3) in the first stage acts like a control variable and ensures

that the benchmark unit created from the convex combination of reference DMUs, which produce  $\beta^* y_0$  more output, has at least the same quality of healthcare.

We use Ruggiero’s 3-stage method (Ruggiero 1998) to incorporate multiple risk factors into one risk variable (4a), as it performed best in virtually all scenarios, being the only model robust to sample size and the number of nondiscretionary variables (Muñiz et al. 2006). The original DEA model without the risk factors (4a) is solved and the second-stage regression on the risk factors is performed. Let  $\beta$  be the estimated inefficiency regressed on the risk factors:

$$\beta = \alpha + \gamma_1 r_1 + \gamma_2 r_2 + \gamma_3 r_3 + \varepsilon \quad \text{\{iv\}}$$

After construction of  $qi_2$  (the combined patient-risk control) from estimating the first inefficiency, the model {iii} is solved again. Finally, inequality of access to healthcare enters the problem as yet another environmental variable that needs to be controlled for in the model. This is represented in the equation (4b), in a similar fashion to the risk factors, but introduced separately.

#### 2.4. Malmquist Index and Measuring Technical Change

The assumption of “non-regressive technology” allows us to include all current and past observations in the calculation of inefficiency for a certain DMU. Let the calculated inefficiency of the input-output bundle of a country  $i$  with respect to technology...

$$\dots \text{in year } t = \beta_{it,t}, \text{ and in year } t+1 = \beta_{it,t+1}$$

$\beta_{it,t+1} \geq \beta_{it,t}$  implies that the measured inefficiency of a DMU through time will tend to increase. The inclusion of new observations due to additional years will inevitably bring in more efficient DMUs, shifting up the constructed production frontier, causing past DMUs to appear more inefficient, due to two possible reasons:

- a) The actual production frontier shifts up (technological progress),
- b) The constructed frontier moves closer to the actual frontier (increase in efficiency).

Let the average OECD inefficiency in year  $t$  measured in year  $t = \sum_1^n \beta_t^i / n$

$\sum_1^n \beta_{t+1}^i / n \geq \sum_1^n \beta_t^i / n$  implies that the measured average inefficiency for a certain year will tend to increase over time, inevitably shifting up the production frontier. This fact must be invariant to the base year “ $t$ ”, and thus  $\sum_1^n \beta_{t-t+1}^i / n \geq \sum_1^n \beta_{t-t}^i / n$  must also hold.

In order to measure the productivity growth, we need to convert the inefficiency ( $\beta$ ) values obtained in the DEA process to efficiency values ( $D$ ) as in  $D_t^i = 1 / (1 + \beta_t^i)$ .

Then, following Färe et al. (1992), we obtain the Malmquist productivity values and decompose them into technical change and efficiency change in the following way:

$$M_o(\mathbf{x}^{t+1}, \mathbf{y}^{t+1}, \mathbf{x}^t, \mathbf{y}^t) = \frac{D_o^{t+1}(\mathbf{x}^{t+1}, \mathbf{y}^{t+1})}{D_o^t(\mathbf{x}^t, \mathbf{y}^t)} \times \left[ \left( \frac{D_o^t(\mathbf{x}^{t+1}, \mathbf{y}^{t+1})}{D_o^{t+1}(\mathbf{x}^{t+1}, \mathbf{y}^{t+1})} \right) \left( \frac{D_o^t(\mathbf{x}^t, \mathbf{y}^t)}{D_o^{t+1}(\mathbf{x}^t, \mathbf{y}^t)} \right) \right]^{1/2}$$

$$\text{technical change} = \left[ \left( \frac{D_o^t(\mathbf{x}^{t+1}, \mathbf{y}^{t+1})}{D_o^{t+1}(\mathbf{x}^{t+1}, \mathbf{y}^{t+1})} \right) \times \left( \frac{D_o^t(\mathbf{x}^t, \mathbf{y}^t)}{D_o^{t+1}(\mathbf{x}^t, \mathbf{y}^t)} \right) \right]^{1/2}$$

$$\text{efficiency change} = \frac{D_o^{t+1}(\mathbf{x}^{t+1}, \mathbf{y}^{t+1})}{D_o^t(\mathbf{x}^t, \mathbf{y}^t)}$$

### III. DATA

Data used in this study are obtained from the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Health Statistics, which is the broadest source of comparable statistics on diverse health systems across OECD countries. The dataset consists of 34 OECD countries and 12 years between 2000 and 2011 for a total of 408 decision making units (DMUs). The sources and methods of data collection are described in detail in the OECD documentation (Health at a Glance 2013; OECD Indicators 2015) though a slight adjustment of OECD data is unavoidable and common in OECD studies due non-uniform reporting practices (Retzlaff-Roberts et al. 2004).

The variables used to determine efficiency include: Inputs (resources), outputs (health services), quality of outputs (PYLL), patient risk characteristics, and inequality with access to healthcare (see Table 1).

#### 3.1. Resources (Inputs)

The inclusion of physicians, nurses and hospital beds is standard across most healthcare studies and there is significant homogeneity in the data as well.

#### 3.2. Health Services (Outputs)

We use three of the most commonly used hospital services, namely doctor consultations, hospital discharge rates, and patient days, as the intermediate goods, or the outputs of the first stage, later to be used as inputs of second stage. Because their homogeneity varies and effectiveness on health status depends on environmental variables, we control for per capita healthcare expenditure as a proxy for capital intensity, in addition to risk factors, and inequality.

#### 3.3. Quality of Health Services (Control)

We are using Potential years of life lost (PYLL)\* as a proxy for service quality at the first stage. It is defined as “a summary measure of premature mortality which provides an explicit way of weighting deaths occurring at younger ages, which are, a priori, preventable”.

---

\* The calculations for PYLL involve adding up deaths occurring at each age and multiplying this with the number of remaining years to live up to a selected age limit. The limit of 70 years has been chosen for the calculations in OECD Health Data.

### 3.4. Patient-risk Characteristics (Control)

There are three highly standardized and commonly used risk characteristics defined in the OECD data set, namely tobacco and alcohol consumption, and obesity. Data regarding tobacco and alcohol consumption have been obtained from the OECD web site, while the BMI figures, as a proxy for overweight population, were obtained from the WHO data set (Global Health Observatory Data Repository 2015).

### 3.5. Inequality in Access to Healthcare (Control)

As a proxy for inequality of access to healthcare, the Gini coefficient and alternatively poverty rates for each country are used. Although not a perfect match, the Gini is a sufficient indicator of healthcare inequality.

**Table 1. Variables**

	#	Variables	Definition	Measurement
Resources	1	<b>Physicians</b>	Professionally active physicians, including practising physicians	density per 1 000 population
	2	<b>Nurses</b>	Professionally active nurses, including practising nurses	density per 1 000 population
	3	<b>Hospital beds</b>	Regularly maintained & staffed, immediately available for use	density per 1 000 population
Services	4	<b>Doctor consultations</b>	Number of contacts with physicians, all causes.	per capita
	5	<b>Hospital discharge rates</b>	Release of a patient who has stayed at least one night in hospital	per 100 000 population
	6	<b>Patient Days</b>	Number of days patients stayed in hospital, each at least 1 night	per 100 000 population
Risk factors	7	<b>Tobacco Consumption</b>	Tobacco consumption, % of all adult daily smokers	percentage of population
	8	<b>Alcohol consumption</b>	Alcohol consumption, litres per capita aged 15+	litres per capita aged 15+
	9	<b>BMI</b>	Overweight population, % of all population with a BMI > 25 kg/m <sup>2</sup>	percentage of population
Ineq.	10a	<b>Gini Coefficient</b>	Measurement of Inequality in the population	between 0 and 1
	10b	<b>Poverty</b>	Percentage of population below poverty threshold	percentage of population
Qua.	11	<b>PYLL</b>	Potential Years of Life Lost, All causes, 0-69 Years	per 100 000 population

Source: OECD Health Statistics 2013 - Frequently Requested Data

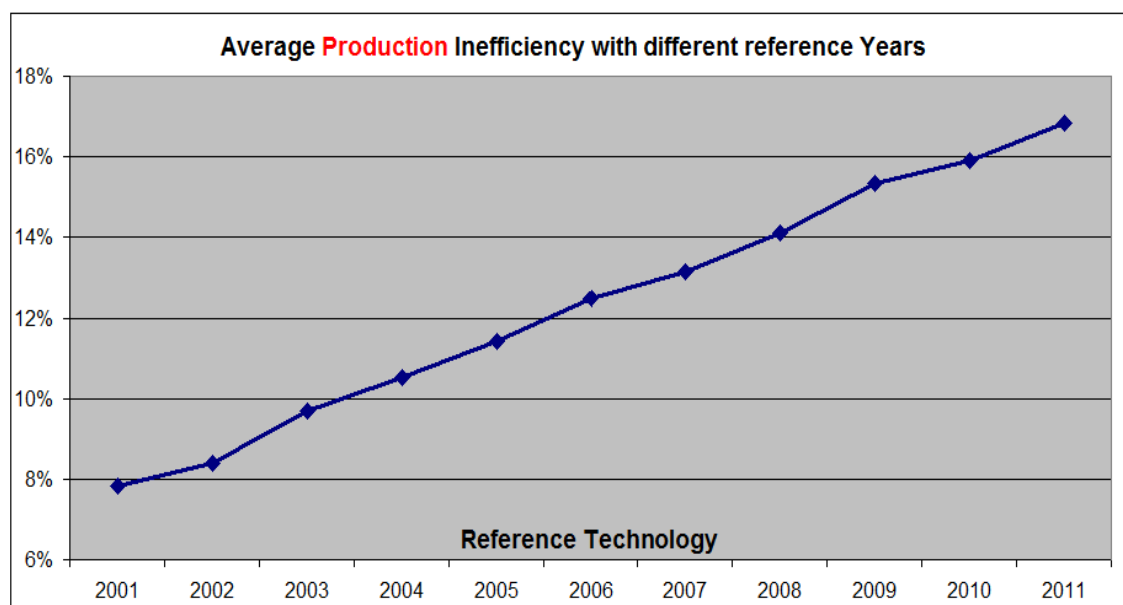
## IV. RESULTS

### 4.1. Productivity and Technical Change

The inclusion of the future observations inevitably increases the measured inefficiency for each year's OECD average. As argued earlier, this is either because of technological progress, which is a shift in production frontier, or DMUs moving closer to the actual frontier and helping us construct a more realistic one. As we discussed above, the measured efficiency across time is fairly stable in the long run; therefore the bulk of technical change in the long run largely reflects technological progress.



When we look at the measured inefficiency figures for any base year (2001 to 2011), we find similar results which seem to be consistent and robust over time. In each of the cases, the evaluated year appears increasingly more inefficient due to the shifting frontier, albeit at slightly different levels (0.74% - 0.92%) due to short-run efficiency fluctuations as well as measurement issues with respect to the observed data. Long run averages, however, seem to agree with each other, at around 0.82%.



**Graph 1. Productivity Growth and Inefficiency Path over the Years**

**Table 2. Inefficiency of Year i (left) with Respect to The Technology of Year j (top)**

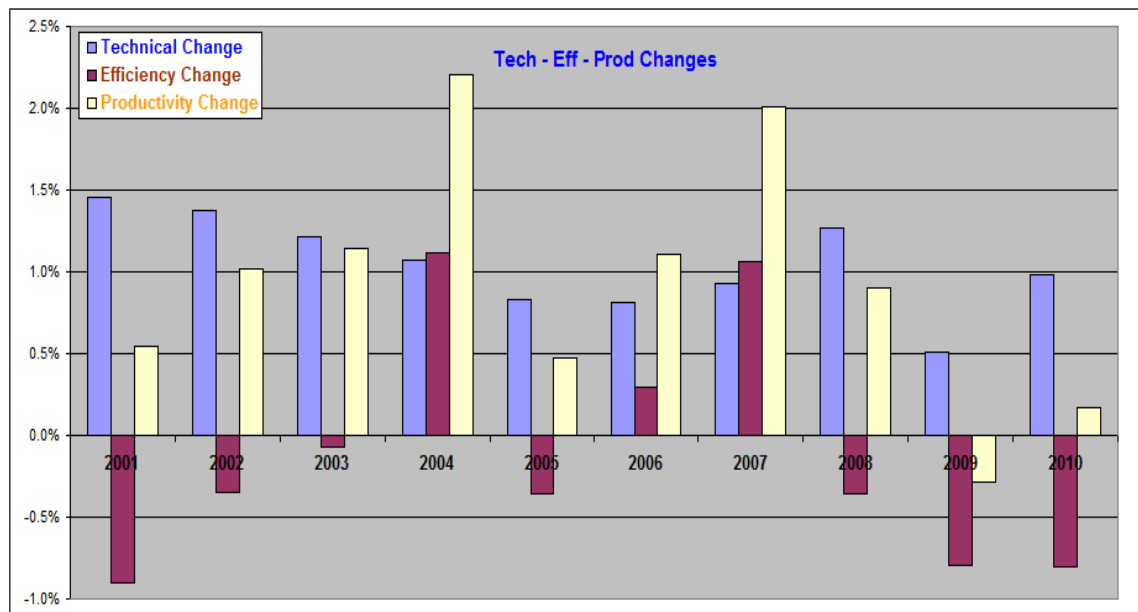
OECD (%)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Annual
2011	4.31	4.59	5.31	5.64	6.30	7.45	8.25	9.76	11.65	12.12	13.11	0.80
2010	4.56	4.84	5.68	5.99	6.91	8.39	9.15	10.30	11.83	12.20	13.42	0.81
2009	5.08	5.38	6.52	6.96	7.74	8.84	9.27	10.08	11.31	12.07	13.18	0.74
2008	5.83	6.23	7.43	8.36	8.92	9.76	10.25	10.91	12.48	13.04	13.87	0.73
2007	6.64	7.08	8.54	9.14	10.54	11.35	12.09	13.51	14.80	15.64	16.25	0.87
2006	7.38	7.67	9.40	10.59	11.68	12.42	13.49	14.48	15.59	16.11	17.50	0.92
2005	8.27	8.70	9.85	10.46	12.02	13.14	14.01	14.87	15.74	16.50	17.33	0.82
2004	10.13	10.39	11.52	13.26	14.10	15.28	16.12	16.94	18.07	18.47	19.08	0.81
2003	10.94	11.47	13.19	14.17	14.81	15.92	16.83	17.54	18.40	18.80	19.73	0.80
2002	11.06	12.79	14.14	15.24	16.05	17.04	17.43	18.27	19.31	19.86	20.76	0.88
2001	11.77	13.29	14.83	15.77	16.56	17.55	17.88	18.47	19.52	20.12	20.85	0.82

**Table 3. Decomposition of Productivity Growth, Technical and Efficiency Changes**

OECD	Tech.Chng (%)	Eff.Chng (%)	Prod.Chng (%)
Average	8.46	-1.18	7.18
2001	1.46	-0.90	0.54
2002	1.37	-0.35	1.02
2003	1.21	-0.07	1.14
2004	1.07	1.11	2.20
2005	0.83	-0.36	0.47
2006	0.81	0.29	1.11
2007	0.93	1.06	2.00
2008	1.26	-0.36	0.90
2009	0.51	-0.79	-0.29
2010	0.98	-0.80	0.17

Cumulative productivity growth between 2001 and 2011 is 7.2% on average, somewhat less than the technical change at 8.5%, due to a slight decrease in technical efficiency, by around 1.2%. It is then plausible to assume that fluctuations are mostly due to short run changes in efficiency although the long run efficiency patterns seem to be relatively stable, as shown in the following graph 2.

Annual efficiency changes clearly take time to adjust. Whenever there is a significant change in technology, it leads to a disruption in the system and a temporary decrease in efficiency, which is then followed by a sequential increase and so on. In the long run, however, those fluctuations tend to smooth out. Productivity growth, integrating the inefficiency changes, clearly demonstrates these fluctuations, having a much greater variance than technical change, and sometimes going negative. Technical change however, is always positive (being non-regressive) and relatively stable (between 0.51% - 1.46%) though we see a slight decreasing trend. Considering the measurement errors in individual years, the fluctuations in technical change are likely even smaller, and from our study, it is not clear whether the technical change is increasing or decreasing.



**Graph 2. Decomposition of Productivity Growth, Technical and Efficiency Changes**

**Table 4. Countries with the highest cumulative technical change 2000-2011**

Highest Techn. Change 2001-2011		
1	Mexico	52.20%
2	Netherlands	22.54%
3	Portugal	21.96%
4	Denmark	19.44%
5	France	19.75%
6	Slovak Republic	19.34%
7	United States	14.92%
8	Luxembourg	12.92%
9	Finland	12.23%
10	Belgium	11.74%

Countries with the highest technical change between 2001 and 2011 are mostly those which spend the most on healthcare and invest in technology. However, there are a few unexpected entries among the top countries such as Mexico and Slovak Republic, which seem to be rapidly catching up to their more developed neighbours. We should also note that all those countries also suffer from high inefficiency; none of the relatively efficient countries are among the top countries. This implies the technical change for relatively more efficient countries is underestimated in the analysis.

#### 4.2. Limitations of The Study

a) Radial efficiency analysis tends to underestimate the inefficiency: The radial efficiency approach assumes no substitution or trade-off between outputs and adopts a conservative way to determine the efficiency levels. The results should be evaluated with the slacks in mind. The countries with no slacks are usually in much better shape than those with large slacks.

b) Frontier analysis tends to underestimate technical changes: There are two reasons for this; 1) technical changes for the efficient countries on the production frontier are inherently underestimated, 2) technical spill-overs between countries do not shift the frontier but increase the efficiency through catch-up, which underestimates the role of technical change.

c) Production efficiency is just one part of the healthcare efficiency and only partially addresses the overall of the healthcare sector. Efficiency in provision as well as losses due to non-discretionary inputs (such as inequality) and lack of sufficient spending need to be considered. Some countries which excel at one particular stage often fail in another, and it is crucial to identify the exact sources of inefficiency.

#### 4.3. Conclusion and Discussion

Following the steps of Fare et al. (1997), who examined the technical change in OECD countries in the 1974 - 1989 period and found a cumulative 33% growth with only 10 developed countries, our study investigated whether the technological progress still persists in the modern era, and found supporting results. Unlike the bulk of the literature, all of the 34 OECD countries are included in the study, which found about 8.5% cumulative technical change and 7.2% productivity growth between 2001 and 2011. The technical change has slightly speeded up in recent years and most of the fluctuations seem to be due to the efficiency changes as a result of the catch-up process.

Given the aforementioned limitations of the methodology, the technical change is likely to be underestimated. Concentrating on the more developed countries boosts the annual technical change from 0.82% to around 1.2%. Therefore, it is plausible to assume a 1% annual technical change, which would accumulate to 16% in 15 years. Limiting the results to relatively more developed nations, on the other hand, as in Färe et al (1997), would imply about 20% of cumulative change at the same time frame. The more comprehensive nature of our study and the spillover effects that are not typically detected in the analysis imply even larger technical change.

Although investment in technology is partially responsible for increasing healthcare costs, it more than pays back as it is also the main driver of the productivity increases. This study, however, only deals with the production side of the story and calculates the technical change for health services, which are intermediate goods in the healthcare system. The ultimate goal of the healthcare system, however, is to produce the best health outcomes.

We will devise a more coherent multi-stage framework in subsequent studies to further investigate and establish a clear link between output and outcome productivity growth and technical changes. This will also help us to better analyse the impact of technical changes on health outcomes, and whether the inefficiencies in the production of services reveal themselves as inefficiencies in health outcomes.

## REFERENCES

1. Aaron H. J. (1991) **Serious And Unstable Condition: Financing America's Health Care** Washington: The Brookings Institution.
2. Banker R. D., Charnes A. and Cooper W. W. (1984) Some Models For Estimating technical And Scale Inefficiencies In Data Envelopment Analysis. **Management Science** 30(9): 1078–92.
3. Caves D. W., Christensen L. R. and Diewert W. E. (1982) The Economic Theory Of Index Numbers And The Measurement Of Input, Output And Productivity. **Econometrica** 50(6): 1393.
4. Charnes A., Cooper W. W. and Rhodes E. (1978) Measuring The Efficiency Of Decision Making Units. **European Journal of Operational Research** 2(6): 429–44.
5. Deb A. and Ray S., (2013) **Economic Reforms and Total Factor Productivity Growth of Indian Manufacturing: An Inter-State Analysis**. Working papers 2013-04, University of Connecticut, Department of Economics revised Apr 2013.
6. Färe R., Grosskopf S., Lindgren B. and Roos P. (1989) **Productivity Developments In Swedish Hospitals: A Malmquist Output Index Approach**. Discussion paper 89-3. Carbondale, IL: Southern Illinois University.
7. Färe R. and Grosskopf S. (1992) Malmquist Productivity Indexes and Fisher Ideal Indexes. **The Economic Journal** 102(410): 158-160.
8. Färe R., Grosskopf S., Norris M. and Zhang Z. (1994) Productivity Growth, Technical Progress, and Efficiency Change in Industrialized Countries. **American Economic Review** 84(1): 66-83.

9. Färe R., Grosskopf S., Lindgren B. and Poullier J. P. (1997) Productivity Growth In Health Care Delivery. **Medical Care** 35(4): 354–366.
10. Farrell M. J. (1957) The Measurement Of Productive Efficiency. **Journal of Royal Statistical Society (Series A)** 120(3): 253–281.
11. Hollingsworth B. (2008). The Measurement Of Efficiency and Productivity of Health Care Delivery. **Health Economics** 17(10): 1107–1128.
12. Malmquist S. (1953) Index Numbers and Indifference Curves. **Trab Estat** 4(2): 209-242.
13. Moscone F., Tosetti E., Costantini M. and Ali M. (2013) The Impact of Scientific Research on Health Care: Evidence From The OECD Countries. **Economic Modelling** 32: 325-332.
14. Muñiz M., Paradi J., Ruggiero J. and Yang Z. (2006) Evaluating Alternative DEA Models Used To Control For Non-Discretionary Inputs. **Computers and Operations Research** 33(5): 1173-1183
15. Newhouse J. P. (1993) An Iconoclastic View of Health Cost Containment. **Health Affairs** 12: 152-171.
16. Nishimizu M. and Page J. M. (1982) Total Factor Productivity Growth, Technological Progress And Technical Efficiency Change: Dimensions Of Productivity Change In Yugoslavia 1965–1978. **Economics Journal** 92(368): 920–936.
17. Nunamaker T. R. and Lewin A. Y. (1983) Measuring Routine Nursing Efficiency: A Comparison Of Cost Per Patient Day And Data Envelopment Analysis Models/Comment. **Health Services Research** 18(2): 183–208.
18. O’Neill L., Rauner M., Heidelberger K. and Kraus M. (2008) A Cross National Comparison And Taxonomy Of DEA Based Hospital Efficiency Studies. **Socio-Economic Planning Sciences** 42(3): 158–189.
19. Ozcan Y. A. (2008) **Health Care Benchmarking And Performance Evaluation An Assessment Using Data Envelopment Analysis (DEA)**. Springer, Newton.
20. Ray S. (2004) **Data Envelopment Analysis: Theory And Techniques For Economics And Operations Research**. Cambridge: Cambridge University Press.
21. Retzlaff-Roberts D., Chang C. F. and Rubin R. M. (2004) Technical Efficiency in The Use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries. **Health Policy** 69(1): 55–72.
22. Ruggiero J. (1998) Non-Discretionary Inputs in Data Envelopment Analysis. **European Journal of Operational Research** 111(3): 461-469.
23. Schwartz W. B. and Mendelson D. N. (1994) Eliminating Waste and Inefficiency Can Do Little to Contain Costs. **Health Affairs** 13: 224-238.
24. Sherman H. D. (1984) Hospital Efficiency Measurement And Evaluation: Empirical Test Of A New Technique. **Medical Care** 22(10): 922–938.

25. Wang J., Jamison D. T., Bos E., Preker A. and Peaboy J. (1999) **Measuring Country Performance on Health: Selected Indicators For 115 Countries**. Human Development Network, Health, Nutrition and Population Studies. Washington, DC: World Bank.
26. World Health Organisation (2000) **World Health Report: Health Systems: Improving Performance**. Geneva: WHO.
27. Global Health Observatory Data Repository, retrieved in Fall 2015, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.NCD56?lang=en>
28. OECD Health Statistics 2013 - Frequently Requested Data, retrived in Fall 2015, <http://www.oecd.org/health/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Bekaroğlu, C. & Heffley, D. (2018). The Impact of Technical Change on Healthcare Production and Efficiency. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 21(4), 641-653.



# Özel Hastanelerde Yenilikçilik ve Performans İlişkisinde Girişimciliğin Ara Değişken Etkisi

Gülhan KALMUK\*  
A. Zafer ACAR\*\*

## ÖZ

Sağlık sektöründe özel hastane yatırımlarının hızla artması ile birlikte üretim ve etkinliği arttırmak için sürekli çaba sarf etmek gerekmektedir. Küresel rekabet koşullarında hızla gelişmekte olan teknolojik alt yapılar ve hizmet süreçleri sağlık hizmet sunucularının başarıya ulaşmasında güçlüklerle karşılaşmalarına neden olmaktadır. Sağlık sektörünün şiddetlenen rekabet koşullarında rakiplerine karşı başarı sağlayabilmesi için sağlık sektörünün en önemli kaynağı olan hasta, hasta yakınları ve çalışan memnuniyetini ve hastane performansını arttırabilmesi yenilikçi ve girişimci davranması ile mümkün olabilecektir. İstanbul'da özel hastanelerde yenilikçilik ve hastane performansı arasındaki ilişkide girişimciliğin ara değişken rolünü belirlemektir. 2015 yılında İstanbul ilinde bulunan 181 özel hastaneden 75 hastaneye ulaşılmış ve toplam 322 üst ve orta düzey yöneticiye araştırma anketi elektronik posta ve yüz yüze anket uygulama yöntemi ile uygulanmıştır. Değişkenlere güvenilirlik analizi uygulanmış Cronbach alfa değeri (0,965) bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizi sonucunda değişkenler arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Girişimciliğin ara değişken rolünü tespit etmek için uygulanan regresyon analizi sonucunda girişimcilik alt boyutları ile yenilikçilik alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak çalışma özel hastanelerde yenilikçilik performans ilişkisinde girişimciliğin ara değişken rolü olduğunu kanıtlamıştır. Böylece sadece yenilik yaparak performansı artırma yerine yenilikçilik ile birlikte girişimcilik fikrini geliştirerek performansı daha fazla arttırabileceğimiz ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde emek ve teknoloji yoğun hizmet üretildiğinden, sürekli bilgi geliştirme ve yeniliğe ihtiyaç olduğundan dolayı yenilikçilik ile girişimciliğin birlikte uygulanması gerekmektedir. Bu amaçların yerine getirilebilmesi için sağlık kurumları çalışanlarını yenilikçi ve girişimci olmaya teşvik etmeli, çalışanların katılımını sağlamalı, hastalarına kaliteli hizmet üreterek müşteri memnuniyetini arttırmalı ve marka bağlılığı yaratabilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Yenilikçilik, Girişimcilik, Hastane Performansı

## Mediating Variable Effect of Entrepreneurship in Relation Between Innovation and Performance in Private Hospitals

### ABSTRACT

Since private hospital investments follow a fast pace in the healthcare sector, continuous effort is required to increase productivity and efficiency. Rapidly advancing technological infrastructure and service processes, when combined with global competition conditions, causes difficulties for healthcare service providers to succeed. As competitive conditions become more intensified and strong in the healthcare sector, innovative and entrepreneurial behaviors are required to increase performance of hospital and boost satisfaction of employees, families and patients – the most important source of the healthcare sector- in order to get ahead of competitors. This study intends to determine mediating variable role of entrepreneurship in the relation between innovation and performance of hospital in private hospitals of Istanbul. The study survey is an e-mailed to or filled in with face-to-face survey method by 322 senior and mid-level managers of 75 hospitals among 181 private hospitals offering inpatient healthcare services in Istanbul in 2015. Reliability analysis is

\*Dr. Öğr. Üyesi, İstinye Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gkalmuk@istinye.edu.tr

\*\* Doç. Dr., Piri Reis Üniversitesi, İİBF Uluslararası Lojistik ve Taşımacılık Bölümü, azacar@pirireis.edu.tr



applied to variables, resulting in a Cronbach alpha value = 0.965. Correlation analysis demonstrated moderate positive correlation between variables. Regression analysis is made to determine the mediating variable role of entrepreneurship and a positive and significant relation is found between sub-dimensions of entrepreneurship and sub-dimensions of innovation. In conclusion, this study evidences the mediating variable role of the entrepreneurship in relation between the innovation and the performance in private hospitals. Thus, it is revealed out that we can boost performance by improving the view of entrepreneurship in combination with innovation rather than increasing the performance based on innovation alone. Since labor- and technology-intensive services are rendered in the healthcare sector and continuous development of knowledge and innovation are needed, it is necessary to combine innovation with entrepreneurship. To achieve this goal, employees of healthcare facilities should be promoted to be innovative entrepreneur, participation of employees should be ensured and satisfaction of clients should be increased and brand loyalty should be created by producing quality services for patients.

**Keywords:** Innovation, Entrepreneurship, Hospital Performance.

## I. GİRİŞ

Küresel rekabet koşullarında hızla gelişmekte olan teknolojik alt yapılar ve yenilikler nedeni ile hizmet yoğun çalışan sağlık sektörünün şiddetlenen rekabet koşullarında rakiplerine karşı başarı sağlayabilmesi sağlık sektörünün en önemli kaynağı olan hasta, hasta yakınları ve çalışan memnuniyetini yükseltebilmesi girişimci ve yenilikçi davranması ile mümkün olmaktadır.

Yenilik, kurumların performansını geliştirmek için bilgi kaynakları sağlama ve kurumlar arası bağlantı oluşturma olarak tanımlanabilir. Hem büyüme hem de karlılık kurumların yenilikçi davranmaları ile ilgilidir. Sağlık sektöründe yenilikler diğer örgütler arasındaki kapsamlı etkileşimler ile gelişen ağlar tarafından da desteklenmektedir (Evangelista 2006; Littunen, Rissanen 2015).

Girişimcilik; genellikle yeni veya mevcut kavramlar, fikirler ve vizyonlardan yeni girişimler yaratma yeteneği olarak tarif edilir. Bir başka tanımı ile girişimcilik toplumun gereksinimleri doğrultusunda yatırımların planlanması ve uygulamaya konulmasıdır. Böylelikle toplumun refah düzeyi de yükseltilmiş olacaktır. Bir kurumun rakiplerinden önce risk alarak öne çıkması, yenilikçi davranması ve alanında yeni yetenekler keşfederek girişimci faaliyetlerde bulunması sonucu o kurumun performansı da artacaktır (Guth, Ginsberg 1990).

Dünyada birçok ülkede sağlık hizmetinin bilimsel ve sosyal olarak gelişmesi için uzun yıllar gerekli girişimler yapılmamıştır. Ancak küresel ekonomideki kalkınma ve büyüme ile birlikte sağlık sektörü büyük girişimcilerin ilgi göstermeye başladığı, çeşitli sermaye ortaklığı ve stratejik girişimlerin hızla ilerlediği bir sektör olarak dikkatleri çekmeye başlamıştır (Grazier, Metzler 2006).

Örgütler küresel rekabet ortamına ayak uydurabilmek için yeni ürün geliştirmek, yeni üretim faktörleri, yeni süreçler geliştirmek, yeni organizasyon ve pazarlama teknikleri kullanmak zorundadırlar. Bu değişimlerin geliştirilmesine yardımcı olan en önemli faktör girişimcilerdir. Girişimciler teknolojik gelişmeleri takip ederken önlerine çıkan fırsatları değerlendirmek için risk alarak hareket ederler. Böylece yeni ürün ve süreçler geliştirerek ekonomik dinamizmi de temin etmiş olurlar. Örgütsel amaç yönetimi ve değerlendirmesi yaklaşımı daha yenilikçi ve karmaşık hale geldikçe, rekabetçi ve düzenleyici değişikliklerin sağlık örgütünün yönetim tarzını etkilediği izlenmiştir. Yenilikçilik girişimci için değişimin en önemli belirleyicisidir.

## II. KURAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Yenilikçilik

Yenilik, örgütlerde daha önce var olan bilgilerin farklı kullanımını ya da yeni bilgi üreterek değer yaratmanın nasıl yapılacağını ifade eden bir terimdir. Yenilik kavramı genellikle yeni bir ürün veya hizmet geliştirmenin yanında, yeni iş modelleri, yönetim teknikleri ve yeni örgütsel yapıları da kapsamaktadır (Jamrog et al. 2006).

Yenilikçilik sağlık kurumları için hem pratik hem de teorik perspektifte hayati öneme sahiptir. Birçok sağlık kurumunu etkileyen dinamik ve karmaşık çevre sağlık yöneticilerinin kaynaklarını ve yeteneklerini en iyi kullanımını gerektirir. Bundan dolayı sağlık yöneticilerinin örgütleri için yeni kaynak yaratmaları ve rekabet avantajı sağlamalarında yenilikçilik önemli yer tutmaktadır. Yenilikçilik hastane yönetim biçimini etkileyen yeni beceriler, davranışlar, fikirlerin değişimi ve etkileşiminden sorumludur (Ratten 2012; George et al. 2010; Zucerman, Dowling 1997). Yenilikçilik aynı zamanda yönetim biçiminden kaynaklanan kaynakların kötüye kullanımını engellemede de önemlidir (Crossan, Apaydin 2010). Yenilikçilik, yenilikçi düşüncenin pazara sunulması olarak tanımlanabilir. İçinde bulunduğumuz dönemde sağlık kurumlarının başarı sağlayabilmeleri, faaliyetlerini geliştirerek iç çevre ve dış çevrede etkili yenilikler yapmaları ile mümkündür (Hammer 2004; Ratten 2012). Son yıllarda gerek akademik çevreler gerekse de uygulayıcılar arasında yenilikçiliğin dinamik çevresel şartlarda kullanılabilir olacak önemli bir paradigma olduğu kabul edilmiştir. Yenilikçiliğin etkililik, verimlilik ve hayatta kalma için gerekli olduğuna yönelik geniş katılımlı bir görüş birliği olduğu görülmektedir (Aksay, Orhan 2013). Yenilikçilik örgüt tanıtımında sistematik değişim ve esneklik yaklaşımını içerir.

Sağlık sektörünün temel kurumlarından olan hastaneler, sürdürülebilirlik ve rekabet gücü sağlama, hastaların, sağlık personelinin ve paydaşların ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilme düşüncesiyle yenilikçi olmak durumundadırlar. Bu nedenle son yıllarda yenilikçiliğin sağlık sektörü ve hastaneler için önemi daha fazla gündeme gelmiş, akademisyen ve uygulayıcıların bu yöne eğilimleri artmıştır. Ancak sağlık hizmetlerinin, uygulamada etkili ve gerekli olduğunu belirlemeyi güçleştiren karmaşık yapısı yenilik yapmayı da güçleştirmektedir.

#### 2.1.1. Süreç Yenilikçiliği

Süreç yeniliği bir kurum için yeni veya önemli derecede iyileştirilmiş bir üretim ya da dağıtım yönteminin gerçekleştirilmesi veya var olan bir yöntemin geliştirilerek daha etkin hale getirilmesi sonucu ortaya çıkan yenilik türüdür (Damanpour 1996). Kurumlarda yeni ürün tasarımından kalite kontrolüne kadar gerçekleştirilmekte olan bütün işler bir süreçtir ve bu süreçlerin yeni fikirler doğrultusunda daha etkili yürüyecek şekilde düzenlenmesi, daha hızlı hale getirilmesi ve maliyetlerin artırılarak verimliliğin yükseltilmesi süreç yenilikçiliği ile mümkün olacaktır (Wang, Ahmed 2004). Bu nedenle stratejik bir önemi vardır ve daha etkin bir üretim için avantaj sağlar (Durna 2002).

#### 2.1.2. Hizmet Yenilikçiliği

Hizmet yeniliği müşteriye sunulan bir mal olarak ürün ya da hizmet olarak tanımlanır. Bir ürün ya da hizmet yeniliği, bir ürün veya hizmetin var olan özelliklerinin önemli derecede iyileştirilmesi, farklılaştırılması ve geliştirilmesi sonucu hizmetin ortaya çıkması veya öngörülen kullanımlara göre yeni bir hizmetin geliştirilmesidir. Wang ve Ahmed (2004), hizmet yenilikçiliğini orijinal ve anlamlı hizmetin pazara sunulması olarak tanımlamaktadır.

Hizmet yenilikleri sektörde faaliyet göstermekte olan örgütlerin çağın teknoloji ve rekabet koşullarındaki değişimi yakalayabilmesinde ve rakiplerinden üstün olmasında en önemli araçlardan birisidir.

### 2.1.3. Davranış Yenilikçiliği

Davranış yeniliği, örgütün sürdürülebilir davranışsal değişimine yönelik davranışsal taahhüt ve kararlılığı olarak tanımlanabilir (Avlonitis et al. 1994). Davranışsal yenilikçilik, örgütün yeni fikirlere ve yeniliklere yönelik davranışsal eğilimini açıklamaktadır. Yeniliğe açıklık yenilik sürecinin başlangıcı olarak da tanımlanmaktadır. Yeniliğe açıklığı örgüt üyelerinin yeniliği benimseme konusundaki kabiliyet ve isteklilikleri yeniliğe karşı gösterecekleri direnç etkileyecektir (Hurley, Hult 1998; Zaltman et al. 1973). Bu nedenle davranışsal yenilikçilik yenilik süreci çıktılarının belirlenmesinin arkasındaki temel faktör olarak tanımlanabilir.

Yenilikçiliğin hastane performansını girişimcilik aracılığı ile ne yönde ve nasıl etkileyeceği sorusu ve değişkenlerin alt boyutları arasındaki ilişkiler araştırmanın temel alanını oluşturmaktadır. Bulgulara göre oluşturulan öncül hipotezler ise şu şekildedir:

*H<sub>1a</sub>: Yenilikçilik boyutları ile nicel performans arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

*H<sub>1b</sub>: Yenilikçilik boyutları ile nitel performans arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

*H<sub>1c</sub>: Yenilikçilik boyutları ile hizmet performans arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

### 2.2. Girişimcilik

Girişimcilik terimi yüzyıllardır kullanılmasına rağmen tek bir tanımı yoktur. Bunun yerine araştırmacılar girişimciliğin tanımını daha da genişleterek ve yenileyerek devam etmektedirler. 1700'lerde Fransız ekonomistler tarafından ekonomide büyük risk taşıyan faaliyetler olarak tanımlanmıştır. Diğer taraftan Drucker (1985), yeni üretim ve serveti bağdaştırarak yenilikler yapmak olarak tanımlamıştır. Bazı araştırmacılar gelecekteki fırsatları, mal ve hizmetleri nasıl, kimin nerede değerlendireceğini belirlemektir. Ayrıca girişimci verimlilikle ilgili optimum üretim, yatırım ve finansmandan sorumludur (Williams, Thompson 1998).

Tüm bu tanımlara rağmen halen bir consensus sağlanmış değildir. Schumpeter girişimciliği anlatmak için bir ekonomi modeli kullanmıştır. Schumpeter girişimci yenilik için beş senaryo savunmuştur. 1. Yeni bir ürün ortaya çıkarmak veya ürünün kalitesini arttırmak, 2. Yeni bir üretim modeli geliştirmek, 3. Yeni bir pazar bulmak, 4. Yeni hammadde bulmak, 5. Her endüstride kullanılacak yeni organizasyon geliştirmek, bu senaryolardan herhangi birinin sağlanması girişimcilik için temel oluşturacağını savunmuştur ( Schumpeter 1936)

Küreselleşme ile birlikte, iş ortamı daha karmaşık ve belirsiz bir hale gelmiştir. Girişimcilik kişisel tatmin ve bağımsızlık elde etmek için finansal, sosyal ve fiziksel riskler alarak ve yeterince zaman ve enerji harcayarak bir değer yaratma süreci olarak kabul edilir (Acar et al. 2013). Çevre hızla ve sürekli değişirken pazar ve müşterilerin ihtiyaçları da sürekli ve hızla değişmektedir. Girişimci örgütler geçmişte yapılmış olan yenilikçi aktivitelerle gelecekteki yenilikçi aktiviteleri birleştirerek yeni bilgiler ortaya çıkarırlar. Örgütler pazar ve müşteri beklentilerini karşılamak için yeni ürünler geliştirmek ve yeni bilgiler öğrenmek zorundadır. Böylece örgütler yenilikçi davranışları sayesinde pazarlamada ve girişimci faaliyetlerde rekabet avantajı elde edebilir (Barsh 2007; Chapman, Hyland 2004). Girişimcilik yönetsel tercih, inanç ve davranış biçimleri kullanarak üst yönetim tarafından örgüt düzeyinde belirli çıktılar ve strateji oluşturma ve karar alma süreçleridir

(Lumpkin, Dess 2001). Girişimcilik çok boyutlu bir stratejik oryantasyondur (Covin, Slevin 1991; Covin, Covin 1990; Antoncic, Hisrich 2001; Miller 1983). Girişimcilik risk alma, yenilikçilik ve ileriye etkililik yönelimi olarak değerlendirilmektedir. Daha sonra Lumpkin ve Dess (1996) girişimciliğe iki alt boyut daha ekleyerek özerklik ve saldırgan rekabetçilik boyutlarını eklemiştir. Girişimciliğin her alt boyutunun ayrı varyans açıkladığı için birbirinden bağımsız değişkenler olduğunu göstermişlerdir. Sağlık sektöründe girişimcilik girişim, yenilenme, yenilik, risk alma ve proaktiflik olarak tanımlanır. Sağlık girişimciliği yenilik aktivitesi olarak yeni ve mevcut hizmeti geliştirmeyi içerir. Girişimcilik boyutları açısından örgütler bir boyutta yüksek değer alırken diğer boyutta düşük değer alabilmektedir. (Kreiser et al. 2002; Stetz et al. 2000; Aldemir, Acar 2012). Küreselleşen dünyada örgütlerin hayatta kalabilmeleri için bilgi ve iletişim teknolojilerinin günlük yaşamın bir parçası olduğu iş dünyasının sürekli belirsizlik, karmaşıklık, rekabetle karşı karşıya kaldığı ortamda rekabet üstünlüklerini sürdürebilmeleri ve başarılı olabilmeleri için risk almaları, rekabet edebilmeleri ve proaktif davranabilmelerini gerektirmektedir (Altuntaş, Dönmez 2010).

### 2.2.1. Proaktiflik

Girişimciliğin bir alt boyutu olan proaktiflik, çevreyi değiştirebileceğini öngörebilen öncü ve aktif işletmelerin çevrenin gelecekteki beklenti ve taleplerine cevap verebilecek davranışları geliştirme biçimidir. Proaktiflik risk almayı ve inisiyatif kullanmayı gerektirir (Antoncic, Hisrich 2001; Alpkan ve diğerleri 2005). Bu nedenle, proaktiflik örgütlerin yeni ürün/hizmet, teknoloji ve yönetim tekniklerini rakiplerinden önce keşfederek pazarda lider olmalarıdır (Covin, Slevin 1989; Antoncic, Hisrich 2001).

### 2.2.2. Saldırgan Rekabetçilik

Saldırgan rekabetçilik, örgütün rakiplerini etkisiz hale getirmek ve egemenliğini kabul ettirebilmek için bilinçli olarak alışılmadık yöntemler ile rakipleri ile mücadele etmesidir. Pazar talebindeki hızlı değişimler ve pazara sunulan ürünlerin eskidiği durumlar şiddetli rekabetin ortaya çıkmasına neden olmakta ve örgütler rekabete karşı azalan fırsatlarında göz önünde bulundurarak çok yoğun rekabete girme eğilimi göstermektedirler. (Bulut ve diğerleri 2008; Barringre, Bluedorn 1999). Özellikle rakiplerin tehdit içeren hamlelerine hızlı karşılık verilebilmeli veya rekabette yeni pozisyon alabilmek için örgütlerin güçlü ve zayıf yönleri ve bunlara karşı geliştirmekte oldukları stratejiler hakkında bilgi sahibi olmalı, bunlara karşı uygun stratejiler belirlemelidir. Ayrıca yönetim bu rekabet şartlarını çalışanları ile paylaşmalı ve önemini anlatmalıdır. Kısaca rekabetçi davranışların özünde işletmelerin rakipleri ile kendilerini karşılaştırarak ve kaynaklarını hızlı bir biçimde harekete geçirerek pazarda üstün olmak için rakibe saldırması, rakibin zayıf yönleri hakkında bilgi biriktirmesi yer almaktadır (Altuntaş, Dönmez 2010).

Yenilikçiliğin hastane performansını girişimcilik aracılığı ile ne yönde ve nasıl etkileyeceği sorusu ve değişkenlerin alt boyutları arasındaki ilişkiler araştırmanın temel alanını oluşturmaktadır. Bulgulara göre oluşturulan öncül hipotezler ise şu şekildedir:

*H<sub>2a</sub>: Yenilikçilik boyutları ile proaktiflik eğilimi arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

*H<sub>2b</sub>: Yenilikçilik boyutları ile saldırgan rekabetçilik eğilimi arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

*H<sub>3a</sub>: Girişimcilik boyutları ile nicel performans arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

*H<sub>3b</sub>: Girişimcilik boyutları ile nitel performans arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

*H<sub>3c</sub>: Girişimcilik boyutları ile hizmet performansı arasında pozitif yönde ilişki vardır.*

### **2.3.Firma Performansı**

Performans nitel ve nicel olarak amaçların gerçekleştirilmesinde gösterilen planlı çabaların ve sonuçlarının değerlendirilmesidir. Sürekli değişen ve gelişen pazar ile karşı karşıya olan örgütlerin yaratıcılıklarını ve sürekli rekabet avantajını sürdürebilmeleri için performanslarını arttırmaları gerekmektedir (Çalışkan 2010). Küresel rekabet şartları örgütlerin performanslarını daha yakından takip etmelerini ve çok yönlü olarak ele almalarını gerektirmektedir. Örgüt performansının ölçülmesinde finansal performans kadar finansal olmayan performansların da (yenilik, kalite, zaman, vb.) geliştirilmesi örgütün stratejik kararlarını etkilemekte ve ilerlemesine sebep olmaktadır. Yenilikçilik yeteneği firma performansını pozitif yönde etkileyen en önemli belirleyicidir ve birçok literatür çalışması da bunu desteklemektedir. Örgütlerin ayakta kalmak için ve performanslarını arttırarak rekabet avantajı kazanması için yenilikçi olmaları gerektiği önerilmektedir. Bugün birçok örgüt finansal ve finansal olmayan performans ölçümlerinin ikisini de birlikte kullanmaktadırlar (Akman et al. 2008).

Çalışmada firma performansı firmanın nicel performansı, nitel performansı ve hizmet performansı olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır. Örgütlerin müşteri, rakip ve teknoloji odaklı olmaları öğrenme sayesinde örgütlerin müşteri memnuniyeti ve yeni ürün başarısı ile satış ve karlarını arttıracaktır.

#### **2.3.1. Nitel Performans**

Performans, örgütlerin hedeflerini gerçekleştirmesinde Pazar paylarında büyüme, satışlar ve karlılığın yanı sıra örgütün stratejik amaçlarında başarı olarak tanımlanmaktadır (Hult et al. 2004; Eren ve diğerleri 2013). Niteliksel performans soyut verilere dayalıdır ve bundan dolayı nitel performans ölçümünde kullanılacak kriter sayısı çok fazla olabilir. Ayrıca nicel performansın temeli de nitel performansa dayanır, nitel performans düşerse zamanla nicel performansta düşecektir. Çalışma yaşamında kalite, kuramsal bağlılık düzeyleri, müşteri memnuniyeti ve kamu sorumluluğu gibi belirleyiciler nitel performansı ölçmede kullanılan önemli değişkenlerdir. Uzun dönemli hedefleri belirlemede müşteri memnuniyeti, öğrenme ve büyüme gibi finansal olmayan değişkenler kullanılmaktadır (Evliyaoğlu, Hemedoğlu 2012).

#### **2.3.2. Nicel Performans**

Nicel performans sonuca dayalı olarak finansal göstergeler (yatırım, varlıkların getirisi, kar artışı gibi) ve piyasa göstergelerine (Pazar payı, borsa getirisi, satış büyümesi) kriterlerine ilişkin performanstır ve örgütün ekonomik olarak hedeflerine yaklaşım yaklaşmadığını gösterir (Luo et al. 2011). Örgüt performans ölçümlerinde niteliksel performansın oluşmasında niteliksel performansın öncül ya da ara değişken olarak bulunması gerektiği vurgulanmaktadır (Alpkan ve diğerleri 2005). Dolayısı ile nicel performans göstergeleri finansal göstergelerdir (yatırım getirisi, karlılık).

#### **2.3.3. Hizmet Performansı**

Hizmet kıt kaynaklarla sınırsız olan insan ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanabilir. Bunu sağlamak için kaynakların verimli, tutumlu ve etkin olarak kullanılması gerekmektedir. Örgütlerin yürüttüğü faaliyetlerinde hedeflerine ulaşabilmeleri hizmet performanslarını yükselterek verimliliği ve fayda –malieti sağlamalarına bağlıdır. Hizmetlerinin verimli, etkin ve tutumlu bir düzeyde gerçekleşip gerçekleşmediği hususlarının değerlendirilmesinde hizmet performans ölçümü önemli bir yönetim aracı olarak işlev görür (Songur 1995; Köseoğlu 2005).

## 2.4. Özel Hastanelerde Yenilikçiliğin Performansa Etkisinde Girişimciliğin Ara Değişken Etkisi

Örgütlerin yenilikçi davranışları ve performans arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu yapılan çalışmalar ile ortaya konulmuştur. Örgütlerin uzun süre rekabetçi kalabilmeleri ve yaşamlarını başarılı sürdürebilmeleri performanslarını arttırabilmelerine bağlıdır. Bundan dolayı örgütler pazar paylarını sürekli olarak iyileştirmek için yenilikler yaratarak ve girişimci davranarak uzun süre ayakta kalabilmektedir (Erdem ve diğerleri 2011; İnsel, Sarıdoğan 2009). Girişimcilik risk alma, fırsatları değerlendirme, uygulamaya geçirme ve yenilik yapma süreçlerinin tamamını kapsamaktadır (Aytaç, İlhan 2007; Cansız 2007). Pek çok teorik ve ampirik araştırma pozitif girişimcilik yönelimi performans ilişkilerine dair sağlam kanıtlar ortaya koymaktadır. Girişimcilik faaliyetlerinin uzun vade de karlılık, büyüme ve riskle ilgili faaliyetler açısından firma performansını arttırabileceğini ileri sürmektedir (Kwon, Cho 2017; Covin, Slevin 1991; Zahra 1991).

Girişimcilik, örgütlerin zorlu rakipler ile mücadele ettiği ortamda karar verme stilleri, uygulamaları ve yöntemleri konusunda yönetim süreçlerindeki stratejik tutumlarını ifade etmektedir (Kwon, Cho 2017; Lumpkin, Dess 1996) ile kendini gösterir. Girişimcilik, küreselleşen günümüz dünyasında ekonomik gelişmede rol oynayan en önemli faktörlerden biridir. Girişimcilik ekonomik büyüme ve kalkınmanın motoru, yenilik ve yaratıcılığın kaynağıdır şeklinde açıklanmaktadır (Er 2013). Schumpeter'e göre girişimci olabilmenin yolu bir işletmenin veya sermayenin sahibi olmaktan değil, daha önce gerçekleştirilmemiş bir yeniliği veya fikri ortaya atmaktan geçer. Örgütlerin uygun şartları sağlayarak yenilikçiliğe yönelmeleri örgüt performansını arttırmaktadır (Yavuz 2010). Örgüt içinde başarılı yenilikçiliğin geliştirilmesi; girişimcilik uygulamalarının başarılı bir şekilde desteklenmesi ile örgütsel performansı arttırmada daha etkin olacaktır. Schumpeter girişimcinin yeni kombinasyonlar ile ekonomideki dengeyi bozarak "yaratıcı yıkım" adı verilen sürece neden olabileceğini bu durumun ancak yenilikle birlikte başarılı olabileceğini belirtmiştir. Sonuç olarak girişimcilik aracılığı ile yeniliklerin ekonomik gelişme ve örgüt performansındaki pozitif etkisi çalışmalarda ortaya konulmuştur.

Yenilikçiliğin firma performansını girişimcilik aracılığı ile ne yönde ve nasıl etkileyeceği sorusu ve değişkenlerin alt boyutları arasındaki ilişkiler araştırmanın temel alanını oluşturmaktadır. Bulgulara göre oluşturulan öncül hipotezler ise şu şekildedir:

- H<sub>4a</sub>: Yenilikçilik alt boyutları ile hastane performansının alt boyutları olan nicel performans arasında girişimcilik alt boyutu proaktiflik eğilimi ara değişkendir.*
- H<sub>4b</sub>: Yenilikçilik alt boyutları ile hastane performansının alt boyutları olan nitel performans arasında girişimcilik alt boyutu proaktiflik eğilimi ara değişkendir.*
- H<sub>4c</sub>: Yenilikçilik alt boyutları ile hastane performansının alt boyutları olan hizmet performansı arasında girişimcilik alt boyutu proaktiflik eğilimi ara değişkendir.*
- H<sub>5a</sub>: Yenilikçilik alt boyutları ile hastane performansının alt boyutları olan nicel performans arasında girişimcilik alt boyutu saldırgan rekabetçilik eğilimi ara değişkendir.*
- H<sub>5b</sub>: Yenilikçilik alt boyutları ile hastane performansının alt boyutları olan nitel performans arasında girişimcilik alt boyutu saldırgan rekabetçilik eğilimi ara değişkendir.*
- H<sub>5c</sub>: Yenilikçilik alt boyutları ile hastane performansının alt boyutları olan hizmet performansı arasında girişimcilik alt boyutu saldırgan rekabetçilik eğilimi ara değişkendir.*

### III. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

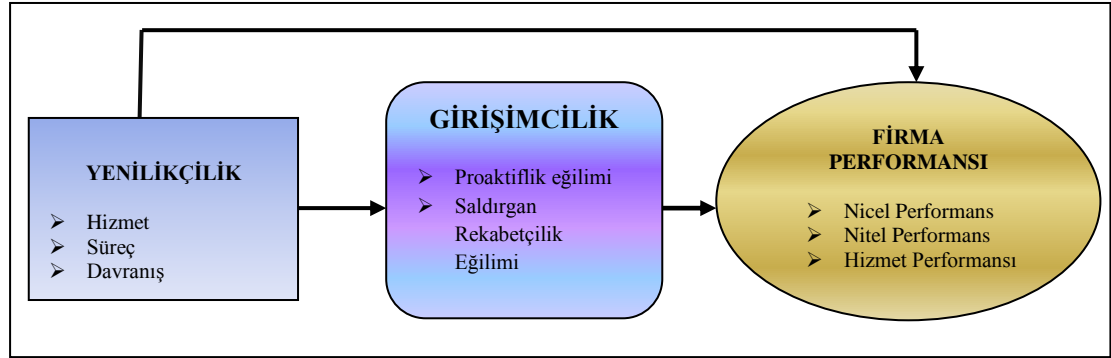
Bu çalışmanın amacı Türkiye’de özel hastanelerde yenilikçilik ve hastane performansı arasındaki ilişkide girişimciliğin ara değişken rolünü incelemektir.

Bu amaç doğrultusunda İstanbul ilinde bulunan 181 özel hastaneden yataklı hizmet veren 75 hastaneye ulaşılmış ve ulaşılan hastanelerin her birinde üst ve orta düzey yöneticilerden birden fazla katılımcıya 322 araştırma anketi yüz yüze ya da elektronik posta yolu ile uygulanmıştır (istanbulsaglik.gov.tr 2015). Sonuç olarak doldurulan 322 anketten 22 anket eksik işaretlendiğinden değerlendirme dışında bırakılmış ve 300 ankete SPSS 19 programında korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

Araştırma modeli yenilikçilik bağımsız değişkeni ile firma performansı bağımlı değişkeni ilişkisinde girişimciliğin ara değişken rolünü incelemek üzere kurulmuştur.

Araştırmanın temel modeli Şekil 1’de verilmektedir.

**Şekil 1. Yenilikçilik ve Firma Performansı Arasındaki İlişkide Girişimciliğin Ara Değişken Rolü**



#### 3.2. Örneklem ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın evrenini İstanbul’da bulunan 181 özel hastane üst ve orta düzey yöneticileri oluşturmaktadır (www.saglik.gov.tr 2015). İnternet üzerindeki sağlık bakanlığı web sayfalarından indirilen 181 özel hastane web adresi ve bilgileri kullanılarak çalışmayı açıklayan bir ön yazı ve anket e-posta aracılığı ile hastane üst yönetimlerine gönderilmiştir. Ancak geri dönüş olmadığından yüz yüze başvuru tekniği kullanılarak 75 hastaneye ulaşılmış, her hastanede iki ya da üç üst ve orta düzey yöneticiye 322 anket uygulanmıştır. Sonuç olarak doldurulan 322 anketten 22 anket eksik işaretlendiğinden değerlendirme dışında bırakılmış ve 300 ankete SPSS 19 programında korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır.

Örneklem grubunu oluşturan 300 katılımcının cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında 156 kadın katılımcı ve 144 erkek katılımcı bulunduğu görülmektedir. Katılımcıların %6,7’i 20-29, %33,0’i 30-39, %39,7’i 40-49 ve %20,7’i 50 ve üzeri yaşlardadır. İş hayatındaki deneyim açısından katılımcıların 137 si 1-5 yıllık deneyime, 92’si 6-10 yıllık deneyime, 50’si 11-20 yıllık deneyime ve 21’i 20 ve üzeri yıllık deneyime sahiptir. Katılımcıların çalıştıkları pozisyonlara baktığımızda ise 41 katılımcının başhekim, 48 katılımcının başhekim yardımcısı, 78 katılımcı genel müdür, müdür veya direktör, 38

katılımcı müdür yardımcısı, direktör yardımcısı, 45 katılımcı başhemşire ve 50 katılımcı birim yöneticisinden oluşmaktadır. ‘Stratejik kararlar alınırken fikirleriniz resmi olarak alınıyor mu’ sorusuna katılımcıların 180’i evet (%60) cevabı verirken, 120 katılımcı hayır (%40) diye cevap vermiştir. ‘Stratejik toplantılarda ve uygulamalarda aktif olarak yer alıyorsunuz’ sorusuna katılımcıların 195’i (%65) evet derken, 105 katılımcı hayır (%35) diye cevap vermiştir.

### 3.4. Ölçekler

Araştırmada kullanılan ölçekler güncel ve uluslararası düzeyde genel kabul görmüş kaynaklar arasında literatür araştırması yapılarak alanlarına uygun olarak daha önceki çalışmalarda kullanılmış geçerlilik ve güvenilirlikleri onaylanmış anketler arasından seçilmiştir. Bu kapsamda Yenilikçilik ölçeği olarak Wang ve Ahmed (2004); Day (1977) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Araştırma kapsamında, girişimcilik eğilimini belirlemek üzere Fiş ve Wasti (2009) tarafından kullanılan, Covin ve Slevin (1989); Lumpkin ve Dess (2001); Khandwalla (1976); Venkatraman (1989); Hornsby ve diğerleri (2002) tarafından geliştirilen ölçek, hastane performansı alt boyutlarından nicel, nitel ve hizmet performans durumunu belirlemek için Bulut (2007)’nin çalışmasında Denison (2000); Yılmaz ve diğerleri (2005); Antoncic ve Hisrich (2001); Neely ve Hii (1998); Hagedoorn ve Cloudt (2003)’ün çalışmalarında kullanmış oldukları ölçeklerden birleştirilerek oluşturulan ölçek daha önceden test edilmiş olsa da yeniden ölçek güvenilirlik analizine tabii tutulmuştur.

Tüm değişkenlerin dahil edildiği ölçeğin Cronbach alfa değeri (0,965) literatürde önerilen 0,70 kritik eşik değerinin (Nunally 1978; Nunally, Bernstein 1994) oldukça üzerindedir. Ardından temel bileşenler analizine geçilmiştir. Varimax rotasyonu kullanılarak yapılan bu uygulama faktör matrisi için gerekli varyansların toplamını maksimize etmektedir (Hair et al. 1998). Özdeğeri 1 ve daha yüksek olan bileşenler ile 0,500 ve daha yüksek değer alan değişkenler dikkate alındığında öncelikle araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturan firma performansı ölçeği ele alınmış ve beklenildiği üzere toplam üç alt bileşene ayrılmıştır. Ancak Nicel Performans boyutuna ait FB 6 değişkeni ile Nitel Performans boyutuna ait FB17 değişkeni hiçbir faktör altına yüklenemediğinden ölçekten çıkarılmıştır. Ardından incelenen yenilikçilik boyutu ise literatürde öngörülen 3 bileşene ayrılmıştır. Girişimcilik boyutu 3 alt bileşene ayrılmış ancak alt bileşenlerden risk alma boyutu güvenilirlik kat sayısı 0,500’ün altında çıktığı için boyut analize dahil edilmemiştir. Proaktiflik ve saldırgan rekabetçilik eğilimi boyutları analize dahil edilmiştir. Tablo 1’de tüm değişkenlerin temel bileşenler analiz sonucu yer almaktadır.

**Tablo 1. Araştırma Ölçeklerinin Temel Bileşenler Analiz Sonuçları**

	Faktör Ağırlıkları		Cronbach $\alpha$	KMO	Açıklanan Toplam Varyans
	Min	Max			
<b>Firma Performansı</b>			0,954	0,898	77,377
Nicel Performans	0,651	0,901	0,939		
Nitel Performans	0,682	0,867	0,946		
Hizmet Performansı	0,642	0,817	0,852		
<b>Yenilikçilik</b>			0,976	0,932	89,413
Hizmet	0,562	0,782	0,948		
Süreç	0,745	0,796	0,935		
Davranış	0,572	0,793	0,953		
<b>Girişimcilik</b>			0,793	0,714	73,527
Proaktiflik Eğilimi	0,826	0,89	0,894		
Saldırgan Rekabetçilik Eğilimi	0,778	0,892	0,766		



#### IV. BULGULAR

Bu araştırma özellikle ulusal stratejik yönetim bilimi araştırmalarında ihmal edilmiş bir alan olan sağlık hizmeti sağlayan işletmelerde örgütsel performansın artırılmasını sağlayan yenilikçilik ve girişimciliğin ara değişken olarak rolünün performansa etkisi olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu amaçla öncelikle tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Anket araştırması ile elde edilen veri tabanının kurum bazlı olarak düzenlenmesi ile yapılan tanımlayıcı analizlere göre araştırma örnekleminizi oluşturan işletmelerde en çok görülen Yenilikçilik boyutlarından süreç yenilikçiliği (Ort. 3,62; Ss.1,13) olduğu ve onu sırası ile hizmet yenilikçiliği (Ort. 3,59; Ss.1,18) ve davranış yenilikçiliği (Ort. 3,52; Ss. 1,14) boyutlarının takip ettiği görülmektedir. Girişimcilik boyutlarından proaktiflik eğilimi (Ort. 3,61; Ss. 1,04) ve saldırgan rekabetçilik eğilimi boyutu (Ort. 2,91; Ss. 1,00) olduğu görülmektedir. Araştırma modelimizin çözümünde çok değişkenli veri analizi tekniklerini uygulayabilmek için yapılan Q-Q grafiklerine göre gözlemlerin diyagonalde yer alan doğruya yakın olduğu gözlenmiştir. Bu da örneklemin normal dağıldığını ifade etmektedir.

Araştırma kapsamında sunulan hipotezleri test etmek için regresyon analizinden faydalanılmıştır. Ancak regresyon analizlerini uygulayabilmek için kontrol edilmesi gereken bazı varsayımlar bulunmaktadır. Bu varsayımlardan bir tanesi araştırma modelinin değişkenleri arasında ilişkilerin bulunmasıdır. Bu nedenle öncelikle analize girecek değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek gerekmektedir. Tablo 2 de bağımlı, bağımsız, ara değişkenler ve alt boyutlarının betimsel istatistikleri ve aralarındaki korelasyonlar gösterilmektedir.

**Tablo 2. Korelasyon Tablosu**

	Ort.	S.S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Yenilikçilik</b>	3,57	1,13	1										
<b>Girişimcilik</b>	3,31	0,81	0,765**	1									
<b>Hastane Performansı</b>	3,61	0,69	0,615**	0,522**	1								
<b>Hizmet Yenilikçiliği</b>	3,59	1,18	0,969**	0,722**	0,593**	1							
<b>Sürec Yenilikçiliği</b>	3,62	1,14	0,963**	0,759**	0,570**	0,914**	1						
<b>Davranış Yenilikçiliği</b>	3,52	1,15	0,969**	0,741**	0,609**	0,894**	0,914**	1					
<b>Proaktiflik</b>	3,62	1,05	0,860**	0,853**	0,505**	0,847**	0,830**	0,822**	1				
<b>Saldırgan Rekabet</b>	2,91	1,01	0,238**	0,689**	0,276**	0,176**	0,270**	0,246**	0,209**	1			
<b>Nicel Performans</b>	3,31	0,82	0,565**	0,522**	0,847**	0,548**	0,525**	0,565**	0,539**	0,230**	1		
<b>Nitel Performans</b>	3,76	0,79	0,551**	0,429**	0,930**	0,535**	0,507**	0,535**	0,396**	0,254**	0,615**	1	
<b>Hizmet Performans</b>	3,78	0,68	0,456**	0,402**	0,806**	0,421**	0,429**	0,469**	0,369**	0,242**	0,541**	0,746**	1

\*\*  $p < 0,01$

Korelasyonlara dair ayrıntılara baktığımızda Tablo 2 de görüldüğü gibi yenilikçilik ile hastane performans arasında ( $r=0,61$ ,  $p<0,01$ ) yüksek düzeyde pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yenilikçilik ile girişimcilik arasında ( $r=0,76$ ,  $p<0,01$ ) yüksek düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastane performansı ve girişimcilik arasında ( $r=0,52$ ,  $p<0,01$ ) orta düzeyde pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastane performans boyutları olan nicel performans, nitel performans ve hizmet performansı birbirleri ile anlamlı ve pozitif yönlü ilişkiler içerisinde olup, ilişkilerin şiddeti ( $r=0,54$  ve  $0,75$ ,  $p<0,01$ ) arasında değişmektedir. Yenilikçiliğin boyutları olan hizmet, süreç ve davranış

boyutlarının birbirleri ile anlamlı ve pozitif yönlü ilişkilerinin olduğu bu ilişkilerin ( $r= 0,89$  ile  $0,91$ ,  $p<0,01$ ) arasında değişen şiddete sahip olduğu tespit edilmiştir.

Nicel performans ile yenilikçilik arasında ( $r=0,56$ ,  $p<0,01$ ) ve nitel performans yenilikçilik arasında ( $r=0,55$ ,  $p<0,01$ ) ve hizmet performansı yenilikçilik arasında ( $r=0,46$ ,  $p<0,01$ ) orta düzeyde pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Nicel performans ile girişimcilik arasında ( $r=0,52$ ,  $p<0,01$ ), nitel performans ile girişimcilik arasında ( $r=0,42$ ,  $p<0,01$ ) ve hizmet performansı yenilikçilik arasında ( $r=0,40$ ,  $p<0,01$ ) orta ve orta düzeyin az altında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Araştırma modelinde yer alan faktörler arasında var olduğu varsayılarak ifade edilen doğrusal ilişkiler regresyon analizleri ile test edilmiştir. Regresyon analizleri bağımlı bir değişken ile onun üzerinde etkisi olduğu varsayılan bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi matematiksel bir model ile açıklamak için kullanılır (Hair et al. 1998). Bu çalışmada yenilikçilik boyutları ve girişimcilik boyutları bağımsız, hastane performans boyutları ise bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bağımlı değişkendeki toplam değişimin yüzde kaçının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını bulmak için bir veri setindeki varyasyonun oranını tanımlayan  $R^2$  değerinden yararlanılmıştır.

**Tablo 3. Yenilikçilik Boyutlarının Hastane Performansı Üzerindeki Etkileri**

	Nicel Performans (H <sub>1a</sub> )	Nitel Performans (H <sub>1b</sub> )	Hizmet Performansı (H <sub>c</sub> )
Hizmet	0,210*	0,281**	0,034
Süreç	-0,100	-0,081	-0,001
Davranış	0,378***	0,284**	0,469***
	R <sup>2</sup> : 32,8; F: 72,622; p≤0,000	R <sup>2</sup> : 30,2; F: 64,329; p≤0,000	R <sup>2</sup> : 22,0; F: 84,255; p≤0,000
***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05;			

Yenilikçiliğin hastane performansı üzerindeki etkilerini öngördüğümüz H<sub>1a</sub>, H<sub>1b</sub>, H<sub>1c</sub> hipotezlerine ait regresyon analizi sonuçları Tablo 3’de yer almaktadır. Analiz sonuçlarında hizmet yenilikçiliği ve davranış yenilikçiliği regresyon modeli için F istatistik değerinin yeterince yüksek olduğu gözlenen anlamlılık düzeyinin ( $p<0,000$ ) olduğu dolayısı ile kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir. Süreç yenilikçiliği regresyon modelinin Tablo 3 de görüldüğü üzere herhangi bir firma performansı türü üzerinde etkisi görülmemektedir. Hizmet yenilikçiliğinin ise hizmet performansı üzerine etkisinin olmadığı ortaya çıkmıştır. Tablo 3’te sunulan bulgulara göre her üç hipotezin kısmen desteklendiği tespit edilmiştir.

**Tablo 4. Yenilikçilik Boyutlarının Girişimcilik Boyutları Üzerindeki Etkileri**

	Proaktiflik Eğilimi (H <sub>2a</sub> )	Saldırgan Rekabetçilik Eğilimi (H <sub>2b</sub> )
Hizmet	0,463***	0,489***
Süreç	0,207**	0,563***
Davranış	0,219*	0,168
	R <sup>2</sup> : 74,7; F: 286,000; p≤0,000	R <sup>2</sup> : 30,2; F: 64,329; p≤0,000
***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05;		

Yenilikçilik boyutlarının girişimcilik boyutları üzerindeki etkilerini incelediğimiz H<sub>2a</sub> ve H<sub>2b</sub> hipotezlerine ait regresyon analizi sonuçları Tablo 4’te görülmektedir. Analiz sonucunda hizmet yenilikçiliği ve süreç yenilikçiliği regresyon modeli için F istatistik değerinin yeterince yüksek olduğu gözlenen anlamlılık düzeyinin ( $p<0,000$ ) olduğu dolayısı ile kurulan

regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir. Davranış yenilikçiliği regresyon modelinde Tablo 4’de görüldüğü üzere proaktiflik eğilimi için F istatistik değerinin yeterince yüksek olduğu gözlenen anlamlılık düzeyinin ( $p < 0,000$ ) olduğu dolayısı ile kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu ancak saldırgan rekabetçilik üzerinde etkisi görülmemektedir. Elde edilen sonuçlara göre  $H_{2a}$  ve  $H_{2b}$  hipotezlerinin kısmi olarak desteklendiği tespit edilmiştir.

**Tablo 5. Girişimcilik Boyutlarının Hastane Performansı Üzerindeki Etkileri**

	Nicel Performans( $H_{3a}$ )	Nitel Performans ( $H_{3b}$ )	Hizmet Performansı( $H_{3c}$ )
<b>Proaktiflik Eğilimi</b>	0,513***	0,359**	0,333***
<b>Saldırgan Rekabetçilik Eğilimi</b>	0,123*	0,179**	-0,172**
	R <sup>2</sup> : 30,5 F: 65,102 p≤0,000	R <sup>2</sup> : 18,7 F: 34,246 p≤0,000	R <sup>2</sup> : 16,4 F: 29,201 p≤0,000
***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05;			

Girişimcilik boyutlarının hastane performansı üzerindeki etkilerini incelediğimiz  $H_{3a}$ ,  $H_{3b}$  ve  $H_{3c}$  hipotezlerine ait regresyon analizi sonuçları Tablo 5’te görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre  $H_{3a}$ ,  $H_{3b}$  ve  $H_{3c}$  hipotezlerinin desteklendiği tespit edilmiştir.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre tüm bileşenler arasında karşılıklı ilişki bulunduğu tespit edilmesine rağmen regresyon analizi sonucunda bazı değişkenler arasında doğrusal ilişki tespit edilememiş olması girişimciliğin yenilikçilik boyutları ile firma performansı boyutları arasında ara değişken rolü oynadığı yönünde bir kanaat oluşturmuştur. Ara değişken etkilerinin incelenmesinde Baron ve Kenny (1986) tarafından tavsiye edilen metod ve analizlerden faydalanılmıştır. Yazarlara göre bir ara değişken etkisinden bahsedebilmek için basit doğrusal regresyon analizlerinde bağımsız değişken ile ara değişken arasındaki ilişkiye bakılır, ikinci olarak bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasındaki ilişkiye bakılmalıdır. Eğer bağımsız değişkenin diğer iki değişken üzerinde anlamlı bir açıklayıcılığı varsa son aşama olarak hem bağımsız değişken hem de ara değişken beraberce regresyon analizine dahil edilerek bağımlı değişken üzerindeki etkileri incelenir. Bahsedilen son basamakta bir değişkenin tam ara değişken olduğunun kabul edilebilmesi için bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki anlamlı katkısının ortadan kalkması beklenmektedir. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki katkısı anlamlılık seviyesini kayıp etmese de azalıyorsa ara değişkenli modelin kısmi destek gördüğü kabul edilmelidir.

**Tablo 6. Yenilikçilik Boyutları- Hastane Performansı İlişkisinde Girişimcilik Alt Boyutu Proaktiflik Eğiliminin Ara Değişken Rolü**

	Nicel Performans ( $H_{4a}$ )	Nitel Performans( $H_{4b}$ )	Hizmet Performansı( $H_{4c}$ )
<b>Hizmet</b>	0,162	0,452***	0,036
<b>Süreç</b>	0,143	0,022	0,013
<b>Davranış</b>	0,381**	0,386**	0,481
<b>Proaktiflik Eğilimi</b>	0,207**	0,286	0,080
<b>R<sup>2</sup></b>	34,1	32,4	22,2
<b>F</b>	38,099	35,353	20,997
<b>p</b>	***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05;		

Yenilikçilik boyutlarının hastane performansı üzerine olan etkileri üzerinde girişimcilik alt boyutlarından Proaktiflik Eğiliminin ara değişken ilişki analiz sonuçları (bkz. Tablo 6) yukarıda açıklanmıştır.

- Proaktiflik Eğiliminin Hizmet Yenilikçiliği- Nicel Performans ilişkisi üzerinde kısmi ara değişken etkisi, Davranış Yenilikçiliği -Hizmet Performansı üzerinde tam ara değişken etkisi bulunmaktadır.

Süreç yenilikçiliği nitel, nicel ve hizmet performansı arasında ve hizmet yenilikçiliği hizmet performansı arasında ilişki olmadığından ara değişken etkisi incelemeye alınmamıştır.

**Tablo 7. Yenilikçilik Boyutları- Hastane Performansı İlişkisinde Girişimcilik Alt Boyutu Saldırgan Rekabetçilik Eğiliminin Ara Değişken Rolü**

	Nicel Performans (H <sub>5a</sub> )	Nitel Performans (H <sub>5b</sub> )	Hizmet Performansı (H <sub>5c</sub> )
Hizmet	0,316	0,396**	0,074
Süreç	0,167	0,169	0,081
Davranış	0,406	0,297*	0,443***
Saldırgan Rekabetçilik Eğilimi	0,120**	0,157**	0,142**
R <sup>2</sup>	34,2	32,5	23,8
F	38,394	35,496	23,077
p	***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05;		

Yenilikçilik boyutlarının hastane performansı üzerine olan etkileri üzerinde girişimcilik alt boyutlarından Saldırgan Rekabetçilik Eğiliminin ara değişken ilişki analiz sonuçları (bkz. Tablo 7) yukarıda açıklanmıştır.

- Saldırgan Rekabetçilik Eğiliminin Hizmet Yenilikçiliği- Nicel Performans ve Davranış Yenilikçiliği-Nicel Performans ilişkisi üzerinde tam ara değişken etkisi bulunmaktadır.

## V. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu çalışma ile İstanbul'da faaliyet gösteren özel hastanelerde yenilikçilik ile hastane performansı arasındaki ilişkide girişimciliğin ara değişken rolü araştırılmıştır. Öne sürülen hipotezler istatistiki olarak test edilmiş yenilikçiliğin hastane performansına etkisinde girişimciliğin ara değişken rolü kanıtlanmıştır. Araştırmamızın bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişkenler üzerindeki etkileri incelendiğinde H<sub>1a</sub>, H<sub>1b</sub> ve H<sub>1c</sub> hipotezlerinin analiz sonuçlarından da görüleceği üzere yenilikçilik alt boyutlarından hizmet yenilikçiliğinin nicel ve nitel performansı pozitif yönde etkilediği, davranış yenilikçiliğinin ise nicel, nitel ve hizmet performansını pozitif yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Süreç yenilikçiliğinin herhangi bir hastane performansı alt boyutuna etkisi olmadığı ve hizmet yenilikçiliğinin de hizmet performansı üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Bir başka ifade ile hizmet ve davranış yenilikçi davranan kuruluşların rakiplerinden önce ve aktif stratejiler geliştirdikleri ve buna uygun örgüt yapısı ve süreçleri oluşturan hastanelerin önemli bir rekabet avantajı sağladıkları görülmektedir. Yenilikçilik ve örgütsel performans arasında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu ve yenilikçiliğin örgütsel performansı arttırdığına dair birçok çalışma bulunmaktadır (Zehir, Özşahin 2006; Hog, Ha 2009; Cheveerug, Ussahawanitchakit 2008). Yapılan çalışmalar yenilikleri uygulayabilen örgütlerinin rekabet üstünlüğü sağlamakla birlikte örgüt performanslarında da iyileşmeler sağladıklarını ortaya koymaktadır.

Bağımsız değişken olan yenilikçilik alt boyutları ile ara değişken olan girişimcilik alt boyutları ilişkisinin araştırıldığı  $H_{2a}$  ve  $H_{2b}$  hipotezlerinin analiz sonuçları incelendiğinde yenilikçilik alt boyutlarından davranış yenilikçiliği alt boyutunun saldırgan rekabetçilik eğilimi alt boyutunu desteklemediği diğer yenilikçilik alt boyutlarının girişimcilik alt boyutları üzerine pozitif yönlü etkisi olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun sonucunda yenilikçi davranan hastanelerin farklı strateji ve ortamlar yaratarak hastanelerin girişimciliğini geliştirebilecekleri tespit edilmiştir. Günümüzde yönetsel roller yenilikçi, üretici ve bütünleyici olmayı gerektirmektedir. Sağlık sektöründe rekabetin kalıcı olmasında yenilikçiliğin katkısı çok açıktır (Ratten 2012).

Ara değişken olan girişimcilik alt boyutları ile bağımlı değişken olan hastane performansı alt boyutları arasındaki ilişkinin araştırıldığı  $H_{3a}$ ,  $H_{3b}$  ve  $H_{3c}$  hipotezleri incelendiğinde, girişimcilik alt boyutlarının hastane performansı alt boyutları üzerine pozitif yönlü etkisinin olduğu ve hipotezlerin desteklendiği görülmüştür. Yenilikçilik boyutlarının hastane performansı boyutlarına olan etkileri üzerinde girişimcilik alt boyutlarının ara değişken rolünün analiz sonuçlarında; Girişimcilik alt boyutlarından Proaktiflik Eğiliminin Hizmet Yenilikçiliği- Nicel Performans ilişkisi üzerinde kısmi ara değişken etkisi, Davranış Yenilikçiliği -Hizmet Performansı üzerinde tam ara değişken etkisi bulunmaktadır.

Girişimcilik boyutlarından Saldırgan Rekabetçilik Eğiliminin Hizmet Yenilikçiliği- Nicel Performans ve Davranış Yenilikçiliği-nicel Performans ilişkisi üzerinde tam ara değişken etkisi bulunmaktadır. Hastaneler başarıya ulaşmak için kolaylaştırıcı yönetim tarzını teşvik ederek tüm hastane üyeleri tarafından paylaşılan örgüt kültürünü yaratmaları yüksek performansı yakalamak için çok önemlidir. Yöneticilerin iyi yönetebilmeleri için sürekli yenilikçiliğe odaklanmaya ihtiyaçları vardır (Ratten 2012; Amit et al. 2000). Ayrıca hastanelerin yöneticilerini yenilikçi ve girişimci olmaları için eğitmede pratik adımlar atmaları ve örgütsel amaçlarını gerçekleştirmede kurumlar ve çalışanlar arası ilişki kurmaya odaklanan iletişim mekanizmaları yaratmak için tasarlanmış politikaları teşvik etmeleri çok önemlidir. Gelişmiş verimlilik; birçok hastanede başarılı yönetim biçimi ve sağlık girişimciliğinin önemli belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gelecek çalışmalar daha detaylı olarak kamu hastaneleri ve farklı ölçeklerdeki hastanelerde yapılabilir. Hastanelerin amaçlarını destekleyen etkin yönetim biçimi, yenilikçilik ve girişimciliğin performansı olumlu yönde etkilediği fikrini örgütün verimliliği için önemli olduğu konusunu vurgulayabilmek için bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır. Yetkin hastane yöneticilerinin kurumlarını geliştirmek için insan kaynaklarına önem vermeleri ve onları geliştirmek için kurallar ve politikalar belirlemeleri gerekmektedir.

Bu çalışma özel hastanelerde yenilikçilik performans ilişkisinde girişimciliğin ara değişken rolü olduğunu bize kanıtlamıştır. Böylece sadece yenilik yaparak performansı artırma yerine yenilikçilik ile birlikte girişimcilik fikrini geliştirerek performansı daha fazla arttırabileceğimiz ortaya çıkmıştır.

Sağlık örgütlerinin temel amaçları karlılık, varlığını sürdürebilme ve gerekli büyümeyi sağlayarak marka bağımlılığı oluşturmayı sağlamaktır. Özellikle sağlık hizmetlerinde emek ve teknoloji yoğun hizmet üretildiğinden ve doğası gereği sürekli bilgi geliştirme ve yeniliğe açık olduğundan dolayı yenilikçilik ve girişimciliğin uygulanmasına ihtiyaç vardır. Bu amaçların yerine getirilebilmesi için sağlık kurumları çalışanlarını yenilikçi olmaya teşvik etmeli, çalışanların katılımını sağlamalı, hastalarına kaliteli hizmet üreterek müşteri memnuniyetini arttırmalı ve marka bağımlılığı yaratabilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Acar A. Z., Zehir C., Özgenel N. and Özşahin M. (2013) The Effects Of Customer And Entrepreneurial Orientations On Individual Service Performance in Banking Sector. **Social and Behavioral Sciences** 99: 526-535.
2. Akman G., Özkan C. and Eriş C. (2008) Analysis the Effects of Strategy Orientation and Firm Strategies on Firm Performance. **Istanbul Commerce University Natural and Applied Sciences Journal** 7(13): 93-115.
3. Aksay K. ve Orhan F. (2013) Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi. **Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 2(3):10-23.
4. Aldemir B. ve Acar E. (2012) Küçük ve Orta Boy İnşaat Firmalarının Girişimcilik Yönelimi. **2. Proje ve Yapım Yönetimi Kongresi**, 13-16 Eylül 2012, İzmir.
5. Alpkın L., Ergün E., Bulut Ç. ve Yılmaz C. (2005) Şirket Girişimciliğinin Şirket Performansına Etkileri. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 6(2): 175-189.
6. Altuntaş G. ve Dönmez D. (2010) Girişimcilik Yönelimi Ve Örgütsel Performans İlişkisi: Çanakkale Bölgesinde Faaliyet Gösteren Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. **Journal of the School of Business Administration** 39(1): 50-74.
7. Amit R. H., Brigham K. and Markman G. D. (2000) Entrepreneurial Management as Strategy. **Entrepreneurship as Strategy: Competing on The Entrepreneurial Edge**. In: Meyer G. D. and Heppard K. A. (Eds) pp. 83-89. Sage, California.
8. Antoncic B. and Hisrich R. D. (2001) Intrapreneurship: Construct Refinement and Cross- Cultural Validation. **Journal of Business Venturing** 16(5): 495-527.
9. Barringer B. R. and Bluedorn A. C. (1999) The Relation Between Corporate Entrepreneurship and Strategic Management. **Strategic Management Journal** 20(5): 421-444.
10. Baron R. M. and Kenny D. A. (1986) The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. **Journal of Personality and Social Psychology** 51(6): 1173-1182.
11. Barsh J. (2007) Innovation Management: A Conversation with Gary Hamel and Lowell Bryan. **The McKinsey Quarterly** 3: 1-10.
12. Bulut Ç. (2007) Stratejik Oryantasyonlar ve Firma Performansı. **Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Doktora Tezi**, Gebze.
13. Bulut Ç., Fis M. A., Aktan B. ve Yılmaz S. (2008) Kurumsal Girişimcilik: Kavramsal Yapı Üzerine Bir Tartışma. **Journal of Yasar University** 3(10): 1389-1416.
14. Chapman R. and Hyland P. (2004) Complexity and Learning Behaviors in Product Innovation. **Technovation** 24(7):553-561.
15. Cheveerug A. and Ussahawanitchakit P. (2008) Learning Orientation, Innovation Capability, and Organizational Performance in Thai Audit Firms: Moderating Effects of

- Organization Climate and Uncertainty Environment. **Review of Business Research** 8(2): 92-102.
16. Crossan M. M. and Apaydin M. (2010) A Multi-Dimensional Framework of Organizational Innovation: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Management Studies** 47 (6): 1154-1191.
  17. Covin J. G. and Slevin D. P. (1989) Strategic Management of Small Firms in Hostile and Benign Environments. **Strategic Management Journal** 10(1):75-87.
  18. Covin J. G. and Covin T. (1990) Competitive Aggressiveness, Environmental Context, and Small Firm Performance. **Entrepreneurship, Theory and Practice** 14(4): 35-50.
  19. Covin G. and Slevin D. P. (1991) A Conceptual Model of Entrepreneurship as Firm Behavior. **Entrepreneurship Theory and Practice** 16( 1): 7-24.
  20. Çalışkan E. N. (2010) The Impact of Strategic Human Resource Management on Organizational Performance. **Journal of Naval Science and Engineering** 6(2): 100-116.
  21. Denison D. R. (2000) **Organizational Culture: Can It Be a Key Lever for Driving Organizational Change: The Handbook of Organizational Culture**. Wiley, London.
  22. Drucker P. F. (1985) Entrepreneurial Strategies. **California Management Review** 27(2): 9-25.
  23. Er P. H. (2013) Girişimcilik ve Yenilikçilik Kavramlarının İktisadi Düşüncedeki Yeri: Joseph A. Schumpeter. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 29 (75).
  24. Eren M. Ş., Yücel R. ve Eren S. S. (2010) Firma Performansına Etkileri Kapsamında Çevresel Olumsuzluk, Pazar Dinamizmi, Müşteri Odaklılık Ve Yenilikçilik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. **Journal Of Yaşar University** 18(5): 3102-3116.
  25. Evangelista R. (2006) Innovation in the European Service Industries. **Science and Public Policy** 33(9): 653-668.
  26. Evliyaoğlu F. ve Hemedoğlu E. (2012) Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Finansal Olmayan Performans Algısı Üzerindeki Etkileri. **İşletme Araştırmaları Dergisi** 4(3) 127-147.
  27. Fiş A. M. ve Wasti S. A. (2009) Örgüt Kültürü ve Girişimcilik Yönelimi İlişkisi. **ODTÜ Gelişme Dergisi** 35 127-164
  28. George B. P., Henthorne T. L. and Williams A. J. (2010) Determinants Of Satisfaction And Dissatisfaction Among Preventive And Curative Medical Tourists: A Comparative Analysis. **International Journal of Behavioural and Healthcare Research** 2(1): 1-19.
  29. Graziier K. L. and T Metzler B. (2006) Health Care Entrepreneurship: Financing Innovation. **Journal of Health and Human Services Administration** 28(4): 485-503.
  30. Guth W. D. and Ginsberg A. (1990) Introduction: Corporate Entrepreneurship. **Strategic Management Journal** 11: 5-15.

31. Hagedoorn J. and Cloudt M. (2003) Measuring Innovative Performance: Is There an Advantage in Using Multiple Indicators? **Research Policy** 32: 1365–1379.
32. Hair J. F., Anderson R. E., Tatham R. L. and Black W. C. (1998) **Multivariate Data Analysis**. 5th Edition, Prentice-Hall, New Jersey.
33. Hammer M. (2004) Deep Change. **Harvard Business Review** 82(4): 84-93.
34. Hoq Z and Ha N. C. (2009) Innovativeness: Its Antecedents and Impact on SME Business Performance. **International Journal of Business and Management** 4 (11): 100–110.
35. Hornsby J. S., Kuratko D. F. and Zahra S. A. (2002) Middle Managers' Perception of the Internal Environment for Corporate Entrepreneurship: Assessing a Measurement Scale. **Journal of Business Venturing** 17: 253–273.
36. Hult G. T. M., Hurley R. F. and Knight G. A. (2004) Innovativeness: Its Antecedents and Impact on Business Performance. **Industrial Marketing Management** 33(5): 429-438.
37. Hurley R. F. and Hult T. M. (1998) Innovation, Market Orientation and Organizational Learning: An Integration and Empirical Examination. **Journal of Marketing** 62: 42-54.
38. Jamrog J., Vickers M. and Bear D. (2006) Building and Sustaining a Culture That Supports Innovation. **Human Resources Planning** 29 (3): 9.
39. Köseoğlu M. A. (2005) Kitlerde Performans Ölçümü. **Uzmanlık Tezi, Devlet Planlama Teşkilatı**, Ankara.
40. Kwon M. and Cho Y. C. (2017) Investigating Effects of Entrepreneurial Orientation and Management on Performance: Public vs. Private Sector. **Journal of Marketing Thought** 4(2):12 -24.
41. Kreiser P. M., Marino L. D. and Weaver K. M. (2002) Assessing The Psychometric Properties Of The Entrepreneurial Orientation Scale: A Multi-Country Analysis. **Entrepreneurship Theory and Practice** 26(4): 71-93.
42. Littunena H. and Rissanen S. (2015) Information Sources and Innovation-linked Networking: Relations to Health and Social Service Enterprises' Performance in Finland. **Innovation and Development** 5(1): 93–111.
43. Lumpkin G. T. and Dess G. G. (2001) Linking Two Dimensions of Entrepreneurial Orientation to Firm Performance: the Moderating Role of Environment and Industry Life Cycle. **Journal of Business Venturing** 16: 429–451.
44. Lumpkin G. T. and Dess G. G. (1996) Clarifying The Entrepreneurial Orientation Construct And Linking It To Performance. **Academy of Management Review** 21(1): 135–172.
45. Miller D. (1983) The Correlates of Entrepreneurship in Tree Types of Firms. **Management Science** 29(7): 770-791.



46. Neely A. and Hii J. (1998) **Innovation and Business Performance: A Literature Review**. Cambridge University Press, London.
47. Nunnally J. C. (1978) **Psychometric Theory**. 2nd Edition, McGraw Hill, New York.
48. Nunnally J. C. and Bernstein I. H. (1994) **Psychometric Theory**. 3rd Edition, McGraw-Hill, New York.
49. Ratten V. (2012) A Theoretical Framework of Entrepreneurship and Innovation in Healthcare Organizations. **International Journal for Social Entrepreneurship and Innovation** 1(3): 223-238.
50. Schumpeter J. A. (1936) **The Theory of Economic Development**. 2. Baskı, Harvard University Press, Cambridge.
51. Songur H. M. (1995) **Mahalli İdarelerde Performans Ölçümü**. Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
52. Stetz P. E., Howell R., Stewart A., Blair J. D. and Fottler M. D. (2000) **Multidimensionality Of Entrepreneurial Firm-Level Processes: Do The Dimensions Covary?** *Frontiers of Entrepreneurship Research*, Wellesley.
53. Venkatraman N. (1989) Strategic Orientation of Business Enterprises: The Construct, Dimensionality, and Measurement. **Management Science** 35(8): 942-962.
54. Yavuz Ç. (2010) İşletmelerde İnovasyon-Performans İlişkisinin İncelenmesine Dönük Bir Çalışma. **Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi** 5(2): 143-173.
55. Yılmaz C., Alpkın L. and Ergun E. (2005) Cultural Determinants Of Customer- And Learning-Oriented Value Systems And Their Joint Effects On Firm Performance. **Journal of Business Research** 58: 1340– 1352.
56. Wang C. L. and Ahmed P. K. (2004) The Development and Validation of The Organisational Innovativeness Construct Using Confirmatory Factor Analysis **European Journal of Innovation Management** 7(4): 303-313.
57. Williams E. E. and Thompson J. R. (1998) **Entrepreneurship and Productivity**. University Press of America, USA.
58. Zaltman G., Duncan R. and Holbek J. (1973) **Innovations and Organisations**. John Wiley & Sons, New York.
59. Zehir C. ve Özşahin M. (2006) Stratejik Karar Verme Hızını Etkileyen Örgütsel, Çevresel Faktörler ve Firma Performansı İlişkisi: İmalat Sektöründe Bir Saha Çalışması. **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 9(1): 137–157.
60. Zuckerman H. S. and Dowling W. L. (1997) The Managerial Role. **Essentials Of Health Care Management**. In: Shortell S. M. and Kaluzny A. D. Eds. pp. 34–62. Delmar Publishers, Albany.
61. [www.istanbulsaglik.gov.tr](http://www.istanbulsaglik.gov.tr)

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Kalmuk, G. & Acar, A.Z. (2018). *Özel Hastanelerde Yenilikçilik ve Performans İlişkisinde Girişimciliğin Ara Değişken Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 655-673.



# Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği\*

Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ\*\*

Fatma Özlem YILMAZ\*\*\*

Musa ÖZATA\*\*\*\*

## ÖZ

*Bu çalışma ile özel hastane işletmeciliğinin mevcut durumunun incelenmesi ve geleceğine ilişkin öngörülerde bulunulması amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı özelliklere sahip nitel bir araştırmadır. Nitel araştırma, sosyal olguları bağlı buldukları çevre içerisinde araştırmayı ve anlamayı ön plana alan bir yaklaşımdır. Araştırma deseni olarak ise olgubilim tercih edilmiştir. Bu araştırmada özel hastane işletmelerinin yöneticilerinin deneyimleri ve bakış açıları yoluyla, özel hastanelerin durumları ile ilgili ayrıntılı bilgiler elde edilmesi hedeflenmiştir. Araştırma Konya'da bulunan özel hastane statüsünde faaliyet gösteren hastanelerde görev yapan başhekim ve hastane müdürleri ile görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak konu ile ilgili literatürden ve uzman görüşlerinden yararlanılarak oluşturulan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Görüşmelerden elde edilen ses kayıtları önce yazılı hale getirilmiş olup, sonra konulara göre ayrıştırılmıştır. Ayrıştırılan veriler üzerinde tematik analiz metodu uygulanmıştır. Analiz sonucunda özel hastanelerin güncel durumu, sorunları, gelişmiş ülkeler karşısındaki durumu, gelecekte nasıl bir ilerleme göstereceği konusundaki öngörüler ve gelişmesi için sunulan öneriler başlıkları altında alt temalara ayrıştırılarak yorumlanmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Hastanelerin Sorunları; Konya; Nitel Araştırma; Özel Hastane

## The Current Situation and Future of Private Hospital Management

### ABSTRACT

*The aim of this study is to examine the current situation of private hospitals and to make predictions about its future. Research is qualitative research with descriptive properties. Qualitative research is an approach that emphasizes research and understanding of social phenomena within the environment in which they are connected. The research pattern was chosen as the case study. In this research, it was aimed to obtain detailed information about the situation of private hospitals through the experiences and perspectives of the managers of private hospital enterprises. The research was conducted by interviewing the chief physicians and hospital managers in acting hospitals in Konya. As a means of data collection, a semi-structured interview form is used which is based on the relevant literature and expert opinions. The voice recordings obtained from the talks were written first and then sorted according to the topics. Thematic analysis method was applied on the separated data. As a result of the analysis, the sub-themes were interpreted under the titles of the current situation of the private hospitals, the problems, the situation against the developed countries, the proposals about how to show progress in the future and the suggestions for development.*

**Key Words:** Hospitals Problems, Konya, Qualitative Research, Private Hospital

\* Bu çalışma, Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ'nin "Türkiye'de özel hastane işletmeciliğinin mevcut durumu ve geleceği: Nitel bir değerlendirme" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

\*\* Arş. Gör., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, [akmanhilal@hotmail.com](mailto:akmanhilal@hotmail.com)

\*\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, [ozlemyilmaz@yahoo.com](mailto:ozlemyilmaz@yahoo.com)

\*\*\*\* Prof. Dr., Ahi Evran Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, [musaazata@gmail.com](mailto:musaazata@gmail.com)

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkin düzeyde sunulması beşeri gelişmişliği ve toplumsal refahı artırıcı bir unsurdur (Çelebi, Cura 2013). Hastaneler ise sağlık alanında en önemli rol üstelenen kurumların başında gelmektedir. Ülkemizde hastanelerin çoğunluğu kamuya ait iken %36 gibi önemli bir kısmı da özel işletmelerden oluşmaktadır. Geçmişten günümüze sürekli artan özelleşme ve özelleştirme uygulamaları ile özel hastanelerin hem payı hem de önemi artmaktadır (Temel 2003). Özel hastanelerin güncel durumu, sorunları ve gelecekte nasıl bir yol izleyebilecekleri de oldukça önemlidir. Bir çok açıdan problem yaşayabilen (finans, insan kaynağı, rekabet, yönetim... vs) özel hastaneleri, alandaki uzmanlar gözüyle değerlendirerek sorunlara çözüm önerisi getirmek bu çalışmanın temel noktasıdır. Ayrıca günümüz akademik alanında özel hastaneleri detaylı ve kapsamlı olarak inceleyen ve nitel yöntem kullanan bir başka çalışmaya rastlanmamış olması bu çalışmayı özgün kılmaktadır.

Bu çalışmada amaç; özel hastane işletmelerinin güncel durumlarının ne olduğunu, sorunlarını ve gelecek dönemlerde nasıl bir yol izleyeceğini incelemektir. Çalışmanın ilk bölümünde konunun kavramsal çatısı hakkında bilgiler sunulmuştur. İkinci bölümde araştırmanın yöntemi ve süreci hakkında açıklamalar yapılmıştır. Üçüncü bölümde toplanan veriler analiz edilmiş ve elde edilen sonuçlar sıralanmıştır. Çalışmanın son kısmında ise elde edilen sonuçlar irdelenmiş ve öneriler sunulmuştur.

### 1.1. Özel Hastaneler

Gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup, ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğer tedavi hizmetleri verilen ve en az on yatak kapasitesi olan tedavi kuruluşlarına özel hastane denmektedir (Sağlık Bakanlığı 2016). Özel hastaneler 2219 sayılı “Hususi Hastaneler Kanunu”, 1219 Sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, “Özel Hastaneler Tüzüğü ve 27.03.2002 tarihinde çıkarılan ve daha sonra pek çok değişikliğe uğrayan “Özel Hastaneler Yönetmeliği” hükümlerine göre kurulur ve işletilirler (Tengilimoğlu ve diğerleri 2012). Türkiye’de genelde sağlık sektörüne, özelden ise tedavi edici sağlık hizmetlerine bakıldığında hem kamu hem de özel sektör aracılığı ile çok çeşitli kesimlerin sağlık hizmeti sunduğu görülmektedir (Yerebakan 2000). Merkezi olarak sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresinden sorumlu olan kurum Sağlık Bakanlığı olsa da hizmet sunumu noktasında pek çok aktör devreye girmektedir.

#### 1.1.1. Dünyada Özel Hastaneler

Sağlık sistemlerinin ve hizmetlerinin gelişimi kuşkusuz ki ülkeden ülkeye, toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Hizmetlerin türünü ve gelişimini hastaların talepleri, kültür, ekonomik özellikler ve gelişmişlik düzeyi gibi birçok etken etkilemektedir (Yerebakan 2000). Özel hastanelerin gelişimi ve sağlık hizmetleri içerisindeki payı da ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bu nedenle genel olarak özel hastane işletmelerinin ne zaman ve nasıl aktif olarak hizmet sunumuna başladıklarını net olarak ifade etmek zordur. Ancak ilk özel hastanelerin 18. yüzyılda İngiltere’de kurulduğu bilinmektedir. Bununla birlikte İngiliz vatandaşları sağlık hizmeti için gelirleriyle orantılı olarak önemli bir vergi ödemektedirler. 2000’li yıllarda İngiltere’de sağlık hizmeti giderlerinin % 93’ü kamu kaynaklarından karşılanmaktadır (Temel 2003).

Sosyal refah anlayışının hâkim olduğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin genel işleyişi ve ekonomisi daha çok devletin denetim ve kontrolünde sigortacılık ile birlikte gelişirken Amerika Birleşik Devletleri’nde daha çok serbest piyasa ekonomisi kurallarına uygun şartlarda gelişmiştir (Yerebakan 2000). Fransa, İsveç, Avusturya, Portekiz, İrlanda,

Danimarka gibi ülkelerde hastanelerin çoğu devlete aitken; Almanya, Yunanistan, İspanya, Lüksemburg ve Hollanda’da özel sağlık sektörünün ağırlığı söz konusudur (Öztürk, Karakaş 2015).

### 1.1.2. Türkiye’de Özel Hastaneler

Türkiye’de özel hastane işletmelerinin temelleri 1933 yılı 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununa dayanmaktadır. Daha sonra bu kanun hükümleri yetersiz kalmış ve aksaklıklar ortaya çıkmıştır. Söz konusu aksaklıkları ortadan kaldırmak için Özel Hastaneler Yönetmeliği çıkarılmıştır. “Özel Hastaneler Yönetmeliği” (Sağlık Bakanlığı 2016) özel hastanelerin kuruluşundan işleyişine kadar birçok şartı içinde barındırır. Cumhuriyetin başlangıç yıllarında sayıca az olan özel hastane işletmelerinin 1987 yılında yürürlüğe giren kanunla birlikte sayılarının artmaya başladığı görülmektedir. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 5 inci maddesi “Milli Savunma Bakanlığı” hariç kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmelerine dönüştürülmesine imkân tanımıştır (Temel 2003). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumundaki temel değişim; hizmet sunumunda özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlanması olmuştur (Pala 2007).

1980’lerle birlikte Türkiye’de özel sektör, poliklinik ve dispanserler kurarak sağlık alanına ilgi göstermeye başlamıştır (Kerman ve diğerleri 2011). 1990’lar ise özel hastanelerin sayısında artışın yaşandığı bir dönem olmuştur. 2000’li yıllarda genel hastanelerin yanı sıra göz, mikrocerrahi, KBB, ortopedi, fizik tedavi gibi branş hastaneleri ve merkezleri açılmaya başlanmıştır (Temel 2003). Özel hastaneler son yıllarda büyümesini sürdürerek, erişilebilir, verimli ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında oynadığı rolü geliştirmiştir. Günümüzde özel sektör koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra daha çok tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunumunda faaliyet göstermektedir.

**Tablo 1. Türkiye’de Özel ve Kamu Hastanelerinin Bazı Verileri**

	Özel	Kamu
Hastane Sayısı	565	876
Hastane Yatağı Sayısı	47.143	132.921
Nitelikli Yatak Sayısı	31.030	62.237
Yatak Doluluk Oranı (%)	60,3	68,7
Ortalama Kalış Günü	2,6	4,4
Yatan Hasta Sayısı	4.048.696	7.561.989
Ameliyathane Sayısı	785	891
Toplam Hekim Sayısı	27.853	86.332
Uzman Hekim Sayısı	22.171	40.544
Hemşire ve Ebe Sayısı	30.737	151.273
Diğer Sağlık Personeli Sayısı	29.120	104.446
Kişi Başı Müracaat Sayısı	0,9	4,3

**Kaynak:** (SAGM 2017)

Sağlık Bakanlığı 2016 yılı istatistik yıllığına göre Türkiye’de hâlihazırda 565 tane özel hastane işletmesi bulunmaktadır. Toplam hastane sayısı içerisinde özel hastaneler %36’lık bir dilimi oluşturmaktadır. Bu göstergeler özel hastanelerin oldukça yüksek bir pazar payına sahip olduğunun kanıtıdır. % 18 oranında özel hastanelere başvuru oranı mevcutken kişi başı özel hastaneye başvuru sayısı 0,9 dur. Yatan hastaların %30’u özel hastanelerde kalırken, cerrahi operasyonların %31’i özel hastanelerde gerçekleştirilmiştir. İnsan kaynakları açısından ele alındığında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 86.332 hekim çalışırken, 27.853 hekim özel hastanelerde çalışmaktadır. Uzman hekimlerin sayısına bakıldığında ise,

40.544 hekimin Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışmakta olduğu, 22.171 uzman hekimin ise özel hastanelerde çalışmakta olduğu görülür. Özel hastanelerde çalışan hemşire ve ebeler de önemli bir oranı oluşturmaktadır.

### 1.1.3. Konya İlinin Sağlık Göstergeleri

**Tablo 2. Konya İlinin Bazı Sağlık Göstergeleri**

Toplam Nüfus	2.161.303	Yatak Doluluk Oranı (%)	64,7
Hastane Sayısı	42	Ortalama Kalış Günü	4,2
Hastane Yatağı Sayısı	7.042	Yatan Hasta Sayısı	400.148
Nitelikli Yatak Sayısı	2.952	Ameliyat Sayısı	150.547
Aile Hekimliği Birimi Sayısı	678	Toplam Hekim Sayısı	3.972
112 İstasyon Sayısı	64	Uzman Hekim Sayısı	1.845
112 Ambulans Sayısı	107	Hemşire ve Ebe Sayısı	5.981
Kişi Başı Hekime Başvuru Sayısı	8,5	Diğer Sağlık Personeli Sayısı	4.394

**Kaynak:** SAGM 2016

Tablo 2’de görüldüğü gibi Konya ilinin toplam nüfusu 2 milyonun üzerindedir. Toplam hastane sayısı ise 2017 yılı itibariyle 42’dir. Hastane yatağı sayısı 7.042 iken, 2.952 adet nitelikli hasta yatağı mevcuttur. %64’lük bir yatak doluluk oranı ile de oldukça ideal bir seviye görülmektedir. 4 bine yakın hekim ve 6 bine yakın hemşire ve ebe de Konya’da görevini sürdürmektedir. 678 adet aile hekimliği birimi, 64 tane 112 istasyonu ve 107 tane 112 ambulansı vardır. Kişi başı hekime başvuru ortalaması ise Türkiye ortalaması ile oldukça yakındır.

### 1.1.4. Konya Merkez İlçelerindeki Özel Hastaneler

**Tablo 3. Konya Merkez İlçeleri Özel Hastaneleri ve Yatak Sayıları**

Sıra	İlçe	Hastane Adı	Yatak Sayısı
1	Karatay	Konya Hospital Hastanesi	38
2	Karatay	Nakiboğlu Bilgi Hastanesi (Faaliyeti Durduruldu)	45
3	Meram	Konya Anıt Hastanesi	28
4	Meram	Akademi Hastanesi	60
5	Meram	Medline Konya hastanesi	91
6	Meram	Türkiye Kızılay Derneği Ticaret Borsası Hastanesi	55
7	Selçuklu	Büyükşehir Hastanesi	77
8	Selçuklu	Selçuklu Hastanesi	51
9	Selçuklu	Medicana Konya Hastanesi	201
10	Selçuklu	Konya Farabi Hastanesi	106
11	Selçuklu	Konyagöz Hastanesi	25
12	Selçuklu	Dünyagöz Hastanesi Konya	31
13	Selçuklu	Medova Hastanesi	171
<b>Toplam</b>			<b>1095</b>

**Kaynak:** KİSM 2016

Araştırmanın uygulama alanını oluşturan hastaneler yatak sayıları ile birlikte tablo 3’te listelenmektedir.

## II. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, modeli, deseni, araştırmanın katılımcıları, veri toplama aracı, verilerin toplanması, verilerin analiz edilmesi, araştırmanın sınırları, araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği ve araştırma etiği ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı özel hastane işletmelerinin mevcut durumunun değerlendirilmesi ve geleceğine ilişkin öngörülerde bulunulmasıdır. Günümüzde Türkiye'deki hastanelerin %36'lık dilimini özel hastaneler oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunmada büyük paya sahip olan özel hastane işletmeleri sağlık yöneticilerini ilgilendiren önemli kurumlardandır. Literatür taraması yapıldığında bu konuda yeterli ve güncel bilimsel çalışma bulunmadığı fark edilmiştir. Bu alandaki eksikliğin giderilmesi ve gelecekte yapılacak olan araştırmalara yol gösterici bir rehber niteliği taşıması bu çalışmanın hedefleri arasındadır. Öncelikle, bir işletmenin ilerlemesinde “yönetim” fonksiyonunun en önemli faktör olduğu bilinmektedir. Sağlık işletmelerinde ise konuya insan sağlığı da dâhil olmaktadır. Sağlık işletmelerinin yöneticileri de bu çalışma için kilit noktadadırlar. Bu çalışma ile ulaşılması hedeflenen bilgiler aşağıdaki gibidir;

- ✓ Ülkemizde ve Konya'daki özel hastane işletmelerinin güncel durumu hakkında genel bilgiler edinilmesi,
- ✓ Ülkemizde özel hastane işletmelerinin karşılaştığı temel sorunların neler olduğunun ve bu sorunların çözümü için neler yapılması gerektiğinin belirlenmesi,
- ✓ Ülkemizi özel hastane işletmeleri açısından gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması ve durum değerlendirmesi yapılması,
- ✓ Türkiye'deki özel hastane işletmelerinin gelecekteki durumları hakkında öngörude bulunulması,
- ✓ Ülkemizde özel hastane işletmelerinin daha etkin ve verimli hale gelebilmesi için neler yapılması gerektiği konusunda tavsiyede bulunulması.

### 2.2. Araştırma Modeli ve Deseni

Araştırma süresince nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılmıştır. Nitel araştırmalar çok sayıda yöntem ve kaynak kullanılarak, insan deneyimlerine ilişkin sözlü ve yazılı anlatımları ya da kayıtları incelerler (Punch 2005). Nitel araştırma sosyal ya da beşeri bir probleme bireylerin veya grupların attığı anlamları keşfetme ve anlamaya yönelik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Creswell 2013). Araştırma deseni olarak olgubilim tercih edilmiştir. Olgubilim çalışmaları, farkında olduğumuz ancak derinlemesine ve ayrıntılı bir anlayışa sahip olmadığımız olgulara odaklanır (Büyüköztürk ve diğerleri 2014). Belirli bir olgu üzerinde anlayışlar ortaya çıkarılır ve bu anlayışlar kavramsal kategorilere göre sınıflandırılır (Çepni 2007). Bu araştırmada özel hastane işletmelerinin yöneticilerinin deneyimleri ve bakış açıları yoluyla, özel hastanelerin durumları ile ilgili ayrıntılı bilgilere erişmek amacıyla bu desen tercih edilmiştir. Olgubilim araştırmaları, nitel araştırmaların doğasına uygun olarak, net ve genellenebilir sonuçlar ortaya koymamakla birlikte, bir olgunun daha iyi tanınmasını ve anlaşılmasını sağlayabilecek sonuçlar, örnekler, açıklamalar sunabilir (Yıldırım, Şimşek 2013).

### 2.3. Araştırmanın Örnekleme ve Katılımcıları

Amaca yönelik olarak örnekleme belirlenmiştir. Olasılıklı olmayan örnekleme modeli olarak da nitelendirilen bu yöntemde, evrende var olan tüm bireylerin örnekleme yer alması konusunda eşit fırsata sahip olduğu tesadüfi (seçkisiz) bir yaklaşım sergilenmemektedir



(Yıldırım, Şimşek 2013). Bu araştırmada Konya merkezinde özel hastane işletmeleri ile ilgili detaylı bilgiler edinilebileceği düşünülen özel hastane yöneticileri örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem kapsamına hastane müdürleri ve başhekimler dâhil edilmiştir. Maksimum çeşitlilik esasına dayalı olarak da her hastaneden en az bir yöneticiye ulaşılması hedeflenmiştir. Bu çalışmanın katılımcıları Konya’da faaliyet gösteren özel hastane işletmelerinin yöneticileridir. Küçük örneklem grubu seçilmesinin en önemli nedeni araştırmacının incelenen olay ya da duruma ilişkin derinliğine bir analiz yapmak istemesidir (Özdemir 2010). Konya merkezde faaliyet gösteren 12 tane özel hastane bulunmaktadır, bu hastanelerden sadece biri araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırma kapsamında gerçek isimler yerine kod isimler kullanılmıştır.

**Tablo 4. Katılımcıların Kod İsimleri ve Kısa Özgeçmiş Bilgileri**

İsimler	Özgeçmiş
K1	Dr., 2009 yılı itibarıyla mesul müdür yardımcılığı görevini sürdürmektedir.
K2	Dr., 1998’den beri hastane kurucu ortaklığı ve yöneticiliği görevini yapmaktadır.
K3	Dr., 2000 yılından bu yana başhekimlik/Mesul Müdürlük görevini sürdürüyor.
K4	Dr., 6 yıldır başhekimlik/Mesul Müdürlük görevini sürdürmektedir.
K5	9 yıldır hastane müdürlüğü görevini sürdürmektedir.
K6	3 yıldır hastane müdür yardımcılığı görevini sürdürmektedir.
K7	2 yıldır hastane müdürlüğü görevini sürdürmektedir.
K8	22 yıldır hastane müdürlüğü görevini sürdürmektedir.
K9	5 yıldır hastane genel müdürlüğü görevini sürdürmektedir.
K10	3 yıldır hastane müdürlüğü görevini sürdürmektedir.
K11	5 yıldır başhekimlik görevini sürdürmektedir.

#### 2.4. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşme insanların gerçeğe ilişkin algılarına, anlamlarına tanımlamalarına ve gerçeği inşa edişlerine vakıf olmanın iyi bir yoludur (Punch 2005). Benzer konulara yönelmede değişik insanlardan aynı tür bilgilerin alınması amacıyla görüşme formu (Patton 1987) hazırlanmıştır. Görüşme soruları şu şekildedir;

- Özel hastane işletmelerinin güncel durumu hakkında neler söyleyebilirsiniz.
- Özel hastane işletmelerinin karşılaştığı temel sorunlar nelerdir?
- Ülkemizi özel hastane işletmeleri açısından geliştirmiş ülkeler ile kıyasladığımızda neler söyleyebilirsiniz?
- Bir yönetici olarak Türkiye’deki özel hastane işletmelerinin geleceği konusunda neler söyleyebilirsiniz?
- Özel hastane işletmelerinin daha etkin ve verimli hale gelebilmesi için neler yapılabilir?

Katılımcılar önceden konu ile ilgili bilgilendirilmiş ve kabul edenler ile uygun oldukları zaman diliminde görüşmeler yapılmıştır. Görüşme esnasında katılımcıların onayı dâhilinde ses kaydı yapılmıştır.

**Tablo 5. Görüşmelerin Yer ve Sürelerine İlişkin Bilgiler**

Katılımcı Kodu	Süre (dk)	Katılımcı Kodu	Süre (dk)	Katılımcı Kodu	Süre (dk)
K1	43	K5	55	K9	37
K2	21	K6	38	K10	28
K3	67	K7	49	K11	33
K4	25	K8	19	Toplam	415

Görüşmelerin en uzununu 67 dk ve en kısası 19 dk olmak üzere ortalama 37,7 dk sürmüştür.

### 2.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Görüşmelerden elde edilen ses kayıtları yazıya dökülmüş sonrasında ise anlamlı bir şekilde ayrıştırılabilmesi için kodlamalar yapılarak temalar oluşturulmuştur. Kodlama süreci, elde edilen verileri bölümlere ayırmayı, incelemeyi, karşılaştırmayı, kavramsallaştırmayı ve ilişkilendirmeyi gerektirir (Straus, Corbin 1990). Kodlar; etikettir, isimdir veya nitelendirme ve bu nedenle kodlama, veri gruplarına etiketlerin, isimlerin veya nitelendirmelerin verilmesi işlemidir (Punch 2005). Yapılan analizler sonucunda kodlar ve temalar belirlenmiştir. Elde edilen temalar n-vivo 7 programından yararlanılarak oluşturulan şekillerle sunulmuş ve örnek alıntılarla desteklenerek yorumlanmıştır.

### 2.6. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği

Bir araştırmanın bilimsel olabilmesi için en önemli noktalardan birisi de geçerlik ve güvenilirlik ölçütleridir. Araştırmanın sonucunda amaca yakınlığı bir sorgulama noktası iken bunun yanı sıra, araştırma sürecinin ve sonuçlarının açık, tutarlı ve başka araştırmacılar tarafından teyit edilebilir olması inandırıcılığı artırır. Bu araştırma kapsamında, odaklanılan konu, katılımcılar ve veri kaynakları ile uzun süreli bir etkileşim gerçekleştirilmiştir. Araştırma yapılırken tek görüşmeci ile sınırlı kalınmayıp tüm evrene ulaşmaya çalışılmıştır. Görüşme sonrası elde edilen veriler katılımcılara sunulmuş ve teyit etmeleri istenmiştir. Veriler analiz edilirken ayrıntılı betimlemelere yer verilmiştir. Araştırma sonuçlarının tutarlı olmasına ve araştırmacının nesnel bakış açısıyla yansız yaklaşımına özen gösterilmiştir.

### 2.7. Araştırma Etiği ve Sınırları

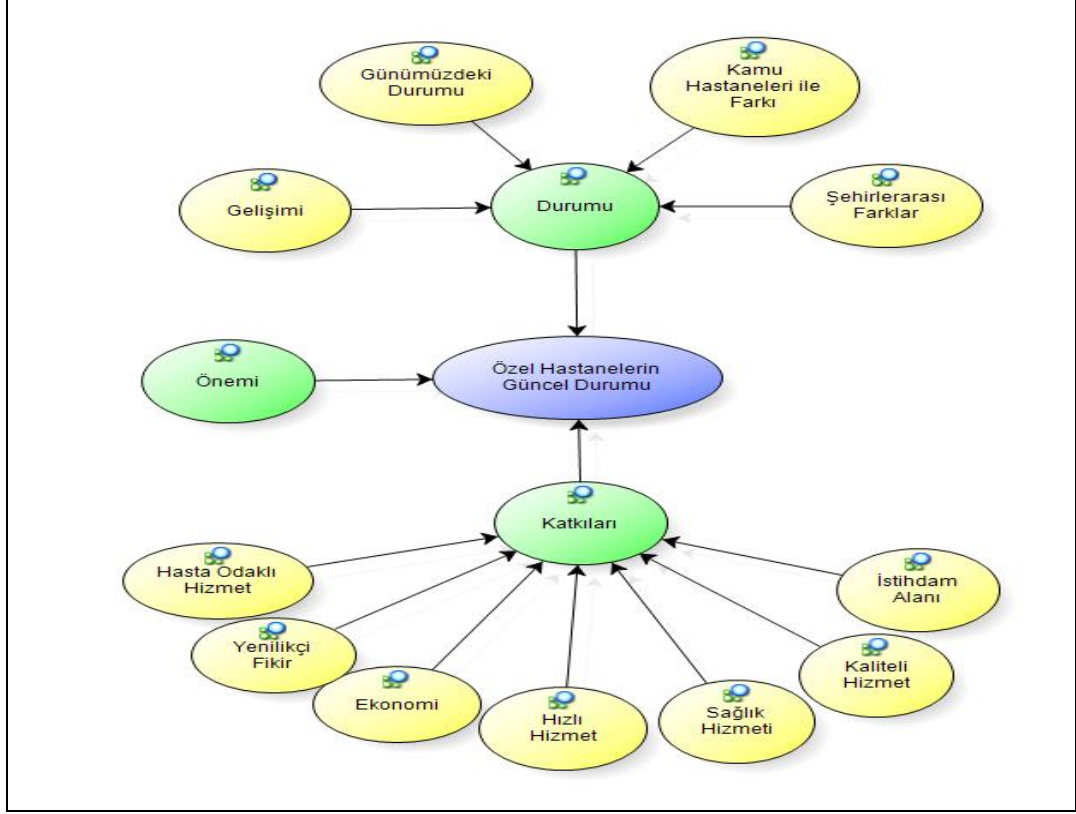
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 07.04.2017 tarih ve 2017/13 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır. Bu araştırma;

- ✓ Konya il merkezinde faaliyet gösteren özel hastane işletmelerinde yöneticilik yapan katılımcılar ile,
- ✓ Katılımcıların görüşme esnasında ifade ettikleri ile,
- ✓ Nitel yöntem ve olgubilim desenine uygun olarak kullanılan veriler ile,
- ✓ Verilerin tematik analiziyle sınırlıdır.

### III. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sürecinde toplanan verilerin analizi ile elde edilen bulgular yer almaktadır.

#### 3.1. Özel Hastane İşletmelerinin Güncel Durumu



Şekil 1. Özel Hastane İşletmelerinin Güncel Durumuna İlişkin Bulgular

Şekil 1’de görüldüğü gibi bu bölümün temaları önem, durum ve katkıdır. Durum temasının alt temaları gelişim, günümüzdeki durum, kamu hastaneleri ile farklar, şehirlerarası farklardır. Katkı temasının alt temaları ise, hasta odaklı hizmet, yenilikçi fikir, ekonomi, hızlı hizmet, sağlık hizmeti, kaliteli hizmet ve istihdam alanıdır.

##### 3.1.1. Özel Hastanelerin Durumu

Bu bölümde ülkemizdeki özel hastanelerin güncel durumuna ve şimdiye kadar geçirdiği süreçlere değinilmiştir. Bu temanın alt temaları olarak özel hastanelerin gelişimi, günümüzdeki durumu, kamu hastaneleri ile arasındaki farklar, pazarlama sistemi ve şehirlerarasındaki farklar olarak belirlenmiştir.

Ülkemizde özel sağlık hizmet sunuculuğunun 2000’li yılların başlarında muayenehanecilik döneminin yavaş yavaş ortadan kalkarak klinik tarzı kurumlara dönüştüğünü, sonrasında ise özel hastanelerin devlet tarafından ciddi bir teşvik ve destek alarak geliştiği vurgulanmıştır. Bu konuda bir katılımcının sözleri şöyledir; “...İlk açılan özel hastaneler daha küçük boyutta poliklinik modelinde, hekimlerin açtığı, tıbbi laboratuvarı olmayan, tıbbi görüntülemesi olmayan, küçük yerlerdi..”(K2).

Özel hastane işletmeleri günümüzde zincir hastaneler ve bireysel işletmeler tarafından kurulmuş özel hastaneler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Katılımcılardan alınan bilgilere göre ("*...ruhsatlı 550 -560 civarında da özel hastane var. Ruhsatlı diye özellikle belirtmek istiyorum ki fiilen bu hastanelerin bir kısmı yaklaşık 100 civarı hastane faaliyetine devam edememekte...*")(K3) özel hastanelerin bir kısmı şuanda resmi kayıtlara göre var olarak görünse de aslında finansal sıkıntılar nedeniyle faaliyetlerini durdurmuşlardır. Askıda ruhsat diye tabir edilen kavram ile bekleme aşamasındadırlar. Bu durum aslında resmi kayıt ile gerçeğin birbirine örtüşmediğinin bir göstergesidir.

Özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasındaki farklılıklara değinen görüşmeciler, sağlık hizmeti ve hizmetin kalitesi konusunda pek bir fark bulunmadığını, çünkü kamu hastanelerinde de artık bekleme sürelerinin oldukça kısa olduğunu geliştğini vurgulamıştır. Ancak sağlık hizmeti dışında kalan, otelcilik hizmeti gibi konularda özel hastanelerin hastalarına daha ayrıcalıklı yaklaştıkları belirtilmiştir. Bazı görüşmeciler ise kamu ile özel arasında mali açıdan ve insan kaynağı konusunda destek farkı olduğunu ifade etmiştir. Bir katılımcı düşüncelerini "*şu anda kamu hastaneleri ile özel hastaneler arasındaki fark neredeyse kapandı. .... son dönemde bu şehir hastaneleri ile birlikte bu farkın daha da azalacağını düşünüyorum...*"(K4) sözleriyle ifade etmiştir.

Öte yandan kamu hastaneleri ile özel hastaneler arasında hizmet sunumu ya da hizmetin kalitesi anlamında belirgin bir fark olmadığını düşünen katılımcılar da vardır. Ancak bu düşüncesinin yanı sıra ekonomik olarak oldukça belirgin farklar olduğunu da dile getirmiştir.

Ülkemizde faaliyet gösteren tüm özel hastanelerin benzer standartlara ve hasta kitlesine sahip olmadığı vurgulanmıştır. Büyük şehirlerde yer alan özel hastanelerin hasta profillerinin daha çok özel sigortalı hastalardan oluşmakta, ancak Konya gibi Anadolu şehirlerinde yer alan hastanelerin hasta kitlesi ise neredeyse %100'e yakın bir oranla SGK mensubu hastalardan oluşmaktadır. Bu konuda bir katılımcı düşüncelerini "*...İstanbul, İzmir, bir tane de Ankara'da var sanırım devletle anlaşma yapmayan özel hastane ama biz Konya'da devlete bağlı olmadan kazanamıyoruz...*"(K6) şeklinde ifade etmiştir.

### 3.1.2. Özel Hastanelerin Katkıları

Özel hastanelerin hem hasta hem de ülke açısından çeşitli katkıları bu başlıkta değerlendirilmiştir. Bu temada sağlık hizmet katkısı, ufuk açıcı olması, hizmetin hızlı sunumu, kaliteli hizmet, hasta odaklı hizmet, istihdam alanı sağlaması ve ekonomik açıdan devlete katkısı gibi alt temalar yer almaktadır.

Özel hastaneler günümüzde istatistiki olarak tüm hastaneler içerisinde %36'lık bir dilimi kaplamaktadır. Ancak görüşmecilerin ifadelerine göre sağlık hizmet sunumu anlamında kapladıkları dilim en az %40-45 oranlarındadır. Bu kadar hizmete rağmen ise kadro sayısı ve fiziki alan olarak daha küçüktürler. Ayrıca özel hastanelerin sıradan ya da basit sağlık hizmeti sunmayarak nitelikli hizmetler (yoğun bakım, cerrahi tedaviler vb.) verdiğini ve bu hizmetler için verilen maddi desteğin yetersiz kaldığı bilinmektedir. Birçok katılımcı özel hastanelerin gerçekten vatandaşın sağlık ihtiyacının büyük bir oranını karşıladığını ancak bunun karşılığında çok fazla destek alamadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların sözleri şu şekildedir: "*Sağlık sisteminin yaklaşık yüzde 45'ini Türkiye'de özel hastaneler karşılıyor. Ancak kadronun ya da bina büyüklüklerinin ancak yüzde 20'sine sahipler...*"(K9), "*Özel hastaneler Devleti'nin yükünün oldukça büyük bir kısmını alıyorlar..*"(K11), "*Özel hastaneler gerçekten büyük bir yük kaldırıyor...*"(K2).

Ufuk açmak, yeniliğe öncülük etmek ya da gelişim için yol gösterici bir etken olarak ifade edilebilir. Yapılan görüşmelerden elde edilen bazı katılımcı görüşlerine göre özel

hastane işletmelerinin yapısı, hizmet sunumu, kalitesi, hastaya yaklaşımı vs. kamu hastanelerinin kendilerini yenileme ve iyileştirmeleri için bir etken olmuştur. “...*Hizmetin nasıl olması gerektiği ile ilgili bir ufuk açtı özel sağlık sektörü kamu sektörüne...* (K8)” cümlesini ifade eden katılımcıdan bu konuda bilgiler edinilmiştir.

Özel hastane işletmelerinin katkılarından olan bir alt tema da sağlık hizmetlerinin diğerlerine oranla oldukça hızlı olmasıdır. Hızlı hizmetin özel hastanelerin gelişimine katkı sağladığı vurgulanmıştır. Bir diğer konu ise hizmetin kaliteli olmasıdır. Ülkemizdeki kamu hastaneleri ile karşılaştırıldığında kalite açısından özel hastanelerin daha ileride olduğu düşünülmektedir. Ayrıca özel hastane yöneticileri kalite denetimlerinde daha dikkatli davrandıkları için ülkemizde zorunlu kılınan kalite standartlarına daha hızlı adapte olduklarını belirtmişlerdir.

“...*Otelcilik hizmeti, hastaya hizmetin daha iyi daha hızlı sunulması daha güler yüzlü sunulması biraz daha memnuniyeti öne çıkaran sunumdur...*(K6)” şeklindeki katılımcı ifadelerinden yola çıkarak özel hastanelerin kamu hastanelerine oranla daha fazla hasta odaklı hizmet sundukları söylenebilir. Sağlık hizmetinin, tedavinin kalitesi yanı sıra daha çok hasta memnuniyeti anlamında çaba gösterildiği ifade edilmiştir. Bu durum hem ülkenin hastaya yaklaşım olarak bakış açısının değişmesinden kaynaklı hem de hasta kitlesini elinde tutmak ve artırmak amaçlı bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

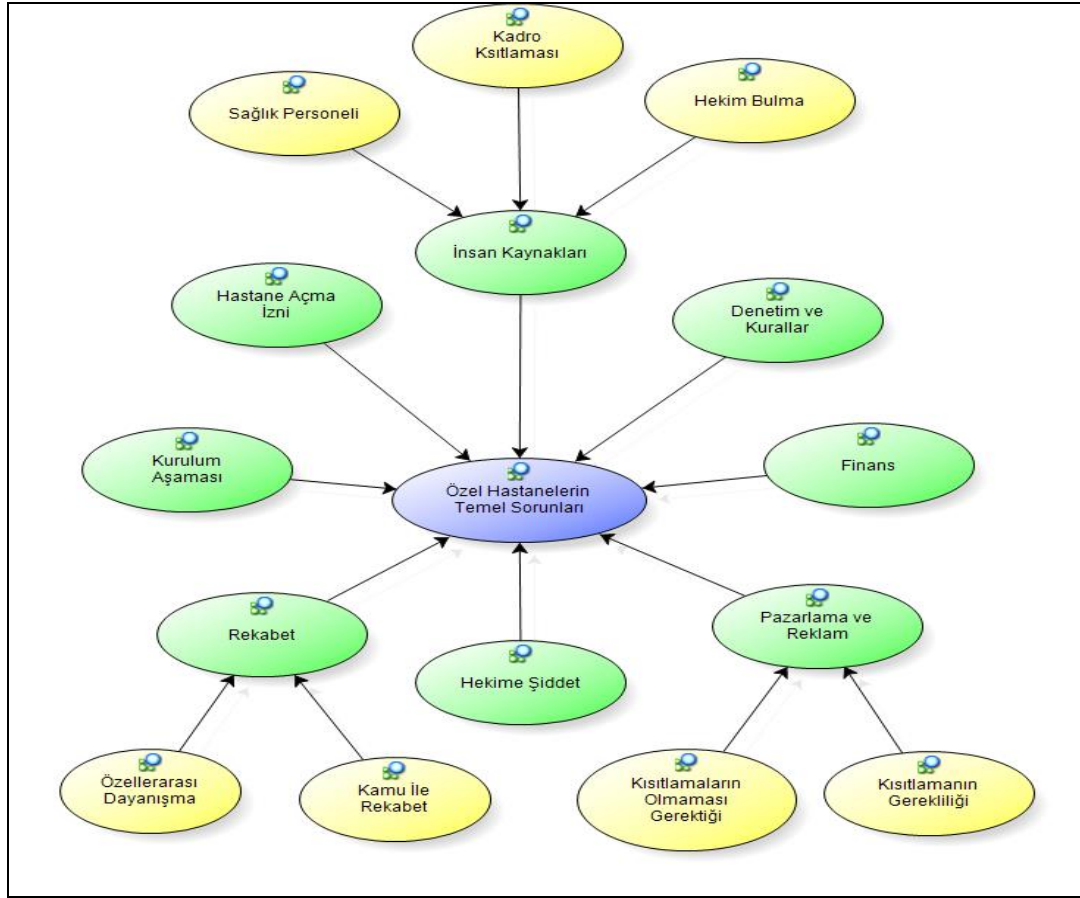
Sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel hastanelerin pekte fark edilemeyen önemli bir katkısı da insanlara istihdam alanı oluşturmasıdır. “...*Sağlık sektörü istihdam hacmi en yüksek olan sektördür... 100 yataklı bir orta ölçekli hastanenin 400'ün altında çalışan olması mümkün değil...*(K3)” şeklinde katılımcı ifadesi bulunmaktadır.

Çalışmanın bulgularında özel hastanelerin devlete ekonomik anlamda da önemli katkıları bulunduğu fark edilmiştir. İlgili kurumlar tarafından sürekli denetlenen özel hastane işletmeleri vergilerini düzenli ödeyen kurumlar arasındadır. Öte yandan özel hastanelerin ekonomiye katkısının büyük olmasına karşın yeterince desteklenmediğini düşünen katılımcılarda mevcuttur.

### 3.1.3. Özel Hastanelerin Önemi

Özel hastanelerin kuşkusuz ki önemi büyüktür. Bu konuda ayrıca görüş bildiren ve önemini vurgulayan katılımcılar olmuştur. Burada özel hastanelerin en az kamu hastaneleri kadar hizmet verdiği ve özel hastaneler olmadığı takdirde hizmet alım standartlarının bu kadar gelişmemiş olacağı belirtilmiştir. Özel hastanelerin önemini vurgulamak amacıyla bazı katılımcılar şu ifadeleri kullanmıştır; “...*Şimdi özel hastaneler olmasaydı, herhalde yine hepimiz muayenehanelerin kapısında doktorların orada bir ameliyat olmak için bekliyor olurduk...*”(K4), “...*Türkiye'deki sağlık sisteminin en önemli ayaklarından bir tanesi özel hastaneler...*(K10)”.

### 3.2. Özel Hastane İşletmelerinin Karşılaştığı Temel Sorunlar



Şekil 2. Özel Hastane İşletmelerinin Karşılaştığı Temel Sorunlara İlişkin Bulgular

Şekil 2’de araştırma bulgularına göre özel hastane yöneticilerinin tecrübe etmiş oldukları sorunlar tema ve alt temalar biçiminde sunulmuştur. Buna göre sorunlara ilişkin temalar, hastane açma izni, kurulum aşaması, insan kaynakları, denetim ve kurallar, finans, pazarlama ve reklam, rekabet ve hekime şiddet olarak belirlenmiştir.

#### 3.2.1. Açılma İzni İle İlgili Sorunlar

Özel hastanelerin sorunlarından biri olarak açılım izni belirtilmiştir. Ülkemizde Özel Hastanelerin faaliyet gösterebilmeleri için Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bir izin gereklidir. Bu iznin de artık Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından nüfusa odaklı hastalık durumuna ve talebe odaklı bazı istatistiki hesaplamalar yapılarak hastaneye ihtiyaç olduğu takdirde verilebileceği ifade edilmiştir. Bazı katılımcılar ise 2008’den bu yana yeni izin verilmiş bir hastane olmadığını vurgulamıştır. Belirtilen ifadeler şöyledir; “2008 yılına kadar ülkemizde özel hastaneler istenildiği gibi açılabilirdi, bir ön izne ihtiyaç olmadan İstedığınız şekilde hastane açabilirdiniz. 2009 başı itibarıyla bu durum yasaklandı...”(K2), “Devletin koyduğu yeni özel hastane açma kısıtlaması bölge bölge değişiyor....”(K9)”.

#### 3.2.2. Denetim ve Kurallar İle İlgili Sorunlar

Denetim ve kurallar konusunda ifade edilen sorunlardan en önemlisi özel hastane işletmelerinin özerk işletmeler olmayıp her konuda devletin belirlediği kurala tabi olmalarıdır. Fazlasıyla ayrıntılı olan kuralların, özel hastanelerin kendilerine özgü hareket

etmelerini (cihaz alımı, personel alımı, odaların büyüklüğü ya da havalandırması gibi) engelleyici bir etmen olarak değerlendirilir. Ayrıca birçok devlet kurumu tarafından ayrı ayrı denetlenmeleri, sürekli denetime hazır halde bulunurken hizmetlerini sürdürmeleri konusunda sıkıntılar ortaya çıkmıştır. Bu kurallardan biri de hastalardan alınan fark ücretlerinin sınırlı olmasıdır. Hem fark ücretlerinin sınırlı olması hem de yeteri kadar mali destek alınamaması sorun oluşturmakta bu da kamu hastaneleri ile özel hastaneler arasındaki rekabet koşullarının aynı olmadığını göstermektedir. Denetim ve kurallar konusunda katılımcılar şunları ifade etmişlerdir; *“Hastaneye yeni bir tıbbi cihaz alırken bile izin gerekmektedir... bizde her şey devlete bağlıdır (K5)”*, *“...fark oranımız bile sınırlı, fark ücretinin sınırının üzerine çıkamıyoruz, yaptırımları var anlaşmanın bitmesine kadar gidebiliyor. O yüzden tam bir teşebbüsler değiliz biz (K7)”*, *“... İl Sağlık Müdürlüğü, SGK, Sağlık İşleri, Çalışma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Emniyet Müdürlüğü gibi kurumlar tarafından sürekli bir denetim altındasınız...”(K1)*.

### 3.2.3. Kurulum Aşaması İle İlgili Sorunlar

Günümüzde özel hastanelerin açılması ön izne tabidir. Yani daha kurulum aşamasına geçilmeden önce izin erekli olup yaklaşık olarak 2008’den bu yana Konya’da ön izin alınarak açılmış bir hastane yoktur. Ancak kendi hastanelerinin kurulum sürecine tanıklık etmiş olan hastane yöneticileri bu aşamanın aşırı detaycı ve aşırı prosedür gerektiren bir süreç olduğunu ifade etmişlerdir. Bu konuda katılımcıların ifadeleri şöyledir; *“Açılış sürecinde yoran ve işi uzatan bekletmeye alan işler vardır...”(K8)*, *“... “Devlet artık yatırım israfını önlemek için özel hastanelerin açılmasına kısıtlama getirdi...”(K10)*.

### 3.2.4. Finansal Açıdan Sorunlar

Genel olarak görüşmeciler finansal sorunlar ile hizmet sunumunda kullanılan ilaç, tıbbi cihaz kullanımı vb. ürünlerin maliyetinin ya da ücretinin artmasına karşılık SUT fiyatlarının artmamasına değinmişlerdir. Öyle ki finansal sıkıntılar çözülmediğinde iyi ihtimalle hastanenin başka bir işletmeciye devredilmesini, kötü ihtimalle ise iflas ederek kapanmasına kadar gidebileceğinden söz edilmiştir. Bu konudaki fikirlerini katılımcılar *“...Özel hastanecilik sektöründe bizim en çok karşılaştığımız sıkıntı işletme maliyetlerinin yüksek olması. Devletin bize ödediği hizmet karşılığının 2007 rakamlarının da altında olması ortalama 10 yıl önceki rakamlar hala aynı ya da biraz daha düşük bu bizi yoruyor...” (K8)* sözleriyle dile getirmiştir.

### 3.2.5. İnsan Kaynakları Konusunda Yaşanan Sorunlar

Bu bölümde insan kaynakları ile ilgili sorunlardan oluşan kadro kısıtlaması sorunu, işe alım için hekim bulma sorunu, nitelikli hemşire ve diğer sağlık personelinin bulma ve elinde bulundurma sorunu gibi alt temalara değinilmiştir.

*“İstihdam sorunlarınızın en büyük kısmını doktor kadrolarının bakanlık tarafından kısıtlanması oluşturuyor...”(K1)*, *“...Kadro kısıtlaması, nüfusa ve hatta ortalamasına göre ihtiyaca göre planlanan bir sistem...”(K5)* şeklindeki ifadelerle katılımcılar özel hastanelere istedikleri ve ihtiyaç duydukları sayıda hekim işe alamadıklarını belirtmişlerdir. Sağlık Bakanlığı’nın koyduğu kurallara göre de özel hastanede çalıştırılacak hekim sayısı sınırlandırılmıştır. Hastaneler için en önemli insan kaynağı hiç kuşkusuz ki hekimlerdir. Ülkemizde uzun zamandır var olan sağlık personeli ve hekim açığı günümüzde de devam etmektedir. Hekim açısından kamu hastaneleri ile özel hastanelerin sağladığı imkanların eşit olmaması, hekimlerin kendilerini garanti etmek istemeleri ve yeni mezun hekimlerin kamuya hizmet zorunluluklarının bulunması gibi nedenlerle özel hastaneler nitelikli ve yeterli sayıda hekim çalıştıramamaktadırlar. Bu konuyu ifade eden bazı katılımcıların kendi cümleleri ile

ifadeleri ise şu şekildedir; “*Tıp fakültesinden mezun olan bütün hekimlerin kamuda çalışması mecburi hizmet dediğimiz bir uygulama var...*”(K4), “*Özel hastanelerde bence en büyük problem doktor bulma problemi...*”(K9), “*...gerek hekimlerde gerek yardımcı sağlık personeline kamu ile olan bağıni sürdürme isteği bizim nitelikli insan gücüyle çalışmamızı engelliyor...*”(K1).

Ayrıca gibi hemşire ve diğer sağlık personeli bulmak da problemler arasında yer almaktadır. Burada önemli ve bir önceki temadan ayrılan nokta ise nitelikli personel bulma ve nitelikli hale getirilmiş olan personelin ise kurumda çalışmaya devam etmemesidir. Görüşmecilerin ifade ettiği bilgilere göre, devletin yoğun alım yaptığı alanlardan biri olan sağlıkta personeller, özel sağlık kurumlarında çalışmak yerine devlet kurumunda çalışmayı yeğlemektedir. Bu durumda da özel hastanelerin personel olarak çalıştırabildiği kesim çoğunlukla yeni mezun ve deneyimsiz sağlık personellerinden oluşmaktadır. “*Hem sağlık çalışması hem sağlık dışında çalışanlar için kaliteli eleman eksikliği var. Kalifiye elemanlar devlete gidiyor...*”(K7), “*...İnsan kaynakları sorunu özel hastanelerin kronik bir sorundur...*”(K1), “*...bizim yetiştirdiğimiz eleman gidiyor yerine yenisi geliyor. Tekrar tecrübesiz bir personelle yeniden başlıyoruz. Bunların hepsi hem İş gücü kaybı hem zaman kaybı...*”(K11)” şeklindeki ifadelerle bu konu önem kazanmıştır.

### 3.2.6. Pazarlama ve Reklam İle İlgili Sorunlar

Özel hastane işletmeleri pazarlama ve reklam konusunda Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yer alan bazı sınırlandırmalara tabidirler. Bu sınırlandırmaları bazı katılımcılar gerekli görürken bazı katılımcılar ise bu kısıtlamaların olmaması gerektiğini savunmaktadırlar. Bu açıdan bu tema iki alt tema halinde ele alınmaktadır. Reklam kısıtlamasını doğru bulmayan katılımcılara oranla, doğru bulan katılımcı sayısı daha fazladır.

Katılımcılar sağlık sektörünün diğer özel sektörlerden farklı ve hassas özelliklere sahip olduğunu ve bu yüzden sınırsız bir pazarlama alanına bırakılmasının doğru olmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcılara göre sağlık alanındaki bir reklamın etik ilkeler çerçevesinde yapılması ve bu etiğin tarafsızca denetlenmesi oldukça zordur. Bu alanda yapılan reklamlarla hem etik açıdan hem de reklam aracılığı ile hastalara vaat edilen sağlıkla ilgili hastaların mağduriyet yaşayabilecekleri vurgulanmıştır. Bu konuda görüşmeciler düşüncelerini aşağıda belirtildiği şekilde ifade etmişlerdir. “*Reklamların dengeli olduğumda kısıtlama olmaması daha iyi olur ama hasta avcılığına dönüşürse kötü olur...*”(K9), “*...Reklam kısıtlaması kaldırıldığında abartıya kaçılabilir...sağlık sektörü suistimal kabul etmez ...*”(K2), “*...Yanlış bilgilendirmeler haksız rekabete yol açıyor, hasta mağduriyetlerine yol açıyor...*”(K3). Katılımcıların bir kısmı da pazarlama ve reklam kısıtlamalarını doğru bulmamaktadır. Vurgulanan ana noktalar;

- Özel hastanelerin özel işletmeler olduğu ve sunulan hizmetler hakkında hastalara bilgi verebilmeleri için reklam yapmanın gerekli olduğu,
- Sınırlı bir süre zarfında sadece yeni başlayan hekimlerini duyurma şeklinde verilen ilan izinlerinin çok yetersiz olduğu ve
- Rekabet edebilmek için pazarlama ve reklamın şart olduğudur.

Bu konuda katılımcılar fikirlerini şu şekilde açıklamıştır; “*...özel hastanelerin sıkıntısı tamamen reklama dayalı diye düşünüyorum. Çünkü içeriye hasta almanız gerekiyor. Bu çarkı çevirmemiz için içeri hasta almanın yöntemi de tanıtım yapmak gerekir...*”(K6), “*...Biz reklam yapamıyoruz, kampanya filan olursa, yeni bir doktor başlarsa ancak o zaman duyuru yapabiliyoruz...*”(K4), “*...Bu kısıtlamaları doğru bulmuyorum...*”(K10).



### 3.2.7. Rekabet İle İlgili Sorunlar

Katılımcıların bir kısmı özel hastaneler arasında problem olmayacak seviyede rekabet olduğunu ve bunun yanı sıra özel hastaneler ile kamu hastaneleri arasında önemli bir rekabetin olduğunu ifade etmiştir. Geriye kalan diğer katılımcılar ise özel hastaneler arasında rekabetin tam tersi olarak bir dayanışmanın hakim olduğunu düşünmektedir. Konya için geçerli sayılabilecek bu durum ise kamu hastanelerine karşı birleşme ve dayanışma şeklinde kendini göstermiştir.

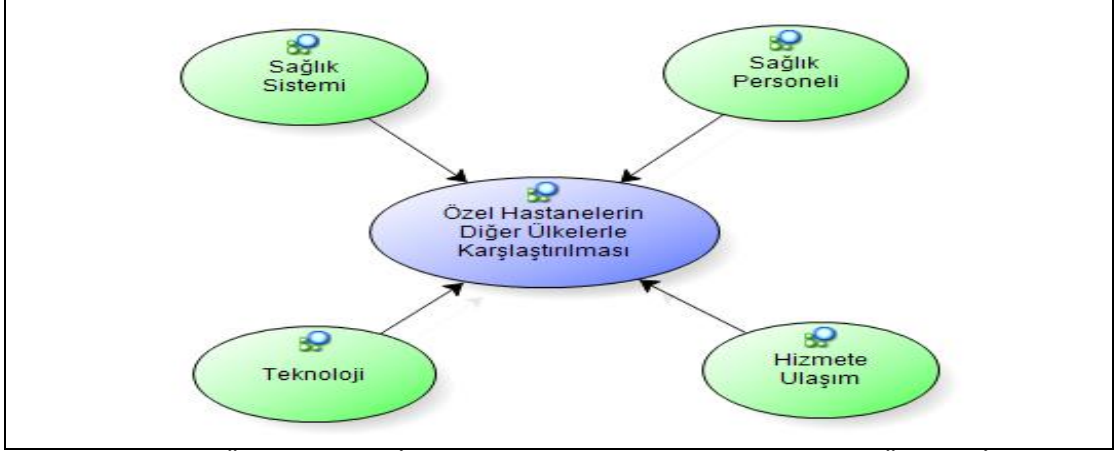
Serbest piyasa ekonomilerinde rekabet kaçınılmaz bir kavramdır. Bu kavram özel sağlık sektöründe yer alan özel hastane işletmelerini de ilgilendirmektedir. Çalışmanın verileri toplanmadan önce araştırmacı tarafından özel hastanelerin birbirleri ile rekabet içerisinde oldukları düşünülmüştür. Ancak elde edilen bulgulara göre özel hastaneler arasındaki rekabetten ziyade kamu hastaneleri ile özel hastaneler arasında güçlü bir rekabet söz konusudur. Katılımcıların ifadelerine göre belli bir yıla kadar kamu ile rekabet yokken, son yıllarda kamu hastanelerinin hem teknolojik olarak hem de fiziki olarak yenilenmesi ve gelişmesi üzerine özel hastaneler kamu hastaneleri karşısında rekabet etmek durumundadır. Ekonomik anlamda eşit standartlara sahip olmayan özel hastanelerin, kamu hastaneleri ile rekabet karşısında oldukça zorlandıkları görülmektedir.

Aşağıda özel hastanelerin kendi arasında belli ölçüde rekabetin varlığı ve asıl olarak kamu hastaneleri ile rekabetin büyük problem olduğunu ifade eden bazı katılımcı görüşleri; *“Şu anda bizim için en büyük rakip devlet hastaneleri olmaya başladı. Özeller arasında tatlı bir rekabet var ama yine de biz birbirimize rakip olarak görmüyoruz, biz kamuyu rakip olarak görüyoruz...(K2)”*, *“.... Bizim en büyük rakibimiz devlet rekabeti onunla yapıyoruz...”(K6)*, *“Ülkemizde özel hastane işletmeciliği ile kamu yarış halinde...”(K9)* şeklindedir. Kamu ile rekabet edebilmeye yönelik olarak Konya’da faaliyet gösteren özel hastaneler arasında bir dayanışma görülmektedir. Bu durumu ifade eden katılımcı *“Konya’da 12 tane özel hastane var şu anda biz birbirimizi destekler nitelikteyiz. Bizim herhangi bir eksiğimiz olduğunda birbirimizden tamamlarız, eleman eksiğimiz gibi. Konya için bu durum iyi bir durum” (K1)* ifadelerini kullanmıştır. Yine dayanışma konusunda açıklama yapan bir katılımcı da *“...biz özel hastaneler olarak birbirimizle irtibat ve dayanışma halindeyiz. Yoksa sektörde tutunmak çok zor olurdu. Birimizin cihazında sorun yaşandığında bile diğer bir hastaneyi arayıp “bir süreliğine cihazını verir misin?” diyebiliyoruz..”(K7)*, şeklinde ifadeler kullanmıştır.

### 3.2.8. Hekime Şiddet Sorunu

Hekime şiddet özellikle son yıllarda ortaya çıkan ve medya aracılığıyla da kamuoyunda yaygın şekilde duyulan, görülen ya da şahit olunan bir sorundur. Katılımcılardan biri hekime şiddet konusuna *“Sağlık sektöründe bahsedebileceğim sorunlardan bir tanesi de son dönemde ortaya çıkan hekime şiddet olayları. Hastalar haksız oldukları durumlarda bile hekime şiddeti koz olarak kullanmaya başladılar...”(K11)* ifadeleriyle değinmiştir.

### 3.3. Özel Hastane İşletmelerinin Gelişmiş ve Gelişmemiş Ülkeler İle Kıyaslanması



Şekil 3. Özel Hastane İşletmelerinin Gelişmiş ve Gelişmemiş Ülkeler İle Kıyaslanmasına İlişkin Bulgular

Şekilde örüldüğü gibi bu konudaki bulgular, sağlık sistemi açısından kıyas, sağlık personeli açısından kıyas, teknolojik gelişmişlik açısından kıyas ve sağlığa ulaşım imkânı açısından kıyas olmak üzere dört tema üzerinde incelenmiştir.

#### 3.3.1. Sağlık Sistemi Açısından Kıyas

Katılımcılar bu temaya bağlı olarak ülkemizdeki sağlık sistemini daha çok Amerika ve Avrupa ülkelerindeki sağlık ve sigorta sistemleri ile karşılaştırmışlardır. Burada farklı olarak Amerika’da ve diğer Avrupa ülkelerinde yaygın olarak var olan özel sigorta sistemi yerine bizim ülkemizde sağlık hizmetinin daha ekonomik olarak alınabildiği Genel Sağlık Sigortası sisteminin varlığı göze çarpmaktadır. Katılımcıların belirttiklerine göre Türkiye’de sağlık hizmeti alımı gelişmiş ülkelere göre daha erişilebilir, daha kaliteli ve çok daha ekonomiktir.

Çalışmanın bu kısmında amaç gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle özel sağlık hizmeti sunum farklarını ortaya koymak olsa da ülkeler arasındaki sağlık sistemi farklarından dolayı bu pek mümkün olamamıştır. Ancak yine de katılımcılar ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin hem gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerinden hem de gelişmemiş ülkelerdeki sağlık hizmetlerinden daha iyi seviyede olduğunu düşünmektedir. Özellikle sistem farklılıklarına değinen katılımcılardan bazılarının ifadeleri; “Avrupa’da özel sigortacılık sistemi var bizse devlete bağlıyız devlet ne verirse onu alıyoruz üzerine belli bir fark alıyoruz sadece”(K2) , “...Amerika’da sosyal güvenlik sistemi diye bir sistem yok, paranız yoksa hizmet alamazsınız, tedavi olamazsınız. Avrupa’nın durumu ise Fransa ve Almanya dışında sosyal güvenlik kurumu sistemi var...”(K9), “...karşılaştırdığımızda kendi ülkemizi daha üstte daha ileride görüyorum... özel kamu ayrımı yapmaksızın genel olarak sağlık hizmetlerimizin daha iyi olduğunu düşünüyorum...”(K10), şeklindedir.

#### 3.3.2. Sağlık Personeli Açısından Kıyas

Bu temada görüş bildiren katılımcılar genel olarak ülkemizdeki sağlık personeli ve hekimlerin Avrupa ülkelerindeki personele göre daha yetenekli ve üstün olduğunu, hastaların Avrupa ülkelerinden bizim ülkemize sağlık hizmeti almaya geldiklerini ve ayrıca Türkiye’de sağlık personeli ve hekimlerin hastaya yaklaşımı konusunda daha sıcak ve samimi davrandıklarını vurgulamışlardır.

Hekimlerimizin Amerika ve Avrupa ülkelerindeki hekimlerden daha iyi olduğunu düşünen katılımcı “*Hekimlik hizmeti olarak kıyas ettiğimiz zaman bizim ülkemizde Avrupa'dan aşağı kalır bir yanımız olduğunu düşünmüyorum*” (K7) ifadelerini kullanmıştır. Bir diğer katılımcı bu konudaki düşüncesini “*şunu gururla söyleyebilirim ki hekimlik sanatının insan üzerindeki icrası bakımından ben Avrupa'dan önde olduğumuzu düşünüyorum*” (K3) sözleriyle açıklamıştır. Ayrıca hekimlerin oldukça başarılı olduğuna inanan bir katılımcı “*...hekimlerimiz çok iyi her branşta hekimlerimiz mevcut, organ nakli, mikrocerrahi, kalp nakli, beyin ameliyatları gibi önemli alanlarda çok iyi hekimlerimiz var o yüzden Avrupa ülkelerinden Türkiye bir tık daha üstte*” (K8) diyerek hekimlerin çalışma alanlarına da vurgu yapmıştır.

### 3.3.3. Sağlık Hizmetine Ulaşım Açısından Kıyas

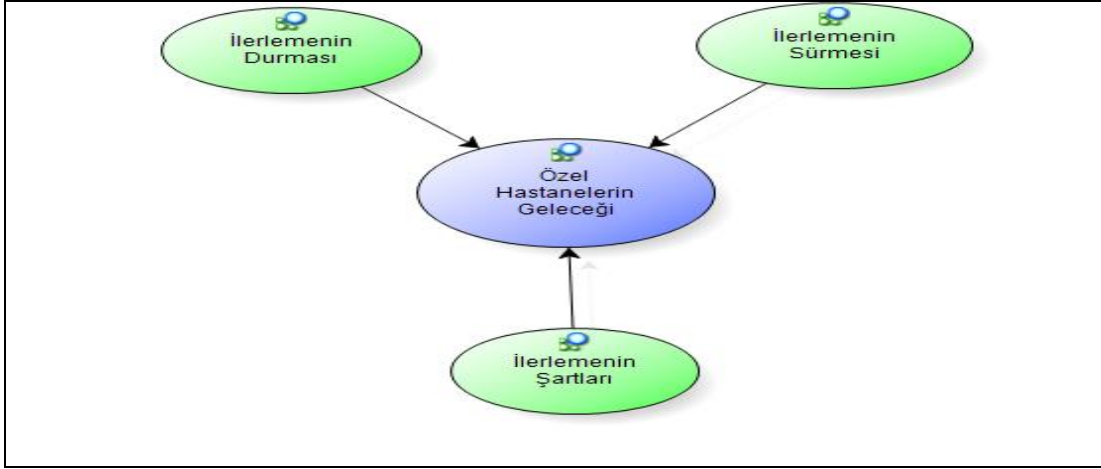
Bu tema altında toplanan katılımcı görüşlerine göre Türkiye’de sağlık hizmetine ulaşım Avrupa ülkelerine oranla çok daha hızlı ve kolaydır. Sistem kaynaklı bazı uygulamalar, görüntüleme sistemlerindeki yavaşlık ya da hizmet ücretinin yüksek olması gibi sebeplerle Avrupa ülkelerinden Türkiye’ye sağlık turistleri gelmektedir. Katılımcılar genel olarak Türkiye’nin Avrupa ülkelerinden daha iyi seviyede olduğunu düşünmektedir. Kendilerinin bu konudaki beyanları ise şöyledir; “*Sağlık hizmetlerine erişim noktasında biz onları solladık artık. Türkiye'ye hiç kimse mağdur kalmıyor kış şartlarında doğu bölgelerinde zor coğrafi şartlarda bile paletli ambulanslar...*”(K1), “*... Hollanda'da bir MR çekilebilmeniz için aylar sonrasına sıra veriliyor, Türkiye'de ise MR doktor tarafından istenildiği zaman en geç 2 saat içerisinde sonuçlar doktorun eline ulaşıyor...*”(K3), “*... ülkemizde insanların sağlık hizmeti alması daha hızlı daha kolay ve daha ucuz, kesinlikle biz Avrupa ülkelerinden daha iyi konumdayız*”(K4), “*...Almanya'dan Hollanda'dan buralara hastalar gelir. Çünkü oralarda aile hekimini geçip, ileri boyutlu bir hastaneye geçemiyorlar...*”(K7).

### 3.3.4. Teknoloji Açısından Kıyas

Ülkemizin sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik cihazlar açısından karşılaştırıldığı bu temada fikir bildiren katılımcılardan birine göre gelişmiş ülkelerdeki tıbbi teknoloji seviyesi Türkiye’nin ilerisindedir. Ancak geri kalan beş katılımcıya göre ise Türkiye tıbbi teknoloji konusunda gelişmiş ülkeler seviyesinde ve hatta bazılarında göre oldukça ileridedir.

Diğer ülkelerden daha eksik olduğumuz konusunda fikrini açıklayan bir katılımcı düşüncesini, “*...Kullandığımız cihazların neredeyse tamamı yurtdışından getiriliyor. Dolayısıyla onlar bizden bir sıfır önde başlamış oluyorlar, hem maliye anlamında bize yük oluyor hem de önce orada başlayıp sonra bize ulaşıyor*”(K11) şeklinde ifade etmiştir. Tıbbi teknolojiler konusunda Türkiye’nin diğer ülkelere göre daha iyi olduğunu ifade eden bazı katılımcı görüşleri şöyledir; “*Bizde olan cihazlar Avrupa'da yok. Biz Konya'dayız ama İran, Irak, Kazakistan, Türkmenistan, ondan sonra Yunanistan, Bulgaristan buralardan çok hasta geliyor...*”(K3), “*...Yurtdışından gelen hastalar dolayısıyla biliyorum. MR ve tomografi yurtdışında aylarca çekimi yapılmayan, sadece çok zor durumdaki hastalıklarda çekilebilen bir hizmet...*”(K5), “*Avustralya'dan bile sadece film çekirtmeye bize gelen hasta var...*”(K9), “*Avrupa'da bir tahlil sonucu için bir hafta sonrasının beklendiğini biliyorum. Türkiye'de ise tahlil sonucu en fazla iki saatte çıkmaktadır*”(K7).

### 3.4. Özel Hastane İşletmelerinin Geleceği



Şekil 4. Özel Hastane İşletmelerinin Geleceği Konusundaki Bulgular

Şekilde görüldüğü gibi bu temaya ait alt temalar, ülkemizdeki özel hastanelerin ilerlemesinin durduğu düşüncesi, ilerlemenin bazı şartları ve ilerlemenin devam edeceği düşüncesi şeklinde belirlenmiştir.

#### 3.4.1. İlerlemenin Durduğu Düşüncesi

Katılımcılardan bazıları özel hastanelerin devlet hastaneleri ile rekabet etmekte zorlandığı, ekonomik olarak güçlük çektiği ve devletin özel hastane işletmeleri ile ilgili koyduğu birçok kısıtlama karşısında faaliyetlerini sürdürmekte zorlandığı gerekçesiyle gelecekte özel hastanelerin kendilerini geliştirmelerinin ve ilerlemelerinin mümkün olmadığını açıklamışlardır. Bu konudaki birkaç katılımcı fikri şöyledir; “*Küçük hastaneler artık herhalde kalmayacak, tüm cerrahi işlemleri yapamayan, sınırlı, çoğu branşı olmayan küçük hastaneler kalmayacaktır...*”(K8), “*Özel hastaneler tam olarak bitmeyecek olsa da ilerlemesinin önüne ket vurulduğu kesin...*”(K9), “*...Maddi açıdan, kadro açısından, konulan kısıtlamalar özel hastanelerin gelişimini gerçekten zorlaştırdı...*”(K2) .

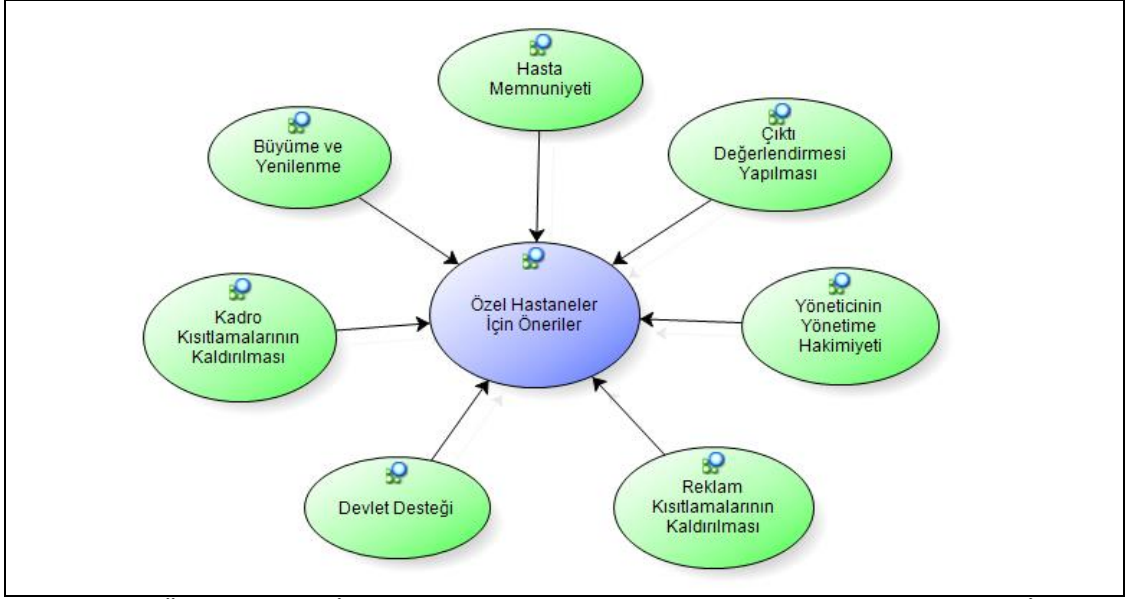
#### 3.4.2. İlerlemenin Bazı Şartları

Bu temada ise ülkemizdeki özel hastane işletmelerinin önümüzdeki süreçte ilerleyebilmesi için bazı şartların gerçekleşmesi gerektiğini düşünen katılımcı görüşleri ele alınmıştır. Katılımcılar özel hastanelerin ayakta kalabilmeleri ve kendilerini geliştirebilmeleri için SGK ödemelerinde artış olması gerektiğini ve özel hastanelerin hasta potansiyellerini artırarak kar sağlamları için yenilikçi uygulamalar yapmaları gerektiğini ifade etmiştir.

#### 3.4.3. İlerlemenin Süreceği Düşüncesi

Diğer katılımcılara oranla daha olumlu bir tablo çizen bir katılımcı özel hastanelerin ilerleyebileceğini hatta kamunun hastanelere verdiği önem ile rekabetin artacağı bu da özel hastanelerin kendilerini yenilemelerine ve geliştirmelerine vesile olacağından söz etmiştir. Bu konudaki açıklamaları özgün ifadeleri ile; “*...Devlet özel hastanelere özel sektöre destek verip gerekli desteği sağladıktan sonra ilerleyen dönemlerde belki 5-6 yıl sonra, Türkiye dünyada sayılı sağlık turizmi alanlarından biri olabilir...*”(K1) şeklindedir.

### 3.5. Özel Hastane İşletmelerinin Daha Etkin ve Verimli Hale Gelebilmesi İçin Öneriler



Şekil 5. Özel Hastane İşletmelerinin Daha Etkin ve Verimli Hale Gelebilmesi İçin Öneriler İle İlgili Bulgular

Şekil 5'te görüldüğü gibi katılımcıların hastanelerin ilerlemesi ve gelişmesi için ortaya koydukları fikirler, Büyüme ve yenilenme, hasta memnuniyeti, çıktı değerlendirme yapılması yöneticinin yönetim konusuna hakim olması, reklam kısıtlamalarının kaldırılması, devlet desteği ve kadro kısıtlamalarının kaldırılması temaları altında değerlendirilmiştir.

#### 3.5.1. Büyüme ve Yenilenme

Özel hastane işletmelerinin gelişebilmeleri ile ilgili olarak bu kısımda büyüme ve yenilenme temasına yönelik kodlanmış olan görüşler incelenmiştir. Bu katılımcı görüşlerine göre hastanelerin öncelikle her konuda yenilikçi bir politika izlemesi gereklidir. Yeni ortaya çıkmış bir tedavinin uygulanması, tıbbi teknolojiler konusunda yenilikçi olunması ya da fiziki açıdan binaların yenilenmesi gereklidir. Ayrıca küçük hastanelerin tüm sağlık hizmetlerini sunabilecekleri ölçüde büyümeleri ya da bu imkan yoksa birden fazla küçük hastane işletmesinin birleşme yoluna giderek büyümesi önerilmiştir. Katılımcılara göre sağlık turizm altyapısını geliştirmeye yönelik yatırımlar da özel hastaneleri gelişmeye götüren yollardan biri olabilir. Bu düşünceleri ifade eden katılımcı görüşlerinden birkaçı şöyledir; “Küçük ve orta ölçekli işletmelerin birleşerek güçlenmesi lazım, sıradan olmayan uygulamalar yapması lazım...”(K2), “... teknik olarak tam donanımlı olması gerekir...”(K10), “...devletin özel hastanelere verdiği desteği biraz daha arttırıp bu yükü paylaşmada özel hastanelere destek vermesi şart...”(K4).

#### 3.5.2. Hekim Kadro Kısıtlamalarının Kaldırılması

Katılımcılardan bazıları Sağlık Bakanlığı'nın özel hastanelere uyguladığı hekim kadrosu kısıtlamasını doğru bulmamakla birlikte bu kısıtlamasının kaldırıldığı takdirde özel hastanelerin kendilerini geliştirme imkanı bulabileceklerini ifade etmiştir. Bir katılımcı bu konudan söz ederken “...Bir hastanenin gelişmesi için hastayı çeken en önemli etken hekim kadrosudur. Siz son sistem bir hastane yaptınız, her şeyiniz var fakat iyi bir hekim kadronuz olmadıysa sürece hastayı çekemezsiniz... Bir hastanenin iyi hekim barındırması şart”(K5)

şeklinde ifadeler kullanmıştır. Başka bir katılımcı ise “Eğer kısıtlamalar ortadan kalkarsa, kadro açılırsa büyümemize izin verilirse biz de daha gelişmiş hizmet vereceğimize düşünüyoruz ama bu şartlarla çok zor. İnsan gücü açısından doktor kadromuzun artırılması ve yetiştirdiğimiz elemanların devlete gitmemesi gerekir” (K8) şeklinde fikrini beyan etmiştir.

### 3.5.3. Devlet Tarafından Daha Fazla Desteklenmesi

Devlet desteği konusunda en önemli yeri kaplayan konu SUT fiyatlarının değiştirilmesi, yani SGK'nın özel hastanelere hizmet karşılığı ödediği ücretlerin artırılması konusudur. Bu konudaki katılımcı görüşleri şu şekildedir; “SGK özel hastanelere yaptığı ödemelerini artırırsa, bu ücretlerin ödemelerin yükseltilmesi hastaneye katkı sağlayacaktır...”(K6), “... En başta aldığımız fark ücretlerinin sınırlamasının kaldırılması gerekiyor...”(K11), “...keşke elimizde olsa hiç kimse asgari ücretle çalışmasa ama biz bu işi yaparken hastanın cebine bakıyoruz, devam etmek için başka bir çaremiz yok”(K9).

### 3.5.4. Hasta Memnuniyetinin Sağlanması

Hasta memnuniyeti sağlıkta özel-kamu ayrımı yapılmaksızın önemli bir olgudur. Bu önemli konu üzerinde katılımcılar fikir beyan etmiş ve özel hastanelerin gelişmesi konusundaki önerilerden bir tanesi hasta memnuniyetinin sağlanması olmuştur. Katılımcılar bu konuda hastalara misafir kadar özenli, güler yüzlü ve ilgili şekilde yaklaşılmasını önermiştir. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra otelcilik hizmetlerinin ve sağlık personelinin hastaya yaklaşımının hasta memnuniyeti üzerinde etkisinin büyük olduğu ve bu yüzden bu konularda özenli davranılması gerektiği açıktır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin hata kabul etmeyen bir alan olması da sağlık hizmetlerine özenin önemini artırmaktadır. Bu konudaki bazı katılımcılar “Hastaneye gelen hastalar misafir olarak değerlendirilmelidir. Misafirler nasıl memnun edilmek için çalışılıyor orta hastalarda o şekilde mutlu gönderilmesi gerekir...”(K2), “temizliğiniz, karşılamanız, yemeğiniz, verdiğiniz hizmet, arkasını dönüp aramanız yani ameliyat olan bir hastayı on gün sonra arayıp “nasılsınız” demeniz...”(K5), “...Hasta memnuniyeti için bence en temeli en sonunda tedavisinin yapılmasıdır. Günün sonunda hastanın tedavi olmasıdır. Burası bir sağlık kurumu amaç sadece sağlık olmalıdır diye düşünüyorum...”(K7) şeklinde beyanda bulunmuştur.

### 3.5.5. Pazarlama ve Reklam Kısıtlamalarının Kaldırılması

Sorunlar bölümünde de ele alınan pazarlama ve reklam kısıtlaması bu bölümde hastanelerin gelişimi için bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. “...pazarlama konusunda biraz daha esnek biraz daha geniş davranılması gerekiyor. Herkesin kendini daha iyi ifade edebilmesi gerekiyor. Halk ona göre seçsin burada hizmet veriliyor, burada verilmiyor şeklinde tarzını halkın görmesi lazım”(K2) şeklindeki katılımcı ifadesi ile pazarlama ve reklam kısıtlamalarının kaldırılmasını bir öneri olarak sunulmuştur.

### 3.5.6. Yöneticinin Yönetim Konusuna Hakim Olması

İşletmelerin ilerleyebilmesi için iyi yönetilmeleri gerektiği kesindir. Özel hastane işletmelerinin de gelişmeleri ve ilerleyebilmeleri için hastane yöneticisinin yönetim konusuna hakim olması gerektiği bazı katılımcılar tarafından “Özel hastaneler için en önemli unsur yönetim ve organizasyondur... Yönetim organizasyon şeması oluşturmak ve profesyonellerle çalışmak lazımdır”(K4) şeklindeki ifadelerle dile getirilmiştir.

### 3.5.7. Hastanelerin Çıktı Değerlendirmesi Yapması

Son öneri alt teması olarak ele alınmış olan tema çıktı değerlendirmesidir. Bu konuda bir katılımcı “*Özel hastanelerin ilerleyebilmesi için en önemli husus çıktı değerlendirmesi diye düşünüyorum. Hastanelerin verdikleri sağlık hizmetlerinin şifa ya da nüks gibi temelde bir takım kalite endeksleri ile değerlendirmeler olması gerekir...*” (K1) ifadeleri ile çıktı değerlendirmesi ve kalite standartlarının oluşturulmasını öneri olarak sunmuştur.

## IV. SONUÇ

Ülkemizde özel sağlık hizmet sunuculuğunun 2000’li yılların başlarında muayenehanecilik şeklinde var olan ancak bu dönemin yavaş yavaş ortadan kalkarak yerini klinik tarzı kurumlara bıraktığı bilinmektedir. Sonrasında ise özel hastaneler devlet tarafından ciddi bir teşvik ve destek alarak gelişme göstermiştir. Günümüzde ise zincir hastaneler ve bireysel işletmeler tarafından kurulmuş özel hastaneler olarak iki gruba ayrılmaktadır. Bu hastanelerin bir kısmı resmi kayıtlara göre var görünse de finansal sıkıntılar nedeniyle faaliyetlerini durdurmuşlardır. Bu durum aslında resmîyet ile gerçeğin birbirine örtüşmediğinin bir göstergesidir.

Çalışma sonucunda ülkemizdeki özel hastanelerin işleyişlerinin ve hasta potansiyellerinin birbirinden farklılık gösterdiği ortaya çıkmıştır. Büyük şehirlerde hasta profillerinin daha çok özel sigortalı hastalardan oluştuğu, ancak Konya gibi Anadolu şehirlerinde yer alan hastanelerin hasta kitlesinin neredeyse %100’e yakınının SGK mensubu hastalardan oluştuğu bilinmektedir. Öte yandan özel hastanelerin hem devlete hem de vatandaşa önemli katkıları fark edilmiştir. Sağlık hizmet katkısı, kalite ve yenilikçi bakış açısıyla kamu hastanelerine örnek teşkil etmesi, kamu hastanelerine göre daha hızlı hizmet sunumu, hasta odaklı davranılması, istihdam alanı oluşturması, işletme yönüyle ülke ekonomisine katkı sağlaması şeklindedir.

Çalışma sonucunda ülkemizdeki özel hastanelerin başlıca sorunları olarak yeni özel hastane açılmasının Sağlık Bakanlığı tarafından ön izne tabi tutulması, hastane denetimlerinin çok sık yapılarak aşırı kuralcı bir politika izlenmesi, hastanelerin kurulum aşamasında belirtilen kuralların aşırı detaylı olması, finansal destek yoksunluğu ve finans kaynaklarının sınırlandırmaya tabi tutulması, SUT fiyatlarının uzun yıllar artış göstermemiş olması gibi önemli sorunlar belirlenmiştir. Bunların yanı sıra nitelikli insan kaynağı bulunamaması ve personel devir hızının yüksek olması, hekim kadrolarında sınırlandırma yapılmış olması, pazarlama ve reklam alanında ciddi kuralların varlığı, günümüzde kamu hastanelerinin gelişmişliği karşısında ortaya çıkan rekabet güçlüğü ve yine son dönemlerde ortaya çıkan hekimlere şiddet uygulanması önemli sorunlardır. Bu sonuçlar literatürdeki bazı çalışmalarla örtüşmektedir. Selvi, (2014)’ye göre de özel hastaneler bazı dönemlerde finansal sıkıntıya girmekte, nitelikli sağlık personeli ve yetişmiş idari personel bulmakta zorluklar yaşamaktadır. Kerman ve diğerleri (2011) özel hastanelerde profesyonel yönetici bulabilme, finansman bulma, yasal altyapı ve bu sürece katılım konularında ciddi sıkıntılar yaşandığından söz etmektedir. Yerebakan (2000) ise özel hastanelerin kurulum aşamasında proje ruhsatlandırma ve mevzuat ile ilgili sorunlar yaşandığından, işletme aşamasında yetki ve sorumluluk karmaşıklığı, personel sirkülasyonu, ilaç ve tıbbi cihaz fiyatları ile KDV’nin yüksek olması, rekabet güçlüğü gibi problemlerin yaşandığından söz etmektedir.

Ülkemizdeki özel hastanelerin gelişmiş ülkelerle kıyas edildiği bulgulara göre Türkiye’deki sağlık sistemi kullanım sınırlandırması olmaması, ulaşımı kolaylığı ve çok daha ucuz olması yönleriyle daha iyidir. Sağlık personelinin nitelik açısından karşılaştırıldığı durumda ise yine Türkiye’deki sağlık personelinin daha yetenekli ve bilgili olduğu ve ayrıca hastaya yaklaşım konusunda daha samimi davrandığı ortaya çıkmıştır. Tıp teknolojileri

yönüyle karşılaştırıldığında yine Türkiye'nin gelişmiş ülkelerin gerisinde olmadığı belirlenmiştir.

Özel hastane işletmelerinin geleceği konusunda belirtilen fikirler farklılık göstermektedir. Bu açıdan bir grup katılımcıya göre özel hastaneler bundan sonra, sürekli kendini yenileyen ve geliştiren kamu hastaneleri karşısında, ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle, rekabet edemeyerek gerileme gösterecektir. Diğer bir grup katılımcıya göre ise özel hastaneler sıradan hizmetlerden ziyade sağlıkta farklı uygulamaların yapıldığı yenilikçi bakış açısına sahip olurlarsa ayakta kalabileceklerdir. Öte yandan özel hastanelerin gelişmesi ve ilerlemesi için sunulan öneriler arasında, özel hastanelerin tüm branşları içinde bulundurabilecek derecede büyümesi ve yenilenmesi, bakanlığın belirlemiş olduğu hekim kadrolarındaki sınırlandırmaların kaldırılması, pazarlama ve reklam kısıtlamalarının kaldırılması ya da yeniden düzenlenmesi, SUT fiyatlarının artırılması ve özel hastanelerin devlet tarafından desteklenmesi, hasta memnuniyetine özen gösterilmesi, hastane yöneticisinin yönetim konusuna hakim olması, hastanelerin tedavi etmiş olduğu hastaları takip ederek nüks ya da şifa şeklinde çıktı değerlendirmesi yapması gerektiği yer almaktadır.

Özel hastaneler için müşteri memnuniyeti ön planda tutulması gereken önemli etkenlerden biridir. Hastane çalışanları bu açıdan hasta hakları, fark ücretleri, hastalarla olan iletişim gibi konularda hassas davranabilirler. Özel sağlık işletmeleri için hastaların ağızdan ağıza yaptığı reklam oldukça etkili olabilmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında değerlendirilmiştir. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü olarak önemli bir yere sahiptir (Kılınç 2005). Hasta memnuniyetinin düzenli aralıklarla ve bilimsel yöntemlerle ölçülmesi ve sonuçların dikkate alınması, hastanenin kendisine başarılı bir yol izlemesi için gösterge haline gelebilir (Yerebakan 2000).

Hastane yöneticiliğinin bir meslek olarak kabul edilmesi ve bu alana özgü uzmanlık eğitim olanakları sağlanması ile profesyonel hastane yöneticisi eksikliğinin giderilebileceği düşünülmektedir. Kontrol, değerlendirme ve denetim elemanlarının hastane işletmeciliği alanında uzman denetçilerden olması, hastanenin aksaklıklarını fark ederek nasıl düzeltilebileceği konusunda yol gösterici bir nitelik kazanabilir. Personel devir hızının düşük tutularak, personele kurumsal bir kimlik kazandırılması işletmenin sürekliliği için yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Kurumsallaşma; kuruluşların faaliyet gösterdikleri çevreleriyle (örgütsel çevre/örgütsel alan) olan uyum sürecini ve bu kuruluşlarda zamanla oluşan bir ilerlemeyi açıklamaktadır (Selznick 1996). Pazarlama alanındaki devlet kısıtlamalarının esnetilmesinden ziyade özel hastaneler, pazarlama faaliyetlerini, sunulan hizmetlerin türleri, konforu, kaliteli fiziksel ortam, hizmet sunan personelin niteliği ve niceliği gibi konularda, hizmet alıcı olan hastanın karar vermesini kolaylaştırmak amacıyla etkili bir yol olarak kullanabilirler.

Özel hastanelerin birer sağlık hizmet sunum organizasyonları olduğu bir gerçektir. Ancak aynı zamanda birer ticari işletmeler olduğu da yadsınamaz. Pazarlama faaliyetlerine daha fazla önem verilerek ve Türkiye'nin diğer ülkelerden farklı (sıcak su kaynakları, özel yaşlı bakım hizmetleri vb.) sağlık hizmetleri ön plana çıkartılarak sağlık turizminden daha fazla getiri elde edilebileceği düşünülmektedir. Çalışma içerisinde özel hastaneler yönetmeliği ile ilgili mevzuat sorunları sıkça vurgulanmıştır. Hastanelerin ruhsatlandırılmasındaki prosedürün fazla vakit alması hastanelerin hizmete açılmasını geciktirmektedir. Bu konuda denetim mekanizmalarının gereken görevi yapmaları ancak, bürokrasi azaltılarak ruhsatlandırma işlemleri hızlandırılabilir (Yerebakan 2000). Yine mevzuat ile ilgili sorunların azaltılabilmesi için özel hastaneler yönetmeliğinin şekilci bakış açısından ziyade



tıbbi başarıya odaklı bir hale dönüştürülmesi ve kamu hastaneleri ile özel hastaneler arasında ayrımları ortadan kaldıran daha eşitlikçi bir mevzuat getirilmesi öngörülür (Temel 2003).

#### KAYNAKLAR

1. Büyüköztürk Ş., Çakmak E. K., Akgün Ö. E., Karadeniz Ş. ve Demirel F. (2014) **Bilimsel Araştırma Yöntemleri** Pegem Akademi, Ankara.
2. Çelebi K. ve Cura S. (2013) Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. **Maliye Dergisi** 164, 47-67.
3. Çepni S. (2007) **Araştırma ve Proje Çalışmalarına Giriş** Celepler Publications, Trabzon.
4. Creswell J. W. (2013) **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. Sage Publications, USA.
5. Kerman U., Demirgil H., Altan Y. ve Büyüksavaş A. (2011) Özel Hastanelerin Yönetimsel Sorunları Üzerine Bir Araştırma: Antalya ve Isparta Örneği. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 16(1): 93-108.
6. Kılınç C. Ç. (2005) Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Üzerine Bir Araştırma. **Review of Social** 9(10): 309-332.
7. KİSM (2016) **Özel Hastaneler**. Konya İl Sağlık Müdürlüğü. <http://www.konyasm.gov.tr/icerik/detay/645> (Erişim Tarihi: 02.08.2016)
8. Özdemir M. (2010) Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 11(1): 59-71.
9. Öztürk Z. ve Karakaş E. T. (2015) Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 1(2): 39-60.
10. Pala K. (2007) **Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?** <https://www.researchgate.net/publication/280230044> (Erişim Tarihi: 29.07.2016)
11. Patton M. Q. (1987) **How To Use Qualitative Methods In Evaluation** SAGE Publications, London.
12. Punch K. F. (2005) **Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar** Siyasal Kitabevi, Ankara.
13. Resmi Gazete (1933) **Hususi Hastaneler Kanunu** [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=39&itemid=28](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=39&itemid=28).
14. Sağlık Bakanlığı (2016) **Dünya Sağlık Sistemleri** <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>. (Erişim Tarihi: 03.08.2016).

15. SAGM (2016) **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015**. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
16. Selvi M. S. (2014) Özel Hastanelerde İşletmecilik Sorunları: Tekirdağ/Süleymanpaşa Merkez İlçesinde Bir Örnek Olay İncelemesi. **Sosyal Bilimler Metinleri** 3(1): 1-30.
17. Selznick P. (1996) Institutionalism "Old" and "New". **Administrative Science Quarterly** 41(2): 270-277.
18. Straus A. and Corbin J. (1990) **Basics Of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures And Techniques: Newbury Park**, SAGE Publications, London.
19. Temel T. (2003) **Özel Hastaneler Sektör Profili**. İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
20. Tengilimoğlu D. Işık O. ve Akbolat M. (2012) **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
21. THSK (2000) **Dünya Sağlık Sistemleri**. Sağlık Tesisleri İşletmesi Dairesi Başkanlığı: Sağlık Bakanlığı, <http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html>.
22. Yerebakan M. (2000) **Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri**. İstanbul Ticaret Odası, İstanbul.
23. Yıldırım A. ve Şimşek H. (2013) **Nitel Araştırma Yöntemleri**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Akman Dömbekçi, H., Yılmaz, F.Ö. & Özata, M. (2018). *Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 675-697.



# The Factors Affecting Minorities' Satisfaction of Health Care Service Utilizing Fuzzy Rule Based Systems

Mehmet Özer DEMİR\*  
Murat Alper BAŞARAN\*\*

## ABSTRACT

The aim of the study is to determine factors in health communication, when minorities are serviced in a language different from their mother tongue. Health care service satisfaction when doctor and patient speaking the common language or the mother tongue is an important area of investigation. On the other hand, when either of them speaking different languages, namely, generally patients in the minority position speaking a language different from the one doctor speaks, health communication becomes cumbersome for both sides resulting in low level of health care service satisfaction leading to ultimately wide range of complaints from minority patients. How attributes playing roles on health care service satisfaction in minority patients by modeling the relationship is conducted. Therefore, single attributes and interrelated ones are determined. The data is collected using a questionnaire form based on stratified sampling method, 387 participants are included in the analysis. Questionnaires were distributed among minorities living in Vienna area. The factors that are impact on health care service satisfaction are extracted by factor analysis. Questionnaire data collected as verbal statements representing the subjective evaluations of participants transformed into mathematical functions using fuzzy set theory enables to model attributes affecting health care service satisfaction using fuzzy logic called fuzzy rule based systems. Modeling tool called Fuzzy Rule Based Systems is a mathematical model in order to explain which single factors and/or interrelated ones having impact on health care service satisfaction are determined by employing fuzzy set theory and fuzzy logic, which are the components of the mentioned mathematical model. The findings suggest that the first expectation by minority patients from doctors is to respect to their cultural differences. If it is met at the first glance, then health care service satisfaction tends to increase with the positive effects of other attributes. If not, health care service satisfaction stays at lower with no other attributes playing major roles. According to the findings of the study, other attributes or interrelated ones play significant roles on the health care service satisfaction when they are singly evaluated, which lead to comprehend not only single attributes but also interrelated ones by minorities.

**Keywords:** Health care service satisfaction, health communication, fuzzy rule base systems, minorities, fuzzy set theory

## Azınlıkların Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörlerin Bulanık Kural Tabanlı Sistem ile Modellenmesi

### ÖZ

Çalışmanın amacı, azınlıkların anadillerinin dışında diğer bir dilde sağlık hizmeti almaları durumunda karşılaştıkları sağlık iletişimi sorunlarının tespitidir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet hem doktor hem de hastanın ortak dili veya anadili konuştukları durumda önemli bir araştırma alanıdır. Hastanın azınlık olması durumunda, yani, doktorun konuştuğu dilden farklı bir dil konuşuyor olması durumunda, sağlık iletişimi istenilen düzeyde olmadığından hasta şikâyeti artmakta ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet olumsuz yönde etkilenmektedir. Azınlıkların sağlık hizmetlerinden

\*Alanya Alaaddin Keykubat University, Faculty of Engineering, Department of Management Engineering, mehmet.demir@alanya.edu.tr

\*\*Alanya Alaaddin Keykubat University, Faculty of Engineering, Department of Management Engineering, muratalper@yahoo.com

*memnuniyetini etkileyen faktörlerin neler olduğu ve nasıl bir etkiye ve etkileşimlere sahip oldukları önemli bir araştırma konusudur. Çalışmada tabakalı örnekleme yöntemi ile Viyana'daki göçmen nüfus ile orantılı olacak şekilde örnekleme gözlemler alınmıştır. Veri toplama aracı olarak çoktan seçmeli anket formu kullanılmıştır, toplamda 387 katılımcı çalışmada yer almıştır. Bu çalışmada, anketin gerçekleştirildiği Viyana bölgesindeki azınlıklardan değerlendirmeleri toplanmış ve faktör analizi yapılarak faktörler belirlenmiştir. Bu değerlendirmeler özeldir ve içinde belirsizlik bulunmaktadır. Bu tür belirsizlik istatistiksel veri analizi ve modellemesinde karşılaşılan ve olasılık teorisi ile ölçülen belirsizlikten farklıdır. Bu tür belirsizliğin ölçülmesi ve modellenmesi için yazında yer alan Bulanık Küme Teorisi ve Bulanık Kural Temelli Modelleme kullanılacaktır. Bu model ile sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyen tekil faktörler ve etkileşimli faktörler belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, en çarpıcı bulgu azınlıkların kültürel farklılıklara saygı gösterilmesini beklemesidir. Eğer bu ilk başta sağlanırsa, diğer faktörlerin etkisi artırıcı yönde etki ederek, azınlıkların sağlık hizmetlerinden memnuniyetinde hızla yukarı yönde etkiye sebep olduğu bulunmuştur. Eğer bu durum ilk başta sağlanamazsa veya düşük düzeyde görülürse, diğer faktörlerin etkisi de sınırlı kaldığı araştırma sonucunda bulunmuştur.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmetlerinden memnuniyet, sağlık iletişimi, bulanık kural temelli modelleme, azınlıklar, bulanık küme teorisi

## I. INTRODUCTION

The ultimate objective of health care service is to improve the patient's health and medical care, improving life quality of the patients. Success in doctor-patient communication is the most critical factor that it is the kick-start of all the health care services. Miscommunication that may occur between doctor and patient can result in outcomes that seriously jeopardize efforts in maintaining and improving patients' life quality and even saving patients' lives. Improved communication in health care is today an objective to strive for. Health communication is a precondition for appropriate care and treatment in health care.

In the health care communication setting, doctors as well as patients have to communicate with a variety of parties. Health communication literature generally includes the doctor-patient relationship, diagnoses, explaining risk, and providing education and information about health conditions (Roter, Hall 2006). It is a known fact that an effective communication between doctors and their patients is essential to successful diagnosis, treatments and the improved health care service satisfaction by patients.

This paper addresses the doctor-patient communication, ignoring all other parties supporting health care services. Determining the role of attributes and the effects of them on Health Care Service Satisfaction is investigated for minorities.

Doctors are the prominent health care provider communicating with the patient, followed by the nurses, nursing assistants, and medical secretaries (Nørgaard et al. 2012). From a doctor's point of view communicating with the patients is dependent on knowing enough about their health condition related to their illness. However, from a patient's point of view communication with the doctor is an emotional state. Doctor talks about the benefits, costs, and risks of different medications, but patients just want to hear he/she will be okay after the treatment.

Although doctors tend to blame patients and patients tend to blame doctors, due to some important issues such as poor literacy and language skills of the patients, patients' limited ability to comprehend numeric information, many doctor-patient discussions occur within less than 15 minutes causing high emotional levels for both parties. The lack of training and skills on health communication issues between doctors and patients for effective problem

solving are main reasons for poor doctor-patient communication (Gregory et al. 2011). In doctor-patient communication, power and decision-making responsibility are not shared. They rest on the shoulders of the doctors; leading doctors tend to limit their communication with patients because of the presumed leading role of doctors in decision-making. The patient quickly accepts a recessive role. Then patients may feel that it is inappropriate for them to participate in the consultation.

It is obvious that a patient in pain may have communication problems with the doctor, but for an immigrant, he is not only acutely ill, but also he is trying to communicate in an unfamiliar environment with health care providers who may not know how to communicate with them. Consequently, minorities are at the risk of discrimination in health care services setting causing to receive suboptimal healthcare, which results in poorer long-term health outcomes. Researchers found significant differences in the quality of doctor-patient communication among minorities and local patients because doctors were more verbally dominant and tended to be less patient centered in their approach with minorities (Blendon et al. 1995; Johnson et al. 2004). Minority patients, especially those not proficient with host country language, are less likely to engender empathic responses from doctors, less likely to establish rapport with doctors, less likely to receive sufficient information, and less likely to be encouraged to participate in medical decision making, all been linked to patient satisfaction (Ferguson, Candib 2002).

Good doctor patient communication has been shown to have a positive impact on a number of health outcomes. Some beneficiary results are reduction in emotional distress in patients, better emotional and physical health, higher symptom resolution, and better control of chronic diseases that included better blood pressure, blood glucose and pain control, the degree of patient-centered communication was associated with less discomfort, less concern and better mental health in patients. Effective doctor patient communication is shown to be highly correlated with patient satisfaction with health care services (Greenfield et al.1985, 1988; Stewart 1995; Rosenberg et al. 1997; Henrdon, Pollick 2002; Roter et al. 2002; Maguire, Pitceathly 2002; Wong, Lee 2006).

Health communication is an unexceptional problem as the doctors speak a more scientific language called Latin. That is an inappropriate common communication medium. The literature researching how healthcare providers and people in general should communicate is important. Moreover, the health communication literature includes communicating with the elders, patients with poor literacy, and people admitted into acute hospitals that have a different language and/or cultural background from their healthcare providers (Arthur 1995; Plunkett, Quine 1996; Park, Song 2005; Ishikawa, Kiuchi 2010).

Language preference is significantly associated with how minorities perceive their healthcare providers' communication and facilitation of patient autonomy in making healthcare decisions. Host country language speaking responders are reported that their healthcare provider "always" listens to them carefully, explaining things so that they understand, spend enough time with them, ask them to help make healthcare decisions, and show respect for treatment (Wallace et al. 2009). However, when it comes complicated issues dealing with culture, doctors' initial conversation for gathering basic information related to the patient history becomes insufficient.

Health care system has a "culture". Culture can be defined as sets or systems of historical, learned, and/or human-made beliefs, values, behaviors, and norms (Hofstede 2001). The values, behaviors, and norms that constitute medical culture are evident in traditions that are passed through generations of medical education and training. In fact, medicine adheres to strong tradition and hierarchy. Examples of medical culture include language (extensive

abbreviations and acronyms), clothing (white coats and scrubs), and norms of behavior (adherence to hierarchical structure and demonstrations of respect as suggested in the Hippocratic Oath) (Kirschbaum 2012). Even for a local patient, communication with the doctor is a challenge, as doctor-patient communication is a clash/encounter of two different cultures, immigrants may face more serious problems in health care services as individualistic values and practices are involved in health communication. However, few researchers investigated the doctor-patient relationship that addresses the influence of cultural difference between doctors and patients in health communication setting (Ferguson, Candib 2002). Thus, the study aims at filling the gap in the health communication literature by researching factors affecting doctor-patient communication within minority point of view. The data collected from 387 participants are analyzed using Fuzzy Rule Based Systems.

The organization of the paper is as follows: In Section 2, the data is presented and its preparation for further analysis is explained under the title of Methodology. Section 3 covers what Fuzzy Logic and Fuzzy Rule Based Systems (FRBS) with fundamental notions and definitions mean and how they are implemented in the light of our data set giving some step by step illustrative information under the title of Introduction to Fuzzy set and fuzzy logic. The Section 4 is for Results and the final section finishes with discussion.

## **II. METHODOLOGY**

The study aims to research factors having effect on minority's healthcare service satisfaction using Fuzzy Rule Based System (FRBS). The first phase of the study, descriptive statistics and explanatory factor analysis is used for further analysis, which is called FRBS. The field study is performed in Vienna, inhabiting nearly 500.000 minorities in a 1.700.000 total population (Statistik Austria, 2011). Although, Vienna is a metropolitan area where minorities live all over the world, the study focuses on minorities mainly from Germany, the Balkans and Turkey. Those people account for the 2/3 of the total minorities in Vienna. The minority distinction is made based on the definition of Monitoring Integration Wien research. The questionnaire items are adopted from the Migrant-Friendliness Questionnaire (MFQ) and Migrant Friendliness Quality Questionnaire (MFQQ). After items are discussed and consensus on them are reached by a group of researchers consisting of two doctorate students and two academicians, they are translated to the languages of German, Serbian, Croatian, Bosnian, Macedonian and Turkish that account for % 12,13, %29,81, %2,27, %9,97, %2,69 and %19,43 of the minority population living in Vienna respectively. Questionnaire consists of 49 items where 32 of them are designed as Likert type, 15 of them are demographic and 2 of them are open end items. Pre-test is performed to 51 participants to define possible problems. This type data collecting is called convince sampling, which is one of the non-probability sampling method. Pre-test questionnaire is tested for validity and reliability, and correlation analysis is performed, and miss-understood items are removed. 29 Likert type questions and 14 demographic ones remain after elimination. In order to proportionally represent each minority group in our sampling, Multinomial scheme is employed resulting in a total number of 387 participants taking part in the study. Questionnaires are distributed through non-governmental organizations.

Exploratory factor analysis with principal component method and varimax rotation is performed. Factor Analysis (FA) is run in order to determine how many hypothetical dimensions can be obtained from the responses. Likert-type scores between 1 through 5 assigned to verbal answers of questions by respondents are used. Items consisting of questionnaire are grouped under the hypothetical dimensions after running FA. Those grouped items composing each hypothetical dimension is titled and abbreviated such as Doctor-Patient Communication (DPC), Language Problem (LP), Minority Status (MS), Cultural Differences (CD) and Health Care Service Satisfaction (HSS). Those variables are

the ones that will be used in FRBS. The first four of them are selected as input variables and the last one is output variable.

### III. INTRODUCTION TO FUZZY SET AND FUZZY LOGIC

Uncertainty has many aspects in data analysis and modeling. One of the aspects is probability theory where whole statistics theory almost depends on. However, when other types of uncertainties emerge in data structures, traditional approaches produce unreliable results. Fuzzy Set Theory (FST) introduced by Zadeh in mid-60's has dealt with uncertainty inherited in natural languages which is called imprecision in terms of uncertainty terminology (Zadeh; 1975a, 1975b, 1975c). Engineering fields and mathematics are the first disciplines employing fuzzy set theory (FST) based implementations. However, disciplines in social science have not paid attention to FST even though the data they deal with is very suitable.

In this section, a wide coverage from fuzzy set and fuzzy logic to implementation of them is presented in order to provide informative and comprehensive content. Throughout this section the fundamental notions, concepts and definitions are taken from the reference books (Dubois, Prade 1980; Nguyen, Walker 1998). We begin with an example which will be the starting point towards the explanation of fuzzy set theory. for example, the term "rich" is understandable for almost anyone. Also it is true for other terms such as "poor", "hot", "big" and so on. Actually when they are closely examined in terms of the values assigned to them by persons, the way they are understood is completely different. This difference cannot be seen in daily life usage when persons use them. However, when persons are asked to assign values to those terms, the difference in perception can be easily observed. While \$40000 annual income is a certain amount for a person to be rich, \$80000 annual income might be a partially enough amount for a person to declare himself as a rich. Actually "rich" is a set whose elements are numbers assigned by persons in terms of perception about how much money representing of being rich. Also the left and right boundaries of this set are not sharp since we cannot determine what is either the least value or the biggest value of this set. The values on the bigger side on the boundaries of this set might be an element of another set called "very rich". This imprecision brings a new important notion called membership degree which is characterized as a measure of belonging to the set. Before continuing with formal definitions, an example provided by Zadeh is presented here in order to give illustration (Zadeh 1965).

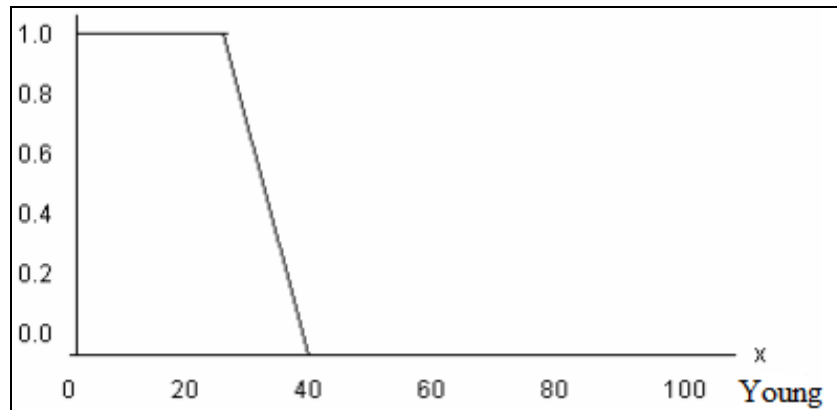
For example, the term "young" is concern. How can anyone assign a value to this linguistic variable? Its answers change from person to person. Therefore, uncertainty stemming from natural language is obvious. In order to manipulate this linguistic term, a mathematical function is needed for representation of it. Therefore, a function is given for a term "young" by Zadeh as follows:

$$\mu_{Young} = \begin{cases} 1, & \text{if } x \leq 25 \\ \frac{1}{1 + (\frac{x-5}{25})^2}, & \text{if } x > 25 \end{cases}$$

(1)

Its graph is displayed below





**Figure 1. Membership Degrees**

A criticism can be directed to the subjectively chosen function for the linguistic variable “young”. However, the subjectivity can be easily overcome by collecting as many opinions as possible to reach consensus on the term “young”. Therefore, more representative function can be generated based on consensus. In general, this consensus is achieved by expert knowledge. In this example, “age” is a linguistic variable whose value is “young” which is represented by a membership function given above. Another criticism can be directed to the linguistic variable “age” which is supposed to be numerical variable. Despite of the fact that age is a numerical variable, its usage as a categorical variable in statistics is possible. Hence, any variable can be transformed into linguistic variable by choosing suitable membership functions representing it. All definitions regarding the development of FRBS including fuzzy set, binary logic, and fuzzy logic are provided below. The references related to this subsection are taken from (Dubois, Prade 1980; Nguyen, Walker 2000)

**Definition 1** Fuzzy set A is a class of elements having membership grades characterized by a membership function assigning each object a grade of membership degree changing between 0 and 1.

**Definition 2** A fuzzy set is a function defined by membership function from the universal set U into closed interval [0,1] defined by

$$\mu_A(u): U \rightarrow [0,1]$$

Where U is the set on which the linguistic term A is defined and u is the generic element of set U

In real life applications, instead of using theoretically defined set U, real number set R is more appropriate to be used. For example, when the term “rich” is concerned, it is quite clear that the set has elements taking values from positive values of R. Then a more applicable definition is given below.

**Definition 3** A fuzzy set is a function characterized by membership function from R into closed interval [0, 1] defined by

$$\mu_A(x): R \rightarrow [0,1]$$

Where R is the set on which the linguistic term A is defined and x is the generic element of R.

When a fuzzy set A is defined on real numbers R, it is called a fuzzy quantity.

Definition 4 A fuzzy quantity is a fuzzy set defined on real numbers is a function from R into closed interval [0,1] denoted by

$$\mu_A(x):R \rightarrow [0,1]$$

Definition 5 Set operators defined on classic sets such as intersection, union and negation can be extended to fuzzy sets as follows

$$\begin{aligned} (\mu_A \vee \mu_B)(x) &= \max\{\mu_A(x), \mu_B(x)\} \\ (\mu_A \wedge \mu_B)(x) &= \min\{\mu_A(x), \mu_B(x)\} \\ \mu'_A(x) &= 1 - \mu_A(x) \end{aligned}$$

Definition 6  $\alpha$ -cut of a fuzzy set A is a set defined as follows:

$$A_\alpha = \{x \in X, \mu_A(x) \geq \alpha\}$$

where the set  $A_\alpha$  contains element with membership degrees greater than  $\alpha$  in [0, 1]

Definition 7 A fuzzy number is a fuzzy quantity satisfying following conditions

1.  $\mu_A(x) = 1$  for exactly one x
2.  $\{x: \mu_A(x) > 0\}$
3. The  $\alpha$ -cuts of A is closed intervals.

Definition 8 Fuzzy number M is a fuzzy set defined on the set of real numbers R characterized by means of a membership function by  $\mu_M(x):R \rightarrow [0,1]$ . Its open form is given as follows:

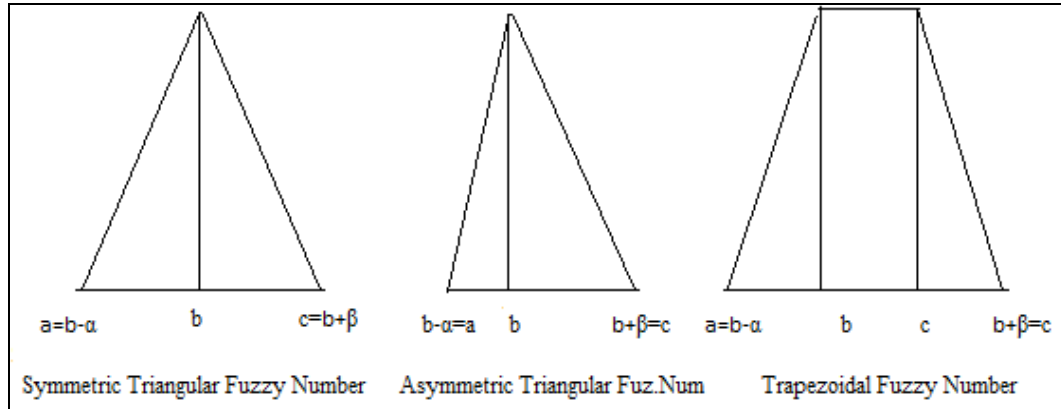
$$\mu_M(x) = \begin{cases} 0 & \text{for } x \leq a \\ f(x) & \text{for } a \leq x \leq c \\ 1 & \text{for } c \leq x \leq d \\ g(x) & \text{for } d \leq x \leq e \\ 0 & \text{for } x \geq b \end{cases}$$

Definition 9 Fuzzy number A is called LR (left and right) type fuzzy number if its membership function is defined by

$$\mu_A = \begin{cases} 1 & \text{for } x \in [\underline{a}, \bar{a}] \\ L\left(\frac{\underline{a}-x}{\alpha}\right) & \text{for } x \leq \underline{a} \\ R\left(\frac{x-\bar{a}}{\beta}\right) & \text{for } x \geq \bar{a} \end{cases}$$

Where L and R are continuous non-increasing functions on  $[0, \infty)$  and the parameters of  $\alpha$  and  $\beta$  are spread values which are positive numbers. Generally, L and R are called the shape functions. Fuzzy number A can be denoted easily by  $A = (a, \alpha, \beta)$  in the parametric form where “a” is center value, “ $\alpha$ ” is the left spread and “ $\beta$ ” is the right spread value respectively.

Various types of fuzzy numbers are available in the literature depending upon the nature of problems encountered in several disciplines. However, three of them called symmetric triangular fuzzy numbers, asymmetric triangular fuzzy numbers and trapezoidal fuzzy number are the ones that are mostly used in various disciplines. The shapes of both symmetric and asymmetric triangular fuzzy numbers and trapezoidal fuzzy number are depicted below.



**Figure 2. Special Fuzzy Numbers**

A question arises about what they mean and how they are used in applications especially in FRBS. When a linguistic term is at hand, a membership function is necessary. Fuzzy numbers are special membership functions satisfying some useful properties suited for applications in several disciplines. They can be written either in functional or parametric form. When they are written in parametric form, it is denoted by STF = (b, α, β) where “b” is the center value, “α” is the left spread value, “β” is the right spread value. STF stands for symmetric triangular fuzzy number. Knowing that α and β are spread values, it is easy to determine the end points of STF by doing calculations, b-α, for left side and, b+β, for right side respectively. Also, parametric form can be translated into functional form defined by

$$STF = \begin{cases} \left(\frac{x-a}{\alpha}\right), & a < x < b \\ 1, & x = b \\ \left(\frac{c-x}{\beta}\right), & b < x < c \end{cases} \tag{2}$$

In FRBS applications using Mat Lab 7.9 software, parametric form is only the one that can be used due to feature of the software.

Up to this point, a concise coverage of fuzzy set theory is given. All these concepts previously given will be the building blocks of Fuzzy Rule Based Systems.

Before getting started with Fuzzy Logic, we need to mention the background of the fundamental notion of it that is called Binary Logic. Binary logic is a special case of fuzzy logic by categorizing elements into two different situations coded as either 0 or 1 where 0 represents not being the member of the set and 1 represents being the member of the set. Therefore, it does not take into account the elements having partial membership degrees. Its corresponding mathematical function is called the characteristic function or indicator function, which is also the special case of membership function, defined as follows:

$$\chi_A(x) = \begin{cases} 1, & \text{if } x \in A \\ 0, & \text{if } x \notin A \end{cases} \quad (3)$$

On the other hand, fuzzy logic, which is a multi-valued logic, is the extension of binary logic. Therefore, it is suitable to represent elements having partial membership degrees. Its corresponding function is called membership function whose definition is previously given.

In statistics, fuzzy logic benefiting from fuzzy sets is used to use either fuzzy data or fuzzified data in the representation and manipulation of imprecise information for the purpose of statistical inference in order to construct model between independent and dependent variables. Fuzzy Set Theory and Fuzzy Logic constituting of Fuzzy Rule Based Systems, which is a modeling method employed in wide range of disciplines ranging from engineering to social sciences field. Fuzzy Rule Based Systems contains a list of rules extracted from data representing relations between a set of independent variables and dependent variable written in the form of IF-THEN rules consisting of IF part called antecedent condition where input variables taking values and THEN part called consequent condition where output variable taking its value.

When Fuzzy Rule Based System is concern, the variables both in input and output are either linguistic variables or fuzzified variables of crisp ones taking real numbers are employed. The aim of constructing FRBS is to develop a model expressing relationship between independent variables and dependent variable. We herein are not able to give a covering literature review. However, we can mention some recent literature in various disciplines emphasizing specially in social science and health and medical literature. Some recent research articles from engineering can be found in (Ishibuchi et al. 1998; Huang et al. 2009; Smoczek, Szpytko 2014). Manuscripts adapting FRBS in the field of social science can be found in (Basaran et al. 2011; Ustundag et al. 2010; Coskun et al. 2014). Medical studies adapting this method evaluated human health and urban environment sanitation relationship (Canavesa et al. 2013), to determine cancer risk by applying fuzzy if-then rules for input concentrations of radium isotopes in produced water (Shakhawat et al. 2006), for medical diagnosis of cardiovascular diseases (Sanz et al. 2014) and to research doctor-patient health communication (Demir et al. 2016). It can be noticed that articles applying FRBS to health area or medical research are very few; on the other hand, recent years are witnessing the growing attention to the subject.

One of the advantage of FRBS is that there is no prior knowledge available about the relationship structure between input and output but qualitative knowledge is available in the form of verbal statements. FRBS is a statistical/a mathematical model aiming at constructing the description of the system based on information by translating linguistic rules into mathematical expressions using fuzzy sets and fuzzy logic and defuzzifying the combined fuzzy output.

Definition 10 Consider a system where input data vector is denoted by  $x = (x_1, x_2, \dots, x_n) \in R^n$ , which is n dimensional vector, will generate  $y \in R$ . Suppose that the mathematical structure generally expressed in the form of  $y = f(x)$  is unknown. The behavior of the output with respect to input described as a collection of linguistic rules can be written as follows:

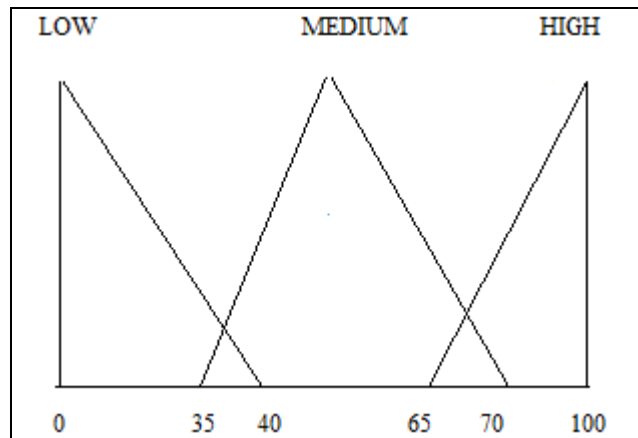
$$R_i: \text{IF } x_1 \text{ is } A_{1i}, x_2 \text{ is } A_{2i}, \dots, x_n \text{ is } A_{ni} \text{ THEN } y \text{ is } B_i, i=1,2,\dots,k$$

where  $A_i$ 's and  $B_i$ 's are fuzzy sets. Then the mathematical model is called FRBS.

The steps of implementation of FRBS, which is also called Mamdani type, can be summarized as follows:

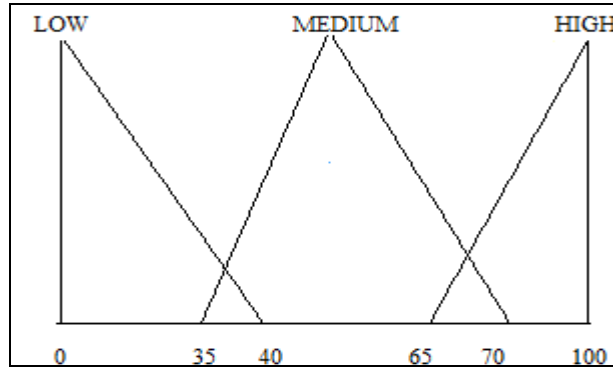
1. Fuzzification step: Transforming numerical values into linguistic values (If necessary).
2. Constructing IF-THEN rules using available data or past experiences.
3. Running model in order to reach inferences.
4. Defuzzifying: Transforming linguistic values into numerical ones (If necessary)

In order to illustrate what have been done, we exemplify each step using our original data. In FRBS, two types of data can be used. The first of which is original verbal data, for example, Linguistic Problem (LP) that is actually linguistic variable whose values are recorded with verbal statements such as “LOW”, “MEDIUM”, and “HIGH”. Since they are linguistic variables, fuzzy set theory is used to assign membership functions in order to represent them mathematically. The membership functions assigned to linguistic values are chosen as symmetric triangular functions which are depicted in Figure 3.



**Figure 3. Linguistic Values for Language Problem**

The intersection areas between them, for example, “LOW” and “MEDIUM” shows that the gradual transaction, which makes model more flexible, from one fuzzy set to another fuzzy set is taken into account. If one is comfortable with the language spoken, then he is assumed to have no language problem implying that he has “LOW” language problem. The scale of 0-100 is an ordinary measurement used in any kind of evaluation. If it is made in other scales different than 0-100, it makes no burden on modeling. Similar construction can be done for both other independent variables and dependent variable called Health Care Service Satisfaction (HSS) whose values are “LOW”, “MEDIUM” and “HIGH” using the scale between 0-100 depicted in Figure 4 below. The construction of other input variables follows the same procedure.



**Figure 4. Linguistic Values for Healthcare Service Satisfaction Variable**

Table 1 describes linguistic values and their membership functions given in terms of symmetric triangular fuzzy numbers. Those fuzzy numbers can be assigned in two different ways. While the first way of assigning them can be based upon expert knowledge, the second way is based upon collecting data from participants and then average values can be computed and used in the end.

**Table 1. Fuzzy linguistic variables and numerical values of their membership functions**

Input Variables				Output Variable
DPC	LP	MS	CD	HSS
L=(0,0,40)	L=(0,0,40)	L=(0,0,40)	L=(0,0,40)	L=(0,0,40)
M=(35,55,70)	M=(35,55,70)	M=(35,55,70)	M=(35,55,70)	M=(35,55,70)
H=(65,100,100)	H=(65,100,100)	H=(65,100,100)	H=(65,100,100)	H=(65,100,100)

**Legend:** DPC = Doctor-Patient Communication, LP = Language Problem, MS = Minority Status, CD = Cultural Differences, HSS = Healthcare Service Satisfaction, L = LOW, M = MEDIUM, H = HIGH

Table 1 denotes the membership functions written in the form of symmetric triangular fuzzy numbers that will be used in FRBS. It is noted that each value of linguistic variable should correspond to a membership function which is written in the parametric form so that FRBS employs them. Instead of writing mathematical function, the parametric form consisting of numerical values, for example, “MEDIUM” = (35, 55, 70) is written since MatLab accepts fuzzy numbers written in parametric form. The membership function for “MEDIUM” can also be defined in functional form by

$$\mu_{\text{MEDIUM}} = \begin{cases} \left(\frac{x-35}{20}\right), & 35 \leq x < 55 \\ 1, & x = 55 \\ \left(\frac{70-x}{15}\right), & 55 < x \leq 70 \end{cases} \quad (4)$$

After manipulating and organizing variables based on fuzzy set theory and fuzzy logic, data is ready to be expressed in the form of rules. for example, one of the responses is recorded as follows:

Doctor-Patient Communication (DPC) = “LOW”, Language Problem (LP) = “MEDIUM”, Minority Status (MS) = “LOW”, Cultural Differences (CD) = “MEDIUM” and dependent variable, namely, Health Care Service Satisfaction (HSS) = “MEDIUM”

We transform those linguistic values into the datum which is expressed in terms of Fuzzy IF-THEN statement that eventually becomes rule in FRBS as follows:

***IF DPC is LOW and LP is MEDIUM and MS is LOW and CD is MEDIUM  
THEN HSS is MEDIUM***

Actually, MatLab does not accept the rule given above as it is. It needs to be written in the form of membership functions as follows:

***IF DPC is (0,0,40) and LP is (35,55,70) and MS is (0,0,40) and CD is (35,55,70)  
THEN HSS is (35,55,70)***

Then the rule given above is an actual rule that will be crunched by FRBS. After writing all rules in MatLab, FRBS is run. Then for specific values of input linguistic variables chosen by researcher, the output (HSS) can be observed. The last step of FRBS is called defuzzification procedure that maps membership function into crisp (real number) if necessary. The exemplified rule given above produces crisp value of 60 after defuzzification procedure is run. The usage of crisp values in science field such as engineering and mathematics can be more informative due to need to understand the system in terms of numerical values. Also, it is possible to use linguistic values as an output.

Some other technical manipulations regarding the modeling procedure is explained using our problem. Original verbal data are collected using 5 point likert-scale consisting of “Very Poor”, “Poor”, “Neutral”, “Good”, and “Very Good”. Those answers are modified by augmenting “Very Poor” and “Poor” as “Low”, “Neutral” as “Medium” and “Good” and “Very Good” as High. By doing so, we have two merits. The first one is to decrease the number of rules since it is the case that each variable has 5 different linguistic values then the number of rules theoretically would be  $5^5=3125$  (having 5 linguistic variables and each linguistic variable having 5 values) which would be much greater than the number of participants. The second one is that “very poor” and “poor” can be thought of reflecting similar opinions. Therefore, augmenting them seems to be no problem at all. After regrouping, the system has to deal with  $3^5=243$  rules. However, some of them are redundant or contradictory rules that have to be removed from the total list. Since this method is a data-driven method each response provided by respondent in data set is considered as a rule. The total number of participants is 387. After checking them whether there are same rules, namely, repetitions among them, the number of rules decreases to 231 separate rules. Due to repetitions among rules, the weights are assigned to them depending on how many times they are repeated. Rules are run using Mat Lab 7.9.

## **IV. RESULTS**

### **4.1. Descriptive Statistics**

The results of descriptive statistics suggest that respondents are mostly women, at the working age, mainly from Germany, Balkans and Turkey, with high school graduation. Migrants inhabiting Vienna are not new comers, but minorities.

**Table 2. Descriptive statistics**

		<b>Percentages</b>
<b>Gender</b>	<b>Female</b>	59.7
	<b>Male</b>	40.3
<b>Age (Years)</b>	<b>18-25</b>	19.1
	<b>26-35</b>	27.9
	<b>36-45</b>	23.8
	<b>46-55</b>	18.9
	<b>56+</b>	10.3
<b>Time In Vienna (Years)</b>	<b>3-</b>	5.9
	<b>4-6</b>	10.1
	<b>7-10</b>	12.9
	<b>11-15</b>	12.7
	<b>16+</b>	58.1
	<b>Missing</b>	0.3
<b>Nationality</b>	<b>German</b>	15.8
	<b>Bosnia-Herzegovina</b>	13.2
	<b>Croatian</b>	3.4
	<b>Macedonian</b>	3.6
	<b>Serbian</b>	37.2
	<b>Turkish</b>	26.8
<b>Education Levels</b>	<b>Literate</b>	0.5
	<b>Primary Graduates</b>	15.2
	<b>Second Level Graduates</b>	22
	<b>High School</b>	42.6
	<b>Vocational High School</b>	1.8
	<b>Graduate and High Graduate</b>	12.7
	<b>Missing</b>	5.2

#### 4.2 Exploratory Factor Analysis

Factor analysis with varimax rotation using principle component analysis method is conducted to research the factor structure. Factor analysis results show a 7 factor solution that explain %65 of the variance extracted. Rotated factor solution reveals that Language Problem 1 and Language Problem 2 can be combined as Language problem since both consist of similar items. The similar situation is also seen for Cultural Differences 1 and Cultural Differences 2. Therefore, after aggregation of those similar components for Language factor and Cultural Differences factors, five factors are reached. Table 2 denotes the 7 factor solution results with factor loadings.



**Table 3. Exploratory Factor Analysis**

	DPC	MS	LP1	HSS	LP2	CD1	CD2
(DPC1)	0.723						
(DPC2)	0.688						
(DPC3)	0.676						
(DPC4)	0.672						
(DPC5)	0.664						
(DPC6)	0.615						
(DPC7)	0.540						
(MS1)		0.820					
(MS2)		0.720					
(MS3)		0.629					
(MS4)		0.563					
(LP1)			0.883				
(LP2)			0.861				
(LP3)			0.720				
(LP4)			0.618				
(HSS1)				0.617			
(HSS2)				0.559			
(HSS3)				0.555			
(HSS4)				0.554			
(HSS5)				0.516			
(LP5)					0.826		
(LP6)					0.698		
(LP7)					0.668		
(CD1)						0.784	
(CD2)						0.701	
(CD3)							0.845
(CD4)							0.733

**Legend:** DCP = Doctor-Patient Communication, MS = Minority Status, LP1 = Language Problem1, HSS = Health Care Service Satisfaction, LP2 = Language Problem2, CD1= Cultural Differences1, CD2 = Cultural Differences2.

## V. FINDINGS

Four independent variables, namely, Doctor-Patient Communication (DPC), Language Problem (LP), Minority Status (MS), Cultural Differences (CD) and dependent variable, namely, Health Care Service Satisfaction (HSS) are variables used in Fuzzy Rule Based Systems (FRBS) in order to investigate the relationship between independent variables and dependent variable.

Before discussing in detail what has been found, we can simply tell that when all independent variables are fixed at average level which means that "MEDUIM" = (35,55,70) is chosen, Health Care Service Satisfaction (HSS) takes the average value, which means that "MEDUIM" = (35,55,70) is observed and after defuzzification, the numerical value is 57 which can be interpreted that the overall perceived satisfaction level by patients is average showing no bias at all. When defuzzification is realized, the centroid of area is used.

Also, the contribution of each independent or of their interaction effect on dependent variable is observed. When the effect of each independent variable on Health Care Service Satisfaction (HSS) is investigated, either increase or decrease of each variable does not

directly affect HSS except the variable called Cultural Differences (CD). Therefore, the only significant variable explaining HSS is CD. When CD tends to increase, HSS increases or vice versa. On the other hand, other variables play roles in either increase or decrease of HSS when interaction of them is taken into account. When Cultural Differences (CD) is dealt by doctors at high level in the treatment, the interaction of other variables has positive effects on HSS. for example, if a patient is comfortable with the fluency of his German and with no concern of being minority, these lead to reach high levels of HSS. Nevertheless, opposite situation, that is poor level of German and being felt of minority, causes decrease in HSS. Similar situation can be seen with the variable called Doctor-Patient Communication (DPC). for example, When DPC is allowed to take part as an interaction term with other variables affecting the increase of HSS, the highest level of satisfaction by patients is observed. Therefore, “the best” and “the worst” cases can be defined as follows:

The worst case: IF DPC is average and MS is average and LP is average and CD is low, THEN HSS is low. When rule is translated into fuzzy numbers it written is as follows:

IF DPC is (35,55,70) and MS is (35,55,70) and LP is (35,55,70) and CD is (0,0,40)  
THEN HSS is (0, 0, 40)

After defuzzification, HSS=18.

The best case: IF DPC is high and MS is average and LP is low and CD is high, THEN HSS is high.

When rule is translated into fuzzy numbers it written is as follows:

IF DPC is (65, 100, 100) and MS is (35, 55, 70) and LP is (0, 0, 40) and CD is (65, 100,100) THEN HSS is (65, 100, 100).

After defuzzification, HSS=88.

As a result, the fundamental expectation in the evaluation of Health Care Service Satisfaction by minority patients is the respect to Cultural Difference (CD) shown by doctors. If it is met at the first glance, HSS tends to increase. If not, HSS is observed at low level. Other variables play key roles in the increment of HSS when minority status (MS) and language problem (LP) are being felt less. Then HSS tends to increase. The highest level of HSS is reached when Doctor-Patient Communication (DPC) tends to increase. On the other hand, when Minority Status (MS) and Language Problem (LP) are being felt heavily, HSS tends to decrease but it is not below average. Therefore, it can be said that their roles become significant with Cultural Differences being good taken care of. When Cultural Differences are taken care of by doctors in a way patients feel satisfied, interaction of other variables has directly positive effects on Health Care Service Satisfaction.

## **VI. DISCUSSION**

In the literature, the problems the minorities or different cultural groups encounter are the difficulty of establishing an effective and satisfying doctor-patient relationship, which has direct impact on health care service satisfaction. Major differences in doctor-patient communication are reported because of patients' ethnic backgrounds. The mixture of less affective doctors and less verbally expressed and recessive patients on decision of their treatment is the key attitudes causing complaints (Schouten, Meeuwesen 2006). Also, that the need to better serves minorities is a result of increasingly diverse societies expanding around the globe is called culturally sensitive health care (Shpilko 2006). In order to have

good communication with minority patients, respect and people-focused attitude are reported as a vital step which reduces patients' misunderstanding and uncertainty, improving management decisions and resulting in a more satisfied patient at the end (Booker 2005).

Also, the strength of this study is to depend upon findings revealing some relations in the evaluation of Health Care Service Satisfaction (HSS). Among minorities, Cultural Difference (CD) is the only variable that has direct impact on HSS. If it is believed to be met at the initiation of service by patient, other variables then take positive roles in better evaluation of HSS. Especially, Doctor-Patient Communication (DPC) is attributed as another important variable affecting HSS. DPC is seen more important than other variables. Therefore, what we find out can be translated into practice as follows: sequential approach should be taken towards minorities when HSS is concern. In the first phase, Cultural Differences should be good taken care of and respected by doctors before initiating medical treatment. In the second phase, Doctor-Patient Communication (DPC) is better established by avoiding issues already mentioned in the literature since it is key factor playing effective role on obtaining high level of Health Care Service Satisfaction.

The objective of this study is two-fold. One of which is to crunch data differently than do traditional approaches. By doing so, collected originally verbal data without loss information using fuzzy set theory and fuzzy logic capable of representing imprecision inherited in natural languages is directly used. The second one is to construct mathematical model called FRBS based on fuzzy set and fuzzy logic between input variables and output variables. By doing so, which inputs variables and/or interaction of input variables have effects on output variable can be observed.

Fuzzy set theory can be operationalized in healthcare service administration activities (Goh et al. 2018; Abdi 2018), to profile age, sex, medication records and disease to predict the possibility of a patient or some disease (Li et al. 2017; Sudha, Grijamma 2017), as a tool for the risk prioritization in surgical flow disruption effects. The occupational safety and health risks (Bas 2018), and for patient satisfaction (Wan, Alagar 2017). The medical and healthcare data contains a lot of rich information that needs to be analyzed. Fuzzy set theory is a part of big data analysis methods that offers opportunities for healthcare administration.

The limitation of this study is not to measure the effects of different minorities on Health Service Satisfaction due to not having available data.

## REFERENCES

1. Abdi F. (2018) Hospital Leanness Assessment Model: A Fuzzy MULTIMOORA Decision Making Approach. **Journal of Industrial and Systems Engineering** 11(3): 37-59.
2. Arthur V.A. (1995) Written Patient Information: A Review of the Literature. **Journal of Advanced Nursing** 21(6): 1081-1086.
3. Bas E. (2018) An Integrated OSH Risk Management Approach to Surgical Flow Disruptions in Operating Room. **Safety Science** 109: 281-293.
4. Basaran M. A., Kalayci N. and Atay M. T. (2011) A Novel Hybrid Method for Better Evaluation: Evaluating University Instructors Teaching Performance by Combining Conventional Content Analysis with Fuzzy Rule Based Systems. **Expert Systems with Applications** 38(10): 12565-12568.

5. Blendon R. J., Scheck A. C., Donelan K., Hill C. A., Smith M., Beatrice D. and Altman D. (1995) How White and African Americans View Their Health and Social Problems: Different Experiences, Different Expectations. **JAMA** 273(4): 341-346.
6. Booker R. (2005) Effective Communication with The Patient. **Eur Respir Re** 14(96): 93–96.
7. Canavese D., Regina N. and Ortega S. (2013) A Proposal of a Fuzzy Rule-Based System for The Analysis of Health and Health Environments in Brazil. **Ecological Indicators** 34:7-14.
8. Coşgun Ö., Ekinci Y. and Yanık S. (2014) Fuzzy Rule-Based Demand Forecasting for Dynamic Pricing of a Maritime Company. **Knowledge-Based Systems** 70: 88-96.
9. Demir M. O., Basaran M. A. and Simonetti B. (2016) Determining Factors Affecting Healthcare Service Satisfaction Utilizing Fuzzy Rule-Based Systems. **Journal of Applied Statistics** 43(13): 2474-2489.
10. Dubois D. and Prade H. (1980) **Fuzzy Sets and Systems: Theory and Applications**. Academic Press, USA.
11. Ferguson W. J. and Candib L. M. (2002) **Culture, Language, and the Doctor-Patient Relationship**. FMCH Publications, Australia.
12. Goh M., Shuya Z. and de Souza R. (2018) Operational Framework for Healthcare Supplier Selection Under a Fuzzy Multi-Criteria Environment. **23rd International Symposium on Logistics (ISL 2018) Big Data Enabled Supply Chain Innovations**, 8–11th July 2018, Indonesia.
13. Greenfield S., Kaplan S. and Ware J. E. (1985) Expanding Patient Involvement in Care Effects On Patient Outcomes. **Annals of Internal Medicine** 102(4): 520-528.
14. Greenfield S., Kaplan S. H., Ware J. E., Yano E. M. and Frank H. J. (1988) Patients' Participation in Medical Care. **Journal of General Internal Medicine** 3(5): 448-457.
15. Gregory R., Peters E. and Slovic P. (2011) Making Decisions About Prescription Drugs: A Study of Doctor–Patient Communication. **Health, Risk and Society** 13(4): 347-371.
16. Herndon J. H. and Pollick K. J. (2002) Continuing Concerns, New Challenges, and Next Steps in Physician-Patient Communication. **The Journal of Bone and Joint Surgery** 84(2): 309-315.
17. Ishibuchi H., Murata T. and Gen M. (1998) Performance Evaluation of Fuzzy Rule-Based Classification Systems Obtained by Multi-Objective Genetic Algorithms. **Computers and Industrial Engineering** 35(34): 575-578.
18. Hofstede G. H. (2001) **Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviors, Institutions and Organizations Across Nations**. Sage Press, USA.
19. Huang X., Shi F., Gu W. and Chen S. (2009) SVM-Based Fuzzy Rules Acquisition System for Pulsed GTAW Process. **Engineering Applications of Artificial Intelligence** 22(8): 1245-1255.

20. Ishikawa H. and Kiuchi T. (2010) Health Literacy and Health Communication. **Biopsychosoc Med** 4(18): 1-5.
21. Johnson R. L., Roter D., Powe N. R. and Cooper L. A. (2004) Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits. **American Journal of Public Health** 94(12): 2084-2090.
22. Kirschbaum K. (2012) Physician Communication in The Operating Room: Expanding Application of Face-Negotiation Theory to The Health Communication Context. **Health Communication** 27(3): 292-301.
23. Li C., Hao F., Zhao L., Song L. and Dong X. (2017) Analysis of Medical and Healthcare Data Based on Positive and Negative Association Rules. **13th International Conference on Natural Computation, Fuzzy Systems and Knowledge Discovery (ICNC-FSKD)**, China.
24. Maguire P. and Pitceathly C. (2002) Key Communication Skills and How to Acquire Them. **BMJ: British Medical Journal** 325(7366): 697.
25. Nguyen H. T. and Walker E. A. (2000) **A First Course in Fuzzy Logic**. Second Edition, Chapman and Hall, UK.
26. Nørgaard B., Ammentorp J., Kyvik K. O. and Kofoed P. E. (2012) Communication Skills Training Increases Self-Efficacy of Health Care Professionals. **Journal of Continuing Education in the Health Professions** 32(2): 90-97.
27. Park E. K. and Song M. (2005) Communication Barriers Perceived by Older Patients and Nurses. **International Journal of Nursing Studies** 42(2): 159-166.
28. Plunkett A. and Quine S. (1996) Difficulties Experienced by Carers from Non-English-Speaking Backgrounds in Using Health and Other Support Services. **Australian and New Zealand Journal of Public Health** 20(1): 27-32.
29. Rosenberg E. E., Lussier M. T. and Beaudoin C. (1997) Lessons for Clinicians from Physician–Patient Communication Literature. **Archives of Family Medicine** 6: 279–283.
30. Roter D. and Hall J. A. (2006) **Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits**. Greenwood Publishing Group Publishing, United States.
31. Roter D. L., Hall J. A. and Aoki Y. (2002) Physician Gender Effects in Medical Communication: A Meta-Analytic Review. **JAMA** 288(6): 756-764.
32. Sanz J. A., Galar M., Jurio A., Brugos A., Pagola M. and Bustince H. (2014) Medical Diagnosis of Cardiovascular Diseases Using an Interval-Valued Fuzzy Rule-Based Classification System. **Applied Soft Computing** 20: 103-111.
33. Schouten B. C. and Meeuwesen L. (2006) Cultural Differences in Medical Communication: A Review of the Literature. **Patient Education and Counseling** 64: 21–34.

34. Shakhawat C., Tahir H. and Neil B. (2006) Fuzzy Rule-Based Modelling for Human Health Risk from Naturally Occurring Radioactive Materials in Produced Water. **Journal of Environmental Radioactivity** 89(1): 1-17.
35. Shpilko I. (2006) Russian–American Health Care: Bridging The Communication Gap Between Physicians and Patients. **Patient Education and Counseling** 64: 331–341.
36. Smoczek J. and Szpytko J. (2014) Evolutionary Algorithm-Based Design of a Fuzzy TBF Predictive Model and TSK Fuzzy Anti-Sway Crane Control System. **Engineering Applications of Artificial Intelligence** 28: 190-204.
37. Statistik Austria (2011) [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/index.html) (Erişim Tarihi: 19.05.2011).
38. Stewart M. A. (1995) Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal** 152(9): 1423.
39. Sudha V. and Girijamma H. A. (2017) Novel Clustering of Bigger and Complex Medical Data by Enhanced Fuzzy Logic Structure. **International Conference on Circuits, Controls, and Communications (CCUBE)**, India.
40. Ustundag A., Kılınç M. S. and Cevikcan E. (2010) Fuzzy Rule-Based System for The Economic Analysis of RFID Investments. **Expert Systems with Applications** 37(7): 5300-5306.
41. Wallace L. S., de Voe J. E., Heintzman J. D. and Fryer G. E. (2009) Language Preference and Perceptions of Healthcare Providers' Communication and Autonomy Making Behaviors Among Hispanics. **Journal of Immigrant and Minority Health** 11(6): 453-459.
42. Wan K. and Alagar V. (2017) Analyzing Healthcare Big Data for Patient Satisfaction. **13th International Conference on Natural Computation, Fuzzy Systems and Knowledge Discovery (ICNC-FSKD)**, China.
43. Wong S. and Lee A. (2006) Communication Skills and Doctor Patient Relationship. **Medical Bulletin** 11(3): 7-9.
44. Zadeh L. A. (1965) Fuzzy Sets. **Information and Control** 8: 338-353.
45. Zadeh L. A. (1975a) The Concept of a Linguistics Variable Ant Its Application to Approximate Reasoning –I. **Information Science** 8:199-250.
46. Zadeh L. A. (1975b) The Concept of a Linguistics Variable Ant Its Application to Approximate Reasoning –II. **Information Science** 8: 301-357.
47. Zadeh L. A. (1975c) The Concept of a Linguistics Variable Ant Its Application to Approximate Reasoning –I. **Information Science** 8: 43-50.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Demir, M.Ö. & Başaran, M.A. (2018). Azınlıkların Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörlerin Bulanık Kural Tabanlı Sistem ile Modellenmesi. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 21(4), 699-718.

# Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkında Kamu Hastane Yöneticilerinin Görüşleri

Hüseyin ERİŞ\*  
Feray KABALCIOĞLU BUCAK\*\*

## ÖZ

Dış kaynak kullanımı; işletmelerin sadece kendi sahip oldukları yetenekleri ve kapasiteleri ile yetinmeyip, öz ya da temel yeteneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda, işletme dışından ve kendi alanında uzman olan başka işletmelerden destek almasını ifade etmektedir. Bu çalışmanın amacı; kamuya ait sağlık kurumlarında çalışan taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkında Türkiye genelindeki devlet ve üniversite hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşlerini değerlendirmektir. Bu araştırma tanımlayıcı ve nicel nitelikte bir çalışmadır veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Bu çalışmada, hastane yöneticilerine yöneltilen anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. 15.06.2017–10.11.2017 tarihleri arasında yapılan çalışmada, 287 kamu hastanesindeki hastane yöneticisi bu çalışmaya katılmıştır. Araştırmada kullanılan anketin Cronbach's Alpha değeri 0,821 olarak tespit edilmiş ve bu veriye göre anketin güvenilirliği yüksek olarak kabul edilmektedir. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin anketteki “taşeron işçilerin performansı hakkındaki ifadeler” (Ort:3,46); “taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” (Ort:3,44) ve “taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadelerin” (Ort:3,31) yer aldığı bölümlere genel olarak katıldıkları tespit edilmiştir. Araştırmada, hastane yöneticilerinin %71,5'i “taşeron işçilerin çalışmasından memnun” olduğunu, %73,8'i “taşeron işçilerin hastaneye katkı sağladığını” ve %60,9'u “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmelerini” desteklediklerini belirtmiştir. Bu veriler ışığında, hastane yöneticilerinin taşeron işçilerin çalışmalarından memnun olduklarını, hastaneye katkı sağladıklarını ve taşeron işçilerin kadroya geçirilmelerini destekledikleri söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Taşeron işçi, Devlet Hastaneleri, Kadro, Hastane Yönetici Görüşleri.

## Opinions of State Hospital Managers about Staffing The Subcontracted Workers

### ABSTRACT

Outsourcing signifies the receiving of support by enterprises from other enterprises having the expertise in its field in case that they not only content with their own capabilities and capacities, but also they have insufficient own or basic capabilities. The purpose of this study is to evaluate opinions of hospital managers working in public(state) and university hospitals throughout Turkey about staffing the subcontracted workers working in public health institutions. This is a descriptive and quantitative study. A questionnaire was used as data collection form in this study. In this study, the questionnaire given to the hospital managers involved 3 parts. Managers of 287 public hospitals participated in this study conducted between 15.06.2017–10.11.2017. The Cronbach's Alpha value of the questionnaire used in the study was determined as 0.821. Based on this data, the reliability of the questionnaire can be accepted as high. It was determined that the hospital managers participating in the study generally agreed with parts of the questionnaire involving “statements on performance of the subcontracted workers” (Mean:3.46); “statements on the process of staffing the subcontracted workers” (Mean:3.44) and “statements on possible incidents in the hospital after staffing of the subcontracted workers” (Mean:3.31). 71.5% of the hospital managers in the study stated that “they

\*Dr. Öğr. Üyesi Harran Üniversitesi, erisharran@hotmail.com

\*\* Öğr. Gör., Harran Üniversitesi, feraykabalcioglu@hotmail.com



*were satisfied with employment of the subcontracted workers”. 73.8% considered “subcontracted workers contribute to the hospital”, and 60.9% stated that they supported staffing of subcontracted workers. In the light of these data, it can be asserted that hospital managers were satisfied with the employment of the subcontracted workers in their hospitals, they considered for the subcontracted workers to contribute to the hospital, and in general, they supported their staffing.*

**Keywords:** *Subcontracted Workers, State Hospitals, Staffing, Hospital Manegers Views.*

## **I. GİRİŞ**

İşletmeler 2000’li yıllara kadar üretim sürecinde her işi kendileri yapmaya çalışarak rakip firmalara karşı kendi kurumsal güçlerini göstermeyi amaçlamaktaydı. Yönetim bilimindeki gelişmeler ışığında bu durum değişmeye başladı. İşletmeler varlıklarını daha aktif bir şekilde devam ettirebilmek amacıyla üretim sürecinin farklı aşamalarında ihtiyaç duyulan bir takım hizmetleri dışarıdan alarak, diğer işletmelerle profesyonel anlamda işbirliği içerisine girmişlerdir. Böylelikle işletmeler asli görevlerine, temel yeteneklerine (core product or core competences) odaklanarak, üretim sürecindeki diğer işleri profesyonel firmalara yaptırarak, işletme için birçok avantajdan yararlanmaya başlamışlardır.

Tüm sektörlerde kullanımı yaygınlaşmaya başlayan dış kaynak kullanımı (DKK), sağlık sektöründe de yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Hastaneler kaliteli, etkili sağlık hizmetleri sunmaya çalışırken bir yandan bütçe dengesini sağlamaya çalışıp bir yandan da asıl işleri olan sağlık hizmetleri sunumuna odaklanmaktadır. Kamuya bağlı hastaneler de asıl işlerini kendileri yapmaya odaklanırken, birtakım yan hizmetleri de DKK yoluyla kurum dışından sağlamaya çalışırlar. Kamuda buna hizmet alımı denilirken, halk dilinde yaygın olarak taşeron işçi çalıştırmak olarak da adlandırılmaktadır. Kamu hastaneleri yaygın olarak taşeron işçileri temizlik, yemek, hastabakıcı, güvenlik, tıbbi görüntüleme, teknik bakım ve onarım, tıbbi laboratuvar, hastane bilgi işlem sistemleri, tıbbi sekreterlik, tıbbi cihaz kiralama, personel taşıma, danışmanlık ve muhasebe - finansman hizmetleri gibi alanlarda çalıştırmaktadır.

### **1.1. Dış Kaynak Kullanımı**

Outsourcing kavramı, “outside resource using” kavramının kısaltılmışı olarak kullanılmaktadır ve bu kapsamda da işletmenin temel yetenekleri dışında kalan alanlarda işletme dışından destek talep etmesini ya da hizmet satın almasını ifade etmektedir (Tanyaş 2003; Öztürk, Sezgili 2002). Türkçeye “dış kaynak kullanımı” olarak çevrilen kavram, hizmet alımı veya taşeron işçi çalıştırılması olarak da kullanılmaktadır.

DKK, literatürde geniş bir tanıma sahip olmakla birlikte, farklı yazarlarca farklı tanımları yapılmaktadır. İşletmelerin sadece kendi sahip oldukları yetenekleri ve kapasiteleri ile yetinmeyip, öz ya da temel yeteneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda işletme dışından ve kendi alanında uzman olan başka işletmelerden destek alması olarak tanımlamıştır (Gümüşay-Şahin, Berberoğlu 2011). Dalgıç (2007) tarafından, daha önceki dönemlerde işletme bünyesinde gerçekleştirilen / yönetilen bir işlemin, ilgili alanda insan kaynağı temin edilmesi talebi ile birlikte ve uzun süreli bir sözleşme kapsamında bir başka işletmeye aktarılması olarak ifade edilmiştir. Çoban ve Tutkun (2004) tarafından yapılan tanımda, işletmelerin temel yetenekleri dışında kalan işleri, bu alanda uzmanlaşmış bir başka işletmeden satın alması olarak belirtilmiştir. Özutku (2002) tarafından ise; işletme performansına direkt etkisi olmayan ikincil işlerin, işletme performansının artırılmasına ve piyasa talep ve beklentilerinin karşılanmasına yönelik olarak devre dışı bırakılması ve bu yöndeki hizmetin bir başka işletmeden satın alınması olarak tanımlanmıştır. Quelin ve Duhamel tarafından (2000) DKK, daha önce kendi kaynakları ile yönetilen bir işin; süreli

olarak kontrata bağlanmasıyla, gerektiğinde çalışanların da transfer edilmesi suretiyle bir tedarikçi üzerine kaydırmak olarak tanımlanmaktadır. Lonsdale ve Cox (2000) tarafından yapılan tanımda ise işletme verimliliğini artırmaya ve işletmelerin öncelikli olarak temel yeteneklerine yoğunlaşmalarını sağlamaya yönelik olarak dış işletmelerden destek talep edilmesi uygulamaları olarak tanımlanmaktadır. Roberts ve diğerlerinin (2013) yaptıkları tanımda ise DKK, işletmenin asıl işine odaklanırken, üretim sürecinde ihtiyaç duyduğu destek hizmetleri başka bir işletmeden alması olarak tanımlanmıştır.

Sonuç olarak DKK, bir işletmenin üretim sürecinde, kendisine rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanarak, temel faaliyet alanı dışında kalan konularda, profesyonel işletmelerden destek alarak, rekabet, maliyet, kaynak avantajı gibi bir takım imkanlar elde etmesini sağlayan, stratejik bir yönetim sürecidir. İşletmenin temel veya asıl yetenekleri ise; somut ve soyut nitelikteki yeteneklerinin, bilgi düzeylerinin, deneyimlerinin, insan kaynağının ve sahip olduğu entelektüel sermaye düzeyinin şekillendirilmesini ve kullanılmasını tanımlamaya yönelik olarak kullanılmaktadır (Tanyaş 2003).

## **1.2. Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı**

Genel olarak tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de farklı nedenlere bağlı olarak DKK tercih edilmektedir. Hastaneler sağlık endüstrisi içerisindeki en karmaşık yapıdaki hizmet sağlayıcısıdır ve hastalara yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmayı amaçlarlar. Özellikle kamu hastaneleri tarafından yüksek kalitede sunulmak istenen sağlık hizmetleri, hastanelerin karmaşık yapısından oldukça etkilenirler. Hastanelerde DKK, profesyonel işletmeler tarafından, hastanelerin temel hizmetlerine odaklanmasını sağlayan ve temel sağlık hizmetlerinin haricinde hastaneye destekleyici bir takım hizmetlerin sunulması olarak tanımlanabilir (Robert at al. 2013). Hastaneler, temel yetenekleri sağlık hizmetlerine odaklanırken temel yetenekleri dışında kalan yemek, temizlik, güvenlik, satın alma, vb. hizmetleri DKK yoluyla, profesyonel firmalardan alırlar.

Tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de farklı nedenlere dayalı olarak DKK sıkça kullanılmaktadır. Hastaneler DKK'yı özellikle insan kaynakları yönetimi, mali, organizasyonel, teknolojik, kalite, finansal, pazarlama ve yasal zorunluluktan kaynaklanan nedenlere dayalı olarak tercih ederler. Hastanelerde DKK tercih edilmesinde, bazen aşağıda belirtilen nedenlerin bir ya da birkaçı etkili olabilmekteyken, bazen de hastaneler bu faydaların tümüne yönelik olarak DKK'yı tercih etmektedirler. Çeşitli araştırmacılar tarafından hastanelerde DKK kullanmanın faydaları aşağıda şu şekilde sıralanmıştır (Baradari 2014; Taylo 2005; Cox at al. 2011; Tayauova 2012; Kremic at al. 2006; Jacobson 2004; Boşcor, Băltescu 2014; Christina 2013).

- DKK, hastanelerin temel yeteneklerine odaklanabilmesini sağlar.
- DKK, hastane maliyetlerinin öngörülebilmesini ve düşürülmesini sağlar.
- DKK, hastanelerin teknolojik yeniliklerden yeterli ve hızlı bir şekilde faydalanmalarını sağlar.
- DKK, hastanelerin sağlık hizmet kalitesi ve standartları ile hasta memnuniyetinin artırılmasını sağlar.
- DKK, hastanelere süreç yenileme kapsamında avantajlar sağlar.
- DKK, hastanelere kaynak sürekliliği sağlar.
- DKK, hastanelerin geniş ve esnek kaynak havuzuna sahip olmalarını sağlar.
- DKK, hastanelere rekabet avantajı elde edilmesine katkı sağlar.
- DKK, hastanelere esnek bir yönetim anlayışına sahip olunmasını sağlar.
- DKK, hastane verimliliğinin artırılmasına katkı sağlar.

Yukarıda verilen DKK'nın hastaneler için sağladığı bir takım avantajların yanısıra, DKK'nın hastaneler için söz konusu olan birtakım dezavantajları da bulunmaktadır. Hastane yöneticileri DKK'yı tercih ederken bu dezavantajları kesinlikle göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Hastaneler için DKK'nın dezavantajları şu şekilde sıralanabilir (Iqbal, Dad 2013; Pirannejad at al. 2010; Felea 2011; Hila, Dumitraşcu 2014; Al-Khachroum, Kennawi 2010; MacCormack at al. 2007; Troacă, Bodislav 2012).

- DKK, hastanelere ek kontrol maliyetlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.
- DKK, hastane çalışanlarını üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir.
- DKK, dışarıdan temin edilen hastane faaliyetleri üzerindeki kontrolün kaybedilmesine neden olabilmektedir.
- DKK, hastane yönetiminin esnekliğini yok edebilmektedir.
- DKK, nitelsiz tedarikçi işletmelerin tercih edilmesi nedeniyle, hastane başarısının düşmesine neden olabilmektedir.
- DKK, sözleşme hükümlerinin yerine getirilmemesi doğrultusunda hastane faaliyetlerinin aksamasına neden olabilmektedir.
- DKK, hastanelerde sunulan bazı hizmetlerle ilgili yeteneklerin kaybedilmesine neden olabilmektedir.

### 1.3. Türkiye'de Kamu Hastanelerinde DKK Kullanımı ve Alanları

Kamuya bağlı sağlık hizmeti sunan gerek devlet gerekse üniversite hastaneleri de ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri, tedarikçi firmalardan temin ederek, toplumun ihtiyaç duyduğu, bilimsel normlara uygun kalitedeki sağlık hizmetini sunmaya çalışırlar. Kamu hastaneleri, ihtiyaç duydukları mal ve hizmetleri satın alırken, devlet tarafından belirlenmiş olan bazı satınalma ve tedarik kurallarına göre hareket etmek zorundadırlar. Devlet tarafından, kamuya ait devlet ve üniversite hastanelerinin, ihtiyaç duydukları kaynakları dışarıdan temin edebilmeleri amacıyla, 22.01.2002 tarihinde 24648 sayılı resmi gazetede yayımlanarak ve 01.01.2003 tarihinden itibaren geçerli olan 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu (KİK) çıkarılmıştır. Devlet tarafından çıkarılan 4734 sayılı KİK'in amacı; "Kamu hukukuna tabi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kamu kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve usulleri belirlemektir". Tüm işletmelerde olduğu gibi kamu hastanelerinde de ihtiyaç duyulan nitelikli personelin kısa sürede ve uygun ücretle istihdam edilmesi, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasını, hasta memnuniyetini ve sadakatini belirgin bir oranda arttıracaktır. Böylelikle kamuya ait hastaneleri, sağlık hizmetleri sunumunda diğer hastanelerle yarışabilir bir yapıya kavuşacaklar ve rekabet edebilme yetenekleri artacaktır.

Rigoli ve Dussault, DKK yoluyla istihdam edilen personelin sağlık hizmeti sunumu sürecinde yaptıkları olumlu katkı sayesinde, hastanede çalışan tüm personelin motivasyonunu yükselteceğini ve sağlık hizmeti sunumunda verimliliği arttıracığını belirtmişlerdir (Rigoli, Dussault 2003). Kamu hastanelerinde, DKK yolu ile istihdam edilen personel, kamu hastanelerindeki hantal yapının aksine, hastanedeki işlerin uygun ve önceden öngörülebilir bir fiyata, verimli, etkin, kaliteli ve daha hızlı bir şekilde yapılmasını sağlayacaklardır.

Genel olarak tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de farklı nedenlere bağlı olarak dış kaynak kullanımı tercih edilmektedir. Bu kapsamda hastanelerde dış kaynak kullanımı genel olarak; organizasyonel, mali, kalite, İKY uygulamaları, finansal, teknolojik, pazarlama ve yasal zorunluluktan kaynaklanan nedenlere bağlı olarak kullanımı gündeme gelmektedir. Hastanenin ihtiyaçları doğrultusunda DKK yöntemiyle istihdam edilen taşeron işçiler kamu hastanelerinde, çok geniş alanlarda kullanılmaktadır. Kamu hastanelerinde taşeron işçilerin

çalıştırıldıkları alanlara baktığımızda; temizlik, çamaşır, yemek pişirme ve dağıtım, güvenlik, hasta bakıcılığı, tıbbi görüntüleme, tıbbi laboratuvar, hastane otomasyon ve yazılım, hastane bilgi işlem / tıbbi sekreterlik, tıbbi cihaz kiralama/bakım ve onarım, personel taşıma, araç kiralama, danışmanlık, muhasebe ve finans, teknik bakım ve onarım, kantin / kafeterya, otopark, haşere / böcek ilaçlama hizmetleri gibi alanlarda istihdam edilmekte oldukları görülmektedir (Tengilimoğlu ve diğerleri 2012; Karahan 2009; Vuorenkoski, Mikkola 2007; Eriş 2017).

#### 1.4. Türkiye’de Taşeron İşçiliğın Tarihçesi

1936 tarihli 3008 sayılı iş kanunundaki düzenleme ile Türkiye Cumhuriyeti tarihinde ilk kez uygulanmaya başlanan taşeron çalıştırılması, literatürde dış kaynak kullanımı, kamuda hizmet alımı, halk dilinde ise taşeron olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca “Alt işveren”, “tali işveren”, “alt ısmarlanan”, “alt işletici”, “müteahhit” gibi isimlerle de adlandırılmaktadır. Uluslararası literatürde, genel olarak ihale ile iş alan kişi ya da kuruluşa müteahhit (contractor) denilmektedir (Şafak 2004).

Taşeronluk, kamu kurumlarının acil personeli ihtiyacının karşılanması ve yardımcı işlerin yapılması için uygulanmaya konulmuş bir personel çalıştırma şeklidir. Taşeronluk uygulaması Türkiye’de kamuda ilk kez 1936 yılında 3008 sayılı iş kanununda düzenlenerek uygulamaya konulmuştur (Sümer 2013). 3008 sayılı iş kanununun 1. maddesindeki “işçiler doğrudan doğruya işveren veya vekili tarafından olmayıp da üçüncü bir şahsın aracılığı ile işe girmiş ve bu üçüncü şahıs ile mukavele etmiş olsalar bile mukavele şartlarından asıl işveren sorumludur.” düzenlemesi ile bu üçüncü şahısla mukavele akdetmiş olsalar bile “mukavele şartlarından asıl işverenin mesul olduğu” hüküm altına alınmış, böylelikle taşeronluk kavramı Türk çalışma hayatına girmiştir (Sümer 2013; Çolak 2017).

1945 yılında 4772 sayılı Kanunla, Sosyal Sigortalar Kanunu bakımından işverene yüklediği ödevlerden aracı ile birlikte işverenin de sorumlu olduğu hüküm altına alınmıştır (Sümer 2013). 1950 yılında 3008 sayılı Kanun’da bazı ifadeler, 5518 sayılı Kanun’la değiştirilerek, “aynı iş veya teferruatında iş alan” bu kişiler “aracı” olarak tanımlanmaya başlamıştır (Sümer 2013; Şafak 2004). 1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, Sosyal Sigortalar Kanunu yönünden aracı olarak nitelendirdiği kişileri asıl işverenle birlikte sorumlu tutmuştur. 28.7.1967 tarihinde kabul edilerek 12.8.1967 tarihli ve 12672 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yayın tarihinde yürürlüğe giren 931 sayılı yeni İş Kanunu iptal edilerek yerine 1475 sayılı iş kanunu çıkartılmıştır. 25.08.1971 tarihinde 1475 sayılı İş Kanununun birinci bölüm ve 1’inci maddesinde: “Bir işverenden belirli bir işin bir bölümünde ve eklentilerinde iş alan ve işçilerini münhasıran o işyerinde beklentilerince çalıştıran diğer işverenin kendi işçilerine karşı o işyeriyle ilgili ve bu Kanundan veya hizmet akdinden doğan yükümlülüklerinden asıl işverenle birlikte sorumlu” tutulmuştur. 1971 tarihli 1475 sayılı İş Kanunu’nda bazı kanuni düzenlemeler yapılarak “diğer işveren” kavramı yer almaya başlamıştır (Sümer 2013; Çolak 2017).

Türkiye’de gerçekleşen 1980 ihtilal sonrası uygulanan liberal politikalarla, kamu kurumlarında taşeron uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır. Geçen süreç içerisinde kamu tarafından ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla sürekli bir istihdam modeli haline gelmiştir. 2003 yılında alt işveren olarak yasada düzenlenmiştir. 2003 tarih ve 4857 sayılı iş kanununun 2. maddesinde “asıl işveren - alt işveren ilişkisi” düzenlenmiştir (Gerek 2004; Şafak 2004; Sümer 2013; Çolak 2017). 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda da “Bir işverenden işyerinde yürüttüğü mal ve hizmet yönetimine ilişkin bir işte veya bir işin bölüm veya eklentilerinde iş alan ve işçilerin görevlendirdiği sigortalıları çalıştıran üçüncü kişiye alt işveren denir” şeklinde bir tanım yer almıştır (Çolak 2017).

### 1.5. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçiş Süreci

Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci, Karayolları Genel Müdürlüğü (KGM) bünyesinde çalışan taşeron işçiler ile başlamıştı denilebilir. KGM bünyesinde asıl işi yaptıklarını belirten taşeron işçiler, kadrolu işçilerle aynı işleri yaptıkları için mahkemeye müracaat ederek, kadrolu olarak çalışma hakkı için ilk adımları atmışlardır. 4734 sayılı KİK çerçevesinde hizmet alımı sözleşmesi yapılan firmalarda çalışan işçileri temsilen Türkiye Yol-İş Sendikası tarafından KGM aleyhine, Ankara İş Mahkemelerinde kadro talebiyle davalar açılmıştır. Açılan bu davalar neticesinde, 29.04.2015 tarihinde Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı'nın 16.04.2015 tarihli ve 85 sayılı; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın 28.04.2015 tarihli ve 2878 sayılı; Maliye Bakanlığının 29.04.2015 tarihli ve 4105 sayılı yazılarına istinaden Türkiye Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası (TÜHİS) genel sekreteri Adnan ÇİÇEK, Türkiye Yol Yapı İnşaat İşçileri Sendikası (YOL-İŞ) Genel Başkanı Ramazan AĞAR, Türk-İş Konfederasyonu Başkanı Ergün ATALAY, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Süleyman SOYLU ve Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanı Binali YILDIRIM tarafından protokol imzalanmıştır. Bu protokolün 2. Maddesi kapsamında sürekli işçi olarak istihdam edilecekler, “düz işçi” pozisyonunda ve yürürlükteki brüt asgari ücretin yüzde elli artırılması suretiyle brüt çıplak ücretle işe başlatılacaktır.” Hükmüne göre düz işçi statüsünde 31.08.2015 tarihi itibarıyla işe başlatılması yönünde 24.08.2015 tarihinde protokol imzalanmıştır. Böylelikle Türkiye’de ilk kez kamuda taşeron işçi olarak çalışanlar, kadrolu çalışanlar ile birlikte kamuda aynı asıl işi yaptıkları için kadroya geçirilmiş oldular (<http://www.yol-is.org.tr/TR/belge/1-839/karayollarinda-calisan-3500-taseron-iscisi-icin-protoko-.html#icerik>).

Bu sürecin etkileri kendisini 7 Haziran 2015 genel seçimleri öncesinde önemli seçim vaatlerinden birisi olarak göstermiştir. Genel seçimlerden sonra Türkiye geneli kamu kurumlarında asıl işi yapan taşeron işçilerin kadroya geçirilmesi süreci, 24 Aralık 2017 tarihinde TBMM’de çıkarılan “696 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)” ile yaklaşık 850 bin taşeron işçinin, sürekli işçi kadrosuna geçirilmesi ile ilgili yasal düzenleme yapılarak hayata geçirilmiştir. 1 Ocak 2018 tarihinde, 30288 sayı nosu ile Resmi Gazetede yayınlanan “Kamu Kurum Ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına Veya Mahalli İdare Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Geçici 23 Ve Geçici 24 Üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul Ve Esaslar” ile taşeron işçilerin kadroya geçiş sürecinde takip edilmesi gereken süreç detayları ile açıklanmıştır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/01/20180101-5.htm>).

Bu süreçte kamu kurumlarında çalışan taşeron işçiler, sürekli işçi kadrosuna geçebilmek için on gün içinde çalıştıkları idarenin hizmet alım sözleşmesinin yapıldığı birime, sürekli işçi kadrolarında istihdam edilmek üzere yazılı başvuru yapacaklardı. Yazılı ve/veya sözlü ya da uygulamalı sınava tabi tutulacak ve bu sınavda başarılı olan taşeron işçiler daha sonra güvenlik soruşturmasından geçecek ve hakkında olumsuz bir durum tespit edilmeyen taşeron işçiler kadroya alınacaktı. 696 sayılı KHK'ya göre taşeron işçiler, on gün içinde çalıştıkları idarenin hizmet alım sözleşmesinin yapıldığı birime, sürekli işçi kadrolarında istihdam edilmek üzere yazılı başvuru yapacaklardı. Ayrıca 4/C (geçici) personel statüsü kaldırılarak, bu statüdeki personel 4/B (sözleşmeli) statüsüne geçirildi. Taşeron işçilerin kadroya geçirilmesine ilişkin süreç 90 gün içinde yani 02 Nisan 2018 tarihinde sonuçlandırıldı ve hakeden taşeron işçiler kadroya geçiş süreci tamamlanmış oldu (<http://www.uzmansgk.com/calisan/taseron-iscinin-kadroya-gecisi-icin-basvuruda-istenen-belgeler-ve-basvuru-sekli>).

## **II. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın amacı**

Bu araştırmanın amacı; kamuya ait sağlık kurumlarında çalışan taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkında Türkiye genelindeki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşlerini değerlendirmektir.

### **2.2. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi**

Araştırma tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır ve anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 6 sorudan oluşmaktadır.

Anketin ikinci bölümünde ise 27 ifadeden oluşan (“Taşeron İşçilerin Performansı Hakkındaki İfadeler İçin Hastane Yöneticilerinin Görüşleri (10 ifade)”; “Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilme Süreci Hakkındaki İfadeler İçin Hastane Yöneticilerinin Görüşleri (8 ifade)” ve “Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşleri (9 ifade)) “Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmesi Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşleri”ni değerlendirebilmek amacıyla hazırlanan anket formu yer almaktadır. Ayrıca anketin son kısmında hastane yöneticilerine araştırma ile ilgili üç tane doğrudan soru sorulmuştur. Araştırmada kullanılan anket, Eriş (2017) tarafından hazırlanan “Taşeron işçilerin performansı hakkında hastane yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi” isimli araştırmada kullanılan anketten esinlenilerek araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Anketin ikinci bölümünde yer alan her bir ifadeye hastane yöneticilerinin katılma derecelerini belirleyebilmek için 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır. 5’li Likert ölçeğine göre hastane yöneticilerinin ifadelerine katılma dereceleri “Kesinlikle Katılmıyorum (1)”, “Katılmıyorum (2)”, “Kararsızım (3)”, “Katılıyorum (4)” ve “Kesinlikle Katılıyorum (5)” olarak belirlenmiştir. Anketin son bölümünde hastane yöneticilerine sorulan 3 soruya katılma dereceleri olarak, “evet”, “hayır” ve “kararsızım” olarak düzenlenmiştir.

Araştırmadaki istatistiksel analizler SPSS 17.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak analiz edilmiş ve verilerin normal dağılıma sahip olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle, ikili grup karşılaştırmaları (cinsiyet, yaş, hastanedeki görev) Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup arasındaki farklar (eğitim durumu, hastane türü, toplam yöneticilik süresi) ise Kruskal Wallis testi ile incelenmiş ve yorumlanmıştır.

### **2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırma yapılmadan önce Harran Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 26.04.2017 tarihinde verilen “Etik İlkelerine uygundur” kararı alınmıştır.

Araştırmanın evrenini, Türkiye genelinde tüm il ve ilçelerdeki 835 devlet hastanesi ile 70 üniversite hastanesinde (toplam 905 kamu hastanesi) çalışan hastane yöneticileri (başhekim ve başhekim yardımcısı, hastane idari ve mali hizmetler müdür ve müdür yardımcıları ile sağlık hizmetleri müdür ve müdür yardımcıları) oluşturmaktadır. Evrendeki hastane sayısının fazla olması ve hastane yöneticilerine ulaşmanın zorluğundan dolayı, basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak, araştırmanın örnekleme 270 hastane olarak bulunmuştur.

Türkiye geneli örneklem grubundaki her bir devlet ve üniversite hastanesinde görev yapan birer yönetici ile yüzyüze görüşerek veya telefon ile iletişime geçilerek, araştırma hakkında kendilerine detaylı bilgi verilmiştir. Anketler; diğer illerdeki hastane yöneticilerine e-posta, elektronik anket ve posta yolu ile gönderilmiştir. Şanlıurfa'daki kamu hastanelerinde görev yapan 18 hastane yöneticisine ise anket elden dağıtılmış ve toplanmıştır.

Bu araştırma, 15.06.2017 – 10.11.2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Anketler Türkiye geneli üniversite hastaneleri ile 2. Ve 3. Basamak sağlık hizmeti sunan il ve ilçelerdeki devlet hastanelerine dağıtmaya başlandıktan sonra geri dönüşümleri için takip edilmiş ve basit tesadüfi örnekleme yöntemine göre 270 sayısına ulaşamadığı için anket gönderilmemiş diğer hastanelerin yöneticileri ile iletişim kurularak, araştırmaya katılmayı kabul eden hastane yöneticilerine anket gönderilmiştir. Bu şekilde basit tesadüfi örnekleme yöntemine göre tespit edilen örneklem sayısına ulaşılmış ve araştırmaya 287 devlet ve üniversite hastanelerinde görev yapan hastane başhekim ve yardımcıları ile hastane müdür ve yardımcısı olan yöneticiler katılmıştır.

#### 2.4. Araştırmanın Güvenirliliği

Araştırmada kullanılan anketin Cronbach's Alpha değeri ,821 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre anketin güvenirliliği “oldukça güvenilir” olarak bulunmuştur.

### III. ANALİZ VE BULGULAR

Araştırmada yapılan analiz sonucunda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir. Tablo 1’de araştırmaya katılan hastane yöneticilerine ait bazı demografik bilgiler verilmiştir.

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerine Ait Bazı Demografik Bilgiler**

Yaş grupları	n	%	Cinsiyet	n	%
25-36 yaş	138	48,0	Kadın	42	14,5
37 ve Üzeri	149	52,0	Erkek	245	85,5
Eğitim			Hastanedeki Görevi		
Önlisans	64	22,4	Başhekim/Yardımcı	76	26,4
Lisans	136	47,4	Hastane Müdür/Yardımcı	211	73,6
Tıp/Dış Hekimliği	87	30,3	Toplam Yöneticilik Süresi		
Hastane Türü			1-2 yıl	140	48,7
Eğitim ve Araştırma Hast.	53	18,7	3 yıl ve üzeri	147	51,3
Genel Hizmet Hastanesi	212	73,7	Toplam		
Ağız/Dış Sağ. Hastanesi	22	7,6		<b>287</b>	<b>100,0</b>

Tablo 1’de araştırmaya katılan hastane yöneticilerine ait bazı demografik bilgiler verilmiştir. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin %48’i 25-36 yaş grubu arasında, %47,4’ünün lisans mezunu oldukları, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin %73,7’sinin genel hizmet hastanesinde çalıştıkları, cinsiyet açısından %85,5’inin erkek yönetici olduğu, %73,6’sının hastane müdür ve hastane müdür yardımcısı oldukları ve %51,3’ünün ise 3 yıl ve üzeri bir süredir hastanede yöneticilik yaptıkları tespit edilmiştir.

Tablo 2’de taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki ifadeler için hastane yöneticilerinin her bir ifadeye ait görüşlerinin ortalaması ve standart sapması verilmiştir.

**Tablo 2. “Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkındaki İfadeler” İçin Hastane Yöneticilerinin Görüşlerinin Ortalaması**

İfadeler	n	Ort.	Ss.
<b>Taşeron İşçilerin Performansı Hakkındaki İfadeler</b>			
Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir.	287	3,32	1,26
Taşeron İşçilerin yaptıkları işle ilgili, mesleki iş bilgisi ve yeterlilikleri iyidir.	287	2,97	1,15
Taşeron İşçiler mesleki iş disiplinine sahiptirler	287	3,00	1,28
Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar.	287	3,00	1,21
Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler.	287	2,97	1,31
Taşeron İşçiler, Hastanemizin kurum kültürünü benimsemiştir	287	3,13	1,16
Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır.	287	3,63	1,22
Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar.	287	3,63	1,19
Taşeron İşçiler, çalışma kurallarına kadrolu personele göre daha çok dikkat etmektedir.	287	3,33	1,19
Taşeron İşçiler, kadrolu personele göre daha iyi çalışmaktadır.	287	3,00	1,47
<b>Toplam</b>	<b>287</b>	<b>3,46</b>	<b>1,24</b>
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilme Süreci Hakkındaki İfadeler</b>			
Taşeron İşçiler kadroya geçirilirken, kadrolu personelle aynı işi yapanların kadroya alınması uygundur.	287	3,51	1,26
Taşeron İşçilerin, ÖSYM tarafından yapılacak bir sınavla kadroya alınmaları daha uygun ve adildir.	287	3,58	1,32
Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum.	287	3,14	1,25
Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum.	287	3,22	1,31
Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.	287	3,84	1,08
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir.	287	3,55	1,28
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır.	287	3,20	1,25
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane idareleri ihale yapma yükünden kurtulacaklardır	287	3,46	1,33
<b>Toplam</b>	<b>287</b>	<b>3,44</b>	<b>1,24</b>
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler</b>			
Taşeron İşçilerin kadroya alınmaları sonucunda iş güvencesi altına girmeleri, hastane yöneticilerin iş yaptırma gücünü azaltacaktır.	287	3,49	1,34
Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir.	287	3,49	1,29
Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır.	287	3,74	1,23
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri İşçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kısalma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır.	287	3,54	1,19
Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler	287	3,34	1,31
Taşeron firmalardan alınan hizmetin aksayan kısımları için taşeron firmaya çeşitli yaptırımlar uygulanarak taşeron işçilerin daha titiz çalışması sağlanıyordu. Taşeron firmaların devreden çıkması ile bu yaptırımların kalkması, işlerde aksamaların meydana gelmesine ve iş kalitesinin düşmesine neden olacaktır.	287	3,14	1,26
Hastaneye personel alınması ve çıkarılması zorlaşacağından, hastanelerin personel ihtiyacını zamanında ve yeterli miktarda karşılaması zor olacaktır.	287	3,21	1,32
Hastanelerin, ihtiyaç duyulan personeli zamanında temin edememesi nedeniyle, hastanelerde hizmet aksamalarına neden olacaktır.	287	3,13	1,39
Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır.	287	3,10	1,42
<b>Toplam</b>	<b>287</b>	<b>3,31</b>	<b>1,05</b>



Tablo 2’de Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki ifadeler için hastane yöneticilerinin görüşlerinin ortalamalarına yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde, “taşeron işçilerin performansı hakkındaki ifadelerin” yer aldığı alt boyuta genel olarak hastane yöneticilerinin (ort:3,46) katıldıkları belirlenmiştir. Hastane yöneticilerinin en çok katıldıkları ifadenin (ort:3,63) “Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır” ve “Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar” ifadeleri olduğu görülmektedir. Hastane yöneticilerinin kararsız kaldıkları ifadeler ise (ort: 2,97) “Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler” ifadesi ile “Taşeron İşçilerin yaptıkları işle ilgili, mesleki iş bilgisi ve yeterlilikleri iyidir” ifadesi olmuştur.

Ankette yer alan “taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadelerin” yer aldığı alt boyuta genel olarak hastane yöneticilerinin (ort:3,44) katıldıkları belirlenmiştir. Hastane yöneticilerinin en çok katıldıkları ifadenin (ort:3,84), “Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir” ifadesi olduğu görülmektedir. Hastane yöneticilerinin katılmalarına rağmen en düşük ortalamaya sahip ifade ise (ort: 3,14) “Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum” ifadesi olmuştur.

Ankette yer alan “taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadelerin” yer aldığı alt boyutta genel olarak hastane yöneticilerinin (ort:3,31) katıldıkları belirlenmiştir. Hastane yöneticilerinin en çok katıldıkları ifadenin (ort:3,74), “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır.” ifadesi olduğu görülmektedir. Hastane yöneticilerinin katılmalarına rağmen en düşük ortalamaya sahip ifade ise (ort: 3,10) “Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır” ifadesi olmuştur.

Tablo 3’de taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki ifadeler için hastane yöneticilerinin eğitim durumlarına göre bu ifadelere ait görüşleri verilmiştir.

**Tablo 3. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri İle İlgili İfadelerin, Hastane Yöneticilerinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi**

Taşeron İşçilerin Performansı İle İlgili İfadeleri	Lise/Önlisans		Lisans		Tıp/Diğ Hekimliği		Chi-square	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir.	3,24	1,60	3,22	1,29	3,52	0,89	0,52	0,769
Taşeron İşçilerin yaptıkları işle ilgili, mesleki iş bilgisi ve yeterlilikleri iyidir.	2,88	1,11	2,86	1,19	3,22	1,12	1,69	0,429
Taşeron İşçiler mesleki iş disiplinine sahiptirler	3,18	1,33	2,75	1,25	3,26	1,25	3,59	0,166
Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar.	3,06	1,48	2,83	1,18	3,22	1,04	1,51	0,468
Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler.	3,12	1,36	2,69	1,28	3,30	1,26	3,47	0,176
Taşeron İşçiler, Hastanemizin kurum kültürünü benimsemiştir	3,18	1,29	3,00	1,14	3,30	1,10	1,23	0,541
Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır.	4,00	1,17	3,56	1,20	3,48	1,28	2,77	0,250
Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar.	3,53	1,28	3,50	1,25	3,91	0,99	1,69	0,429
Taşeron İşçiler, çalışma kurallarına kadrolu personele göre daha çok dikkat etmektedir.	3,18	1,42	3,25	1,02	3,57	1,27	1,32	0,517
Taşeron İşçiler, kadrolu personele göre daha iyi çalışmaktadır.	2,82	1,70	2,81	1,34	3,43	1,44	3,08	0,215
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilme Süreci Hakkındaki İfadeler</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Chi-square</b>	<b>p</b>
Taşeron İşçiler kadroya geçirilirken, kadrolu personelle aynı işi yapanların kadroya alınması uygundur.	3,94	1,14	3,31	1,32	3,52	1,200	3,38	0,184
Taşeron İşçilerin, ÖSYM tarafından yapılacak bir sınavla kadroya alınmaları daha uygun ve adildir.	3,71	1,31	3,47	1,42	3,65	1,19	0,28	0,868
Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum.	3,00	1,50	3,25	1,25	3,09	1,08	0,34	0,842
Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum.	3,41	1,32	3,31	1,35	2,96	1,26	1,42	0,490
Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.	3,65	1,11	3,78	1,20	4,09	0,85	1,74	0,417
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir.	3,29	1,57	3,47	1,29	3,87	0,97	1,33	0,514
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır.	2,41	1,27	3,36	1,24	3,52	1,04	8,82	0,012
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane idareleri ihale yapma yükünden kurtulacaklardır	3,06	1,60	3,50	1,40	3,70	0,97	1,14	0,564
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler Hakkındaki İfadeler</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Chi-square</b>	<b>p</b>
Taşeron İşçilerin kadroya alınmaları sonucunda iş güvencesi altına girmeleri, hastane yöneticilerin iş yaptırma gücünü azaltacaktır.	3,29	1,57	3,25	1,34	3,35	1,22	0,07	0,964
Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir.	3,41	1,54	3,47	1,25	3,57	1,19	0,04	0,980
Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır.	3,65	1,45	3,56	1,29	4,09	0,84	1,88	0,390
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri İşçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kısalma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır.	3,59	1,27	3,44	1,29	3,65	0,98	0,14	0,932

**Tablo 3. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri İle İlgili İfadelerin, Hastane Yöneticilerinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi - Devamı**

	Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Genel Hizmet Hastanesi		Ağız/Diş Sağ. Hastanesi		Chi-square	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler Hakkındaki İfadeler</b>								
Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron işçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler	3,41	1,22	3,17	1,32	3,57	1,37	1,54	0,461
Taşeron firmalardan alınan hizmetin aksayan kısımları için taşeron firmaya çeşitli yaptırımlar uygulanarak taşeron işçilerin daha titiz çalışması sağlanıyordu. Taşeron firmaların devreden çıkması ile bu yaptırımların kalkması, işlerde aksamaların meydana gelmesine ve iş kalitesinin düşmesine neden olacaktır.	2,82	1,38	3,06	1,24	3,52	1,16	3,34	0,188
Hastaneye personel alınması ve çıkarılması zorlaşacağından, hastanelerin personel ihtiyacını zamanında ve yeterli miktarda karşılaması zor olacaktır.	3,00	1,41	3,19	1,39	3,39	1,15	0,65	0,720
Hastanelerin, ihtiyaç duyulan personeli zamanında temin edememesi nedeniyle, hastanelerde hizmet aksamalarına neden olacaktır.	2,59	1,37	3,19	1,48	3,43	1,16	3,41	0,181
Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır.	2,71	1,35	3,21	1,45	3,09	1,44	0,74	0,690

Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmeleri ile ilgili ifadeler hastane yöneticilerinin eğitim durumu bakımından farklılık olup olmadığı Kruskal-Wallis testiyle incelenerek elde edilen bulgular Tablo 3’de verilmiştir. “Taşeron işçilerin performansı” ve “Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümlerinde, yöneticilerin eğitim durumuna göre ifadelerin hiçbirisinde eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

“Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” boyutunda ise hastane yöneticilerinin eğitim durumuna göre sadece “Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır” ifadesinde eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 4’de taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki ifadeler için hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastane türüne göre bu ifadelerle ait görüşleri verilmiştir.

**Tablo 4. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri İle İlgili İfadelerin, Hastanelerin Türüne Göre İncelenmesi**

Taşeron İşçilerin Performansı İle İlgili İfadeler	Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Genel Hizmet Hastanesi		Ağız/Dış Sağ. Hastanesi		Chi-square	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir.	3,30	1,39	3,48	1,11	2,33	1,21	4,35	0,114
Taşeron İşçilerin yaptıkları işle ilgili, mesleki iş bilgisi ve yeterlilikleri iyidir.	2,70	1,21	3,33	1,02	2,00	0,89	11,04	0,004
Taşeron İşçiler mesleki iş disiplinine sahiptirler	2,83	1,56	3,28	0,98	2,00	0,89	5,70	0,058
Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar.	2,90	1,35	3,25	1,03	1,83	0,98	6,81	0,033
Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler.	2,93	1,48	3,08	1,19	2,50	1,22	1,19	0,550
Taşeron İşçiler, Hastanemizin kurum kültürünü benimsemiştir	2,93	1,41	3,35	0,95	2,67	0,82	3,14	0,208
Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır.	3,17	1,36	3,93	1,10	4,00	0,00	6,77	0,034
Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar.	3,30	1,41	3,93	0,97	3,33	0,81	4,76	0,093
Taşeron İşçiler, çalışma kurallarına kadrolu personele göre daha çok dikkat etmektedir.	3,07	1,38	3,48	1,09	3,67	0,51	2,10	0,350
Taşeron İşçiler, kadrolu personele göre daha iyi çalışmaktadır.	2,77	1,61	3,25	1,35	2,50	1,37	2,35	0,308
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilme Süreci Hakkındaki İfadeler</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Chi-square</b>	<b>p</b>
Taşeron İşçiler kadroya geçirilirken, kadrolu personelle aynı işi yapanların kadroya alınması uygundur.	3,23	1,57	3,73	0,98	3,50	1,04	0,91	0,636
Taşeron İşçilerin, ÖSYM tarafından yapılacak bir sınavla kadroya alınmaları daha uygun ve adildir.	3,47	1,38	3,75	1,23	3,00	1,54	1,83	0,400
Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum.	3,03	1,49	3,33	0,99	2,50	1,38	1,84	0,399
Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum.	3,13	1,48	3,28	1,24	3,33	1,03	0,02	0,990
Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.	3,40	1,35	4,13	0,79	4,17	0,41	5,70	0,058
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir.	3,67	1,37	3,45	1,21	3,67	1,366	1,36	0,507
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır.	3,20	1,27	3,20	1,24	3,17	1,472	0,01	0,995
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane idareleri ihale yapma yükünden kurtulacaklardır	3,47	1,19	3,60	1,34	2,50	1,761	2,52	0,283

**Tablo 4. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri İle İlgili İfadelerin, Hastanelerin Türüne Göre İncelenmesi - Devamı**

	Eğitim ve Araştırma Hastanesi		Genel Hizmet Hastanesi		Ağız/Dış Sağ. Hastanesi		Chi-square	P
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
<b>Taşeron İşçilerin Kadroda Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler Hakkındaki İfadeler</b>								
Taşeron İşçilerin kadroya alınmaları sonucunda iş güvencesi altına girmeleri, hastane yöneticilerin iş yaptırma gücünü azaltacaktır.	3,50	1,31	3,15	1,37	3,17	1,47	1,22	0,543
Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir.	2,93	1,46	3,95	0,93	3,17	1,47	9,509	0,009
Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır.	3,23	1,31	4,13	0,99	3,67	1,51	10,75	0,005
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri İşçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kısalma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır.	3,13	1,22	3,85	1,05	3,50	1,52	5,77	0,056
Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler	3,17	1,29	3,55	1,19	2,83	2,04	1,7*	0,409
Taşeron firmalardan alınan hizmetin aksayan kısımları için taşeron firmaya çeşitli yaptırımlar uygulanarak taşeron işçilerin daha titiz çalışması sağlanıyordu. Taşeron firmaların devreden çıkması ile bu yaptırımların kalkması, işlerde aksamaların meydana gelmesine ve iş kalitesinin düşmesine neden olacaktır.	3,07	1,31	3,20	1,22	3,17	1,47	0,20	0,905
Hastaneye personel alınması ve çıkarılması zorlaşacağından, hastanelerin personel ihtiyacını zamanında ve yeterli miktarda karşılaması zor olacaktır.	3,30	1,34	3,23	1,29	2,67	1,51	1,36	0,505
Hastanelerin, ihtiyaç duyulan personeli zamanında temin edememesi nedeniyle, hastanelerde hizmet aksamalarına neden olacaktır.	2,87	1,25	3,40	1,43	2,67	1,63	3,81	0,149
Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır.	2,67	1,35	3,33	1,39	1,67	1,03	9,19	0,010

Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmeleri ile ilgili ifadeler hastanelerin türüne göre farklılık olup olmadığı Kruskal-Wallis testiyle incelenerek elde edilen bulgular Tablo 4’de verilmiştir. “Taşeron işçilerin performansı ile ilgili ifadelerin” yer aldığı bölümde araştırma bulgularına göre “Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir”, “Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar” ve “Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır” ifadelerinde hastane türü bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

“Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” bölümünde araştırma bulgularına göre ifadelerin hiçbirisinde, hastane türü bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

“Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümündeki araştırma bulgularına göre “Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir”, “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır” ve “Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır” ifadelerinde, hastane türü bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 5’de taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki ifadeler için hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastanedeki görevlerine göre bu ifadelerle ilgili görüşleri verilmiştir.

**Tablo 5. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri İle İlgili İfadelerin, Hastane Yöneticilerinin Görev Konumuna Göre İncelenmesi**

Taşeron İşçilerin Performansı İle İlgili İfadeler	Başhekim/ Yardımcı		Hastane Müdür/ Yardımcı		Z	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir.	3,09	1,23	3,54	1,27	-1,68	0,092
Taşeron İşçilerin yaptıkları işle ilgili, mesleki iş bilgisi ve yeterlilikleri iyidir.	2,85	1,25	3,10	1,09	-0,77	0,440
Taşeron İşçiler mesleki iş disiplinine sahiptirler	2,88	1,39	3,12	1,21	-0,68	0,494
Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar.	3,00	1,17	3,00	1,29	-0,13	0,892
Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler.	2,88	1,39	3,10	1,24	-0,67	0,503
Taşeron İşçiler, Hastanemizin kurum kültürünü benimsemiştir	3,12	1,32	3,17	1,05	-0,32	0,747
Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır.	3,55	1,32	3,68	1,17	-0,24	0,804
Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar.	3,79	1,08	3,54	1,26	-0,69	0,487
Taşeron İşçiler, çalışma kurallarına kadrolu personele göre daha çok dikkat etmektedir.	3,58	1,15	3,15	1,24	-1,43	0,150
Taşeron İşçiler, kadrolu personele göre daha iyi çalışmaktadır.	3,36	1,37	2,73	1,53	-1,79	0,072
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilme Süreci Hakkındaki İfadeler</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
Taşeron İşçiler kadroya geçirilirken, kadrolu personelle aynı işi yapanların kadroya alınması uygundur.	3,36	1,27	3,61	1,28	-1,02	0,306
Taşeron İşçilerin, ÖSYM tarafından yapılacak bir sınavla kadroya alınmaları daha uygun ve adildir.	3,61	1,19	3,61	1,39	-0,40	0,685
Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum.	2,88	1,17	3,39	1,30	-1,95	0,051
Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum.	2,88	1,24	3,49	1,34	-2,09	0,037
Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.	3,94	0,99	3,76	1,18	-0,47	0,636
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir.	3,58	1,28	3,51	1,33	-0,12	0,904
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır.	3,30	1,23	3,07	1,29	-0,72	0,467
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane idareleri ihale yapma yükünden kurtulacaklardır	3,58	1,25	3,41	1,38	-0,38	0,705

**Tablo 5. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri İle İlgili İfadelerin, Hastane Yöneticilerinin Görev Konumuna Göre İncelenmesi - Devamı**

Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler Hakkındaki İfadeler	Başhekim/ Yardımcı		Hastane Müdür/ Yardımcı		Z	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Taşeron İşçilerin kadroya alınmaları sonucunda iş güvencesi altına girmeleri, hastane yöneticilerin iş yaptırma gücünü azaltacaktır.	3,18	1,36	3,37	1,37	-0,62	0,535
Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir.	3,45	1,30	3,54	1,31	-0,40	0,686
Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır.	3,91	1,23	3,66	1,18	-1,23	0,217
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri İşçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kısalma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır.	3,48	1,09	3,63	1,24	-0,89	0,373
Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler	3,58	1,39	3,20	1,21	-1,51	0,130
Taşeron firmalardan alınan hizmetin aksayan kısımları için taşeron firmaya çeşitli yaptırımlar uygulanarak taşeron işçilerin daha titiz çalışması sağlanıyordu. Taşeron firmaların devreden çıkması ile bu yaptırımların kalkması, işlerde aksamaların meydana gelmesine ve iş kalitesinin düşmesine neden olacaktır.	3,27	1,21	3,05	1,32	-0,62	0,532
Hastaneye personel alınması ve çıkarılması zorlaşacağından, hastanelerin personel ihtiyacını zamanında ve yeterli miktarda karşılaması zor olacaktır.	3,24	1,32	3,22	1,31	-0,16	0,866
Hastanelerin, ihtiyaç duyulan personeli zamanında temin edememesi nedeniyle, hastanelerde hizmet aksamalarına neden olacaktır.	3,18	1,31	3,10	1,48	-0,14	0,885
Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır.	2,97	1,46	2,95	1,39	-0,12	0,902

Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmeleri ile ilgili ifadeler hastane yöneticilerinin hastanedeki görevlerine göre farklılık olup olmadığı Mann Whitney-U testiyle incelenerek elde edilen bulgular Tablo 5’de verilmiştir. Araştırma bulgularına göre “taşeron işçilerin performansı” ve “Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümlerinde araştırma bulgularına göre ifadelerin hiçbirisinde hastane yöneticilerinin görev bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

“Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” bölümündeki araştırma bulgularına göre sadece “Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum” ifadesinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 6’da taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki ifadeler için hastane yöneticilerinin, yöneticilik sürelerine göre bu ifadelerle ait görüşleri verilmiştir.

**Tablo 6. Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri İle İlgili İfadelerin, Yöneticilerin Yöneticilik Sürelerine Göre İncelenmesi**

Taşeron İşçilerin Performansı İle İlgili İfadeler	1-2 yıl		3 yıl ve üzeri		Z	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir.	3,46	1,21	3,18	1,29	-1,03	0,305
Taşeron İşçilerin yaptıkları işle ilgili, mesleki iş bilgisi ve yeterlilikleri iyidir.	3,00	1,13	2,95	1,19	-0,11	0,913
Taşeron İşçiler mesleki iş disiplinine sahiptirler	3,30	1,22	2,72	1,28	-2,19	0,028
Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar.	3,19	1,17	2,82	1,23	-1,36	0,172
Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler.	3,00	1,37	2,95	1,26	-0,22	0,825
Taşeron İşçiler, Hastanemizin kurum kültürünü benimsemiştir	3,24	1,14	3,03	1,18	-0,88	0,377
Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır.	3,86	1,11	3,41	1,29	-1,61	0,108
Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar.	3,89	0,93	3,38	1,35	-1,57	0,117
Taşeron İşçiler, çalışma kurallarına kadrolu personele göre daha çok dikkat etmektedir.	3,46	1,21	3,21	1,17	-1,01	0,315
Taşeron İşçiler, kadrolu personele göre daha iyi çalışmaktadır.	3,05	1,39	2,95	1,56	-0,19	0,852
<b>Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilme Süreci Hakkındaki İfadeler</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
Taşeron İşçiler kadroya geçirilirken, kadrolu personelle aynı işi yapanların kadroya alınması uygundur.	3,70	0,99	3,33	1,45	-0,73	0,462
Taşeron İşçilerin, ÖSYM tarafından yapılacak bir sınavla kadroya alınmaları daha uygun ve adildir.	3,70	1,22	3,46	1,41	-0,64	0,523
Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum.	3,24	1,23	3,05	1,27	-0,79	0,428
Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum.	3,54	1,14	2,92	1,40	-1,93	0,046
Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.	3,95	0,94	3,74	1,21	-0,47	0,637
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir.	3,73	1,12	3,38	1,40	-0,78	0,433
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır.	3,38	1,18	3,03	1,30	-1,04	0,297
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane idareleri ihale yapma yükünden kurtulacaklardır	3,57	1,19	3,36	1,46	-0,16	0,871
<b>Kadroda Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler Hakkındaki İfadeler</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Ort.</b>	<b>Ss.</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
Taşeron İşçilerin kadroya alınmaları sonucunda iş güvencesi altına girmeleri, hastane yöneticilerin iş yaptırma gücünü azaltacaktır.	3,27	1,38	3,31	1,32	-0,09	0,932
Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir.	3,65	1,08	3,33	1,45	-0,59	0,557
Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır.	4,22	0,71	3,28	1,43	-2,86	0,004
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri İşçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kısılalma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır.	3,89	0,81	3,21	1,39	-1,98	0,047
Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler	3,81	0,99	2,90	1,42	-2,75	0,006
Taşeron firmalardan alınan hizmetin aksayan kısımları için taşeron firmaya çeşitli yaptırımlar uygulanarak taşeron işçilerin daha titiz çalışması sağlanıyordu. Taşeron firmaların devreden çıkması ile bu yaptırımların kalkması, işlerde aksamaların meydana gelmesine ve iş kalitesinin düşmesine neden olacaktır.	3,24	1,27	3,05	1,25	-0,71	0,475
Hastaneye personel alınması ve çıkarılması zorlaşacağından, hastanelerin personel ihtiyacını zamanında ve yeterli miktarda karşılaması zor olacaktır.	3,30	1,31	3,13	1,34	-0,57	0,562
Hastanelerin, ihtiyaç duyulan personeli zamanında temin edememesi nedeniyle, hastanelerde hizmet aksamalarına neden olacaktır.	3,30	1,39	2,97	1,38	-1,05	0,291
Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır.	3,19	1,31	2,69	1,49	-1,56	0,117



Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmeleri ile ilgili ifadeler hastane yöneticilerinin hastanedeki yöneticilik sürelerine göre farklılık olup olmadığı Mann Whitney-U testiyle incelenerek elde edilen bulgular Tablo 6’da verilmiştir. Araştırma bulgularına göre taşeron işçilerin performansı ile ilgili ifadelerinden sadece “Taşeron İşçiler mesleki iş disiplinine sahiptirler” ifadesinde hastanedeki yöneticilik süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

“Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” bölümünde elde edilen araştırma bulgularına göre sadece “Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum” ifadesinde hastanedeki yöneticilerin yöneticilik sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

“Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümünde elde edilen araştırma bulgularına göre “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır”, “Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri İşçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kısalma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır” ve “Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler” ifadelerinde yöneticilik süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 6’da hastane yöneticilerinin taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki bağımsız sorulara verdikleri cevapların frekans dağılımı verilmiştir.

**Tablo 7. Hastane Yöneticilerinin Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkındaki Bağımsız Sorulara Verdikleri Cevapların Frekans Dağılımı**

		Sayı	Yüzde
Taşeron İşçilerin Hastanemizde çalışmasından memnunum	Evet	205	71,5
	Hayır	30	10,4
	Kararsızım	52	18,1
Taşeron İşçiler, Hastanemize katkı sağlamaktadırlar	Evet	212	73,8
	Hayır	24	8,5
	Kararsızım	51	17,7
Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmelerini destekliyorum	Evet	175	60,9
	Hayır	36	12,6
	Kararsızım	76	26,5
	<b>Toplam</b>	<b>287</b>	<b>100,0</b>

Tablo 7’de hastane yöneticilerine doğrudan sorulan “Taşeron İşçilerin Hastanemizde çalışmasından memnunum” ifadesine hastane yöneticilerinin %71,5’i evet, %10,4’ü hayır ve %18,1’i ise kararsız olduğunu; “Taşeron İşçiler, Hastanemize katkı sağlamaktadırlar” ifadesine hastane yöneticilerinin %73,8’i evet, %8,5’i hayır ve %17,7’si ise kararsız olduğunu; “Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmelerini destekliyorum” ifadesine ise hastane yöneticilerinin %60,9’u evet, %12,6’sı hayır ve %26,5’i ise kararsız olduğunu belirtmişlerdir.

#### IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın amacı; kamuya ait sağlık kurumlarında çalışan taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkında Türkiye genelindeki kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşlerini değerlendirmektir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular şöyledir.

Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmeleri hakkındaki 3 bölümde yer alan ifadeler için hastane yöneticilerinin, her bölüme katılma derecelerinin ortalamaları incelenmiş ve hastane yöneticilerinin bu üç bölümdeki ifadelere genel olarak katıldıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastane yöneticileri, ankette yer alan “taşeron işçilerin performansından (ort: 3,46)” genel olarak memnun olduklarını; “taşeron işçilerin kadroya geçiş süreci (ort: 3,44)” ve “taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler (ort: 3,31)” genel olarak katıldıklarını belirtmişlerdir. Kamu hastanelerindeki yöneticiler, taşeron işçilerin hastanedeki çalışmaları esnasında göstermiş oldukları performanstan genel olarak memnun olduklarını belirtmişlerdir. Bunun en önemli nedeni olarak, hastanede çalışan taşeron işçilerin kadrolarının bulunmaması (iş güvencesinin yokluğu) ve işten atılma endişelerinin olmasından dolayı hastanede daha dikkatli, kurallara uygun ve hastanedeki amirlerinin/yöneticilerinin isteklerine uygun çalışmaları gösterilebilir.

Hastane yöneticilerinin, taşeron işçilerin kadroya geçiş sürecinde işe alınma prosedürleri; ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerektiğini; kadroya geçiş sürecinde yaşanacak belirsizliklerin hem hastaneyi hem de hastane yöneticilerini olumsuz etkileyebileceği, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacağı gibi anlam olarak olumsuz olan ifadeler genel olarak katılmaktadırlar. Ayrıca hastane yöneticileri, taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını ve hastane idarelerinin ihale yapma yükünden kurtulacaklarını düşündüklerini de belirtmişlerdir. Taşeron işçilerin kadroya geçiş sürecinde bazı belirsizliklerin olmasından dolayı hastane yöneticilerinin bazı endişeleri bulunmakla birlikte, bazı ifadeler için de olumlu görüş belirtmişlerdir.

Anketteki üçüncü bölüm olan “taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” genel olarak katılan hastane yöneticileri, bu bölümdeki bazı olumsuz ve olumlu ifadeler katıldıklarını belirtmişlerdir. Hastane yöneticileri, taşeron işçilerin iş güvencesi altına girmeleri sebebiyle, taşeron işçilere iş yaptırma güçlerinin azalacağını; hastaneye personel alınması ve çıkarılması zorlaşacağından, hastanelerin personel ihtiyacını zamanında ve yeterli miktarda karşılamamasında dolayı problem yaşanacağını ve hastanelerde hizmet aksamalarına neden olabileceğini; aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron işçilerin maaşları arasında fark olmasının çalışma barışını olumsuz etkileyebileceğini ve hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getireceğini ve bu durumun hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olabileceği konusunda endişe duymaktadırlar. Bununla birlikte hastane yöneticileri, firmalara ödenen kar ve sözleşme giderlerinin ortadan kalkacağını ve hastanelerin tasarruf edeceklerini; işçilerin maaşlarını zamanında alacaklarını düşünmektedirler.

Hastane yöneticilerinin eğitim durumları itibari ile anketteki “Taşeron işçilerin performansı ile ilgili ifadeler” ile “Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. “Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” bölümünde ise hastane yöneticilerinin eğitim durumuna göre sadece “Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır” ifadesinde eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu ifadenin eğitim durumuna göre ortalamaları incelendiğinde, en düşük ortalamanın Lise/Önlisans grubunda ve en yüksek ortalamanın Tıp/Dış Hekimliği grubunda olduğu görülmektedir. İfadenin negatif anlamlı olduğu göz önüne alınırsa, Tıp/Dış Hekimliği mezunu grubunda yer alan hastane yöneticilerinin, kadroya geçiş sürecinde problem yaşanacağı algısının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastane türü bakımından anketteki “Taşeron işçilerin performansı ile ilgili ifadelerin” yer aldığı bölümde yapılan araştırma bulgularına göre

“Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir”, “Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar” ve “Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır” ifadelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark bulunan ifadelerin hastane türüne göre ortalamaları incelendiğinde, genel hizmet hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşlerine ait ortalamanın diğer hastane türlerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşlerine göre yüksek olduğu görülmektedir. Yani genel hizmet hastanesinde çalışan hastane yöneticilerinin, bu ifadelere daha çok katıldıklarını söylebilir. Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” bölümünde araştırma bulgularına göre ifadelerin hiçbirisinde, “hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastane türü” bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastane türü bakımından anketteki “Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümündeki araştırma bulgularına göre “Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir”, “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, işçiler maaşlarını zamanında alacaktır” ve “Taşeron işçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır” ifadelerinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark bulunan ifadelerin hastane türüne göre ortalamaları incelendiğinde, genel hizmet hastanelerinin ortalamasının yüksek ve ağız/dış sağlığı hastanelerinin ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Yani genel hizmet hastanelerinde çalışan hastane yöneticileri bu ifadelere daha çok katılmakta iken, ağız/dış sağlığı hastanelerinde çalışan hastane yöneticileri ise bu ifadelere katılmamaktadırlar. Ayrıca üniversite hastane yöneticilerinin “Taşeron işçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere (özellikle üniversite) mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır” ifadesine verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde kararsız oldukları görülmektedir. Özellikle borç yükü altında ezilen üniversite hastane yöneticilerinin bu ifadede kararsız olmaları, bu görüşe pek katılmadıkları anlamına gelebilir. Üniversite hastanelerinin aksine genel hizmet hastanelerinde çalışan hastane yöneticileri bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir

Hastane yöneticilerinin hastanedeki yöneticilik görevi bakımından araştırma bulgularına göre anketteki “taşeron işçilerin performansı ile ilgili ifadeler” ile “taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümlerinde yer alan ifadelerin hiçbirisinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. “Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” bölümündeki araştırma bulgularına göre sadece “taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum” ifadesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlgili ifadenin, hastane yöneticilerinin görev konumuna göre ortalamaları incelendiğinde, hastane müdür ve müdür yardımcılarının ortalamasının, başhekim ve başhekim yardımcılarının ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yani hastane müdür ve müdür yardımcıları, taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra motivasyonlarının artması sebebiyle daha iyi çalışacaklarını düşünmektedirler. Bunun en önemli nedeni de hastane müdür ve müdür yardımcıları taşeron işçilerle birlikte daha çok çalıştıkları için bu işçileri başhekim ve başhekim yardımcılara göre daha iyi tanımaktadırlar ve taşeron işçilerin isteklerini ve gereksinimlerini daha iyi bilmektedirler.

Hastane yöneticilerinin yöneticilik görev süresi bakımından araştırmada elde edilen bulgulara göre; taşeron işçilerin performansı ile ilgili ifadelerden sadece “Taşeron İşçiler

mesleki iş disiplinine sahiptirler” ifadesinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İlgili ifadenin yöneticilerin görev süresine göre ortalamaları incelendiğinde, yöneticilik görev süresi 1-2 yıl olan hastane yöneticilerinin ortalamasının, yöneticilik görev süresi 3 yıl ve üzeri olan hastane yöneticilerinin ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yöneticilik görev süresi 1-2 yıl olan hastane yöneticileri, taşeron işçilerin mesleki iş disiplinine sahiptirler görüşüne katılırken, yöneticilik görev süresi 3 yıl ve üzeri olanlar ise bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Yöneticilik görev süresi 3 yıl ve üzerinde olan hastane yöneticileri, daha uzun süredir hastanede çalıştıkları ve daha deneyimli oldukları için taşeron işçileri daha iyi gözlemlene ve denetlemektedirler. Bu sebeple taşeron işçilerin mesleki iş disiplinine sahiptirler görüşü konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Hastane yöneticilerinin yöneticilik görev süresi bakımından anketteki “Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süreci hakkındaki ifadeler” bölümündeki araştırma bulgularına göre sadece “Taşeron İşçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum” ifadesinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yöneticilik süresine göre ortalamalar incelendiğinde, yöneticilik görev süresi 1-2 yıl olan hastane yöneticilerin ortalamasının, görev süresi 3 yıl ve üzeri olan hastane yöneticilerinin ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastanedeki yöneticilik görev süresi 1-2 yıl olan hastane yöneticileri, taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünürken, yöneticilik görev süresi 3 yıl ve üzeri olan hastane yöneticileri ise bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Hastane yöneticilerinin yöneticilik görev süresi bakımından “Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki ifadeler” bölümündeki araştırma bulgularına göre “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, işçiler maaşlarını zamanında alacaktır”, “Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri işçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kısalma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır” ve “Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron işçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler” ifadelerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Fark bulunan ifadelerin, hastanedeki yöneticilik süresine göre ortalamaları incelendiğinde; yöneticilik görev süresi 1-2 yıl olan hastane yöneticilerin ortalamasının, görev süresi 3 yıl ve üzeri olan hastane yöneticilerinin ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yöneticilik görev süresi 1-2 yıl olan hastane yöneticileri, bu ifadelere daha çok katıldıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca Hastanede 3 yıl ve üzeri yöneticilik yapan hastane yöneticileri diğer ifadelere katılmalarına rağmen, “Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler” ifadesinde ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Hastane yöneticilerine doğrudan sorulan “Taşeron İşçilerin Hastanemizde çalışmasından memnunum” ifadesine hastane yöneticilerinin %71,5’i evet, %10,4’ü hayır ve %18,1’i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu veriye göre araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin büyük bir çoğunluğu taşeron işçilerin kendi hastanelerinden çalışmasından memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Bu verileri Tablo 2’de yer alan “Taşeron İşçilerin Performansı Hakkındaki İfadeler İçin Hastane Yöneticilerinin Görüşlerinin Ortalaması (ort: 3,46)” ile karşılaştırdığımızda aynı doğrultuda bir paralellik görülmektedir. Ayrıca Eriş tarafından (2017) yapılan “Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansı Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşleri: Şanlıurfa Örneği” isimli araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin taşeron işçilerin hastanemizde çalışmasından memnun diyenlerin oranı %61,6 olarak belirtilmiştir. Hastane yöneticilerinin % 16,7’si memnun olmadıklarını belirtirken, % 21,6’sı ise kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

Hastane yöneticilerine doğrudan sorulan “Taşeron İşçiler, Hastanemize katkı sağlamaktadırlar” ifadesine hastane yöneticilerinin %73,8’i evet, %8,5’i hayır ve %17,7’si ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu sonuca göre araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin büyük bir çoğunluğu taşeron işçilerin kendi hastanelerine katkı sağladıklarını ifade etmişler ve taşeron işçilerin hastanemizde çalışmalarından memnunum ifadesi ile doğru orantılı cevap vermişlerdir. Eriş tarafından (2017) yapılan “Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansı Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşleri: Şanlıurfa Örneği” isimli araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastane yöneticileri taşeron işçilerin performansından genel olarak memnun olduklarını belirtmekle birlikte

Hastane yöneticilerine doğrudan sorulan “Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmelerini destekliyorum” ifadesine ise hastane yöneticilerinin %60,9’u evet, %12,6’sı hayır ve %26,5’i ise kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu sonuca göre araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin büyük bir çoğunluğu taşeron işçilerin kadroya geçirilmelerini desteklediklerini ifade etmişlerdir. Hastane yöneticilerinin bu soruya verdikleri olumlu %60,9’luk evet cevabına rağmen, tablo 7’de sorulan “taşeron işçilerin hastanemizde çalışmasından memnunum %71,5” ve “taşeron işçiler hastanemize katkı sağlamaktadır %73,8” sorularına verilen olumlu cevaplardan daha düşük evet dedikleri görülmektedir. Hastane yöneticilerinin vermiş oldukları cevaplara bakıldığında, bazı hastane yöneticilerinin, taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hususunda çekinceleri olduğu görülmektedir. Ankette yer alan “Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir”, “Taşeron İşçilerin kadroya alınmaları sonucunda iş güvencesi altına girmeleri, hastane yöneticilerin iş yaptırma gücünü azaltacaktır” ve “Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını olumsuz etkiler” gibi ifadelerin ortalamalarına bakıldığında hastane yöneticileri bu ifadelere katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu sebeple, bu ifadelerde belirtilen olayların meydana geleceğine inandıkları için hastane yöneticilerinin taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hususunda verdikleri evet cevabının oranında ortalama %10’luk bir azalma olduğu düşünülmektedir.

Yine tablo 7’de “taşeron işçilerin hastanemizde çalışmasından memnunum” ve “taşeron işçiler hastanemize katkı sağlamaktadır” ifadeleri için hastane yöneticilerinin %18’i kararsız olduklarını belirtmelerine rağmen, “Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmelerini destekliyorum” ifadesinde ise kararsızlık oranı %26,5’e çıktığı görülmektedir.

Bu verilere göre genel olarak hastane yöneticileri, taşeron işçilerin performansından ve hastanelerine katkı sağladıkları konusunda yüksek oranda olumlu görüş belirtirken, yukarıda belirtilen bazı çekincelerinden dolayı taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri konusunda hastane yöneticilerinin olumlu görüşleri azalırken, kararsızların oranının arttığı görülmektedir.

Sonuç olarak, hastane yöneticilerinin taşeron işçilerin hastanelerinde çalışmalarından memnun olduklarını, bu işçilerin hastanelerine katkı sağladıklarını ve genel anlamda taşeron işçilerin kadroya geçirilmelerini destekledikleri söylenebilir.

Literatür taramalarında hastanelerde DKK ve DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin çalışma koşulları ve iş güvenliği gibi konularda yapılmış bazı araştırmaların bulunduğu görülmektedir. Örneğin, Yiğit tarafından (2004) yapılan “Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Hastane İşletmelerinde Uygulaması”, Moschuris ve Kondylis tarafından (2008) yapılan Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı”; Karahan tarafından (2009) yapılan “Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma); Yalçın ve diğerleri tarafından (2011) yapılan “Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği” ve Akyürek tarafından (2013) yapılan “Türk Sağlık

Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı” gibi araştırmalar bulunmaktadır. Veya hastanelerde çalışan taşeron işçiler ile ilgili Akyürek ve diğerleri tarafından (2011) yapılan “Buzdağının Görünmeyen Kısmı: İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Yönetimsel Yansımaları”; İzgi ve Türkmen tarafından (2012) yapılan “Akdeniz Üniversitesi’nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti”; Ulukan ve Yılmaz tarafından (2016) “Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği” gibi araştırmalarda bulunmaktadır. Fakat literatür taramalarında bu araştırmaların haricinde hastanelerde DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin kadroya geçirilmeleri hakkında hastane yöneticilerinin görüşlerini tespit etmek amacıyla yapılmış yurt içi ve yurt dışında herhangi bir araştırmaya rastlanılmadığından, bu araştırma ile doğrudan bir karşılaştırma yapabilmek imkanı bulunmamaktadır. Bu araştırmanın, ileride bu konuda çalışma yapacak araştırmacılar için veri teşkil edeceğinden yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu veriler ışığında sağlık politikası belirleyicilerine, taşeron işçilerin kadroya geçirilmesi ile ilgili şu öneriler yapılabilir:

- Sağlık sektörü, emek yoğun çalışan hizmet sektöründe yer aldığı için, diğer sektörlerden farklı olduğu göz ardı edilmemeli ve politika belirleyicileri tarafından bu husus dikkate alınmalıdır.
- Sağlık sektöründeki taşeron işçilerin kadroya geçişleri ile ilgili, hastane yöneticilerine sağlık politikası belirleyicileri tarafından gereken bilgi verilerek, hastane yöneticilerinin endişeleri giderilmelidir.
- Taşeron işçiler kadroya geçirilirken, kamu hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşleri alınarak, gerekli düzenlemeler bu görüşler doğrultusunda yapılmalıdır.
- Özellikle üniversite hastanelerinin zaten mali borçlarının çok olması sebebiyle, kadroya geçiş sürecinde üniversite hastanelerine yeni mali yükler getirecek uygulamalardan kaçınılmalı veya üniversite hastanelerine mali açıdan destek sağlanmalıdır.
- Taşeron İşçiler kadroya alınırken, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi, taşeron işçilerin motivasyonlarını arttırmaya, hastaneye ve yaptıkları işlerine bağlılıklarını arttıracaktır.

## KAYNAKÇA

1. Akyürek Ç. E., Toygar Ş. A., Eriş H. ve Top M. (2011) Buzdağının Görünmeyen Kısmı: İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Yönetimsel Yansımaları. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 4(2): 125-149.
2. Akyürek Ç. E. (2013) Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı. **Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi**, 12(2): 1-24.
3. Al-Khachroum M. M. and Kennawi W. (2010) Readiness of Organizations for Outsourcing the Human Resources Activities (Applied at Industrial Organizations in the City of Aleppo). **Journal of Academic Researches and Studies** 2(3): 16–34.
4. Baradari M. (2014) Develop the Strategic Outsourcing with Consideration of Core Competency Criteria Independence. **Journal of Advanced Management Science** 4(1): 57 – 60.

5. Boşcor D. and Băltescu C. (2014) Romania's Competitive Advantages on the Global Outsourcing Market. Bulletin of the Transilvania University of Braşov, Series V: **Economic Sciences** 7(5 –1): 149–154.
6. Christina A. (2013) Human Resource Outsourcing: A Boon or Bane. **National Monthly Refereed Journal of Research in Commerce & Management** 2(4): 14 –148.
7. Cox M., Roberts M. and Walton J. (2011) IT Outsourcing in the Public Sector: Experiences Form Local Government. **Electronic Journal Information Systems Evaluation** 14(2): 193–203.
8. Çoban O. ve Tutkun O. (2004) Firmaların Piyasa Performansının Artırılmasında Bir Strateji Olarak Outsourcing'in Rolü. **Outsourcing Dergisi** 36 – 40.
9. Çolak A. (2017) Türkiye'de Kamu Kesiminin Taşeronlaşma Eğilimi. **International Journal of Social Sciences and Education Research** 3(3): 1004-1017.
10. Dalgıç K. (2007) Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Türk Silahlı Kuvvetleri'nde (TSK) Dış Kaynak Kullanımı Uygulamaları: TSK ve Dünya Ordularında Bir Karşılaştırmalı Bir Araştırma.: **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.** Kahramanmaraş
11. Eriş H. (2017) Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansı Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşleri: Şanlıurfa Örneği. **Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi** 3(2): 1-13.
12. Felea M. (2011) Outsourcing Logistics Activities. **Supply Chain Management Journal** 2(1): 48–56.
13. Gerek N. (2004) Kamu Kuruluşlarında Hizmet Alım İhaleleri Kapsamında Çalıştırılan Alt İşveren İşçileri İle İlgili Sorunlar. **Çalışma ve Toplum Dergisi** 2007(4).
14. Gümüşay–Şahin A. ve Berberoğlu N. (2011) Lojistik Outsourcing Karar Süreci ve 3PL Firma Seçim Kriterleri. **AJIT–e: Online Academic Journal of Information Technology, Güz Dönemi** 2(5): 33–50.
15. Hila C. M. and Dumitraşcu O. (2014) Outsourcing within a Supply Chain Management Framework. **Proceedings of the 8th International Management Conference – Management Challenges for Sustainable Development: November 6<sup>th</sup> – 7<sup>th</sup> 2014**,Romania: Lucian Blaga University, 328 – 336.
16. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/01/20180101-5.htm>
17. <http://www.uzmansgk.com/calisan/taseron-iscinin-kadroya-gecisi-icin-basvuruda-istenen-belgeler-ve-basvuru-sekli>.
18. Iqbal Z. and Dad A. M. (2013) Outsourcing: A Review of Trends, Winners & Losers and Future Directions. **International Journal of Business and Social Science** 4(8): 91 – 107.

19. İzgü C. M. ve Türkmen. Ö. H. (2012) Akdeniz Üniversitesi'nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Durum Tespiti. **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi** 10(3): 160-173.
20. Jacobson T. (2004) IT Outsourcing in US Hospitals: Potential Benefits and Risks. Oregon: **Applied Information Management and the Graduate School of the University of Oregon in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Science**, 21.
21. Jeremy G. Roberts, John G. Henderson, Larry A. Olive and Daniel O. (2013) A Review of Outsourcing of Services in Health Care Organizations. **Journal of Outsourcing & Organizational Information Management** 2013: 1-10.
22. Karahan A. (2009) Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma). **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 12(21): 185–199.
23. Kremler T., Icmeli Tükel O. and Rom W. O. (2006) Outsourcing Decision Support: A Survey of Benefits, Risks, and Decision Factors. **Supply Chain Management: An International Journal** 11(6): 467 – 482.
24. Lonsdale C. and Cox A. (2000) The Historical Development of Outsourcing: The Latest Fad?. **Industrial Management & Data Systems** 100(9): 45–52.
25. MacCormac A., Forbath T., Brooks P. and Kalaher P. (2007) From Outsourcing to Global Collaboration: New Ways to Build Competitiveness. **Harvard Business School Achieving Innovation through Global Collaboration: A New Source of Competitive Advantage**, HBS Working Paper 7(79): 1 – 20.
26. Moschuris S. J. and Kondylis M. N. (2006) Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective. **J Health Organ Management** 20(1): 4-14
27. Öztürk A. ve Sezgili K. (2002) Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Yeni Bir Rekabet Stratejisi Olarak Kullanılması ve Uygulama Süreci. **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 21(2): 127 – 142.
28. Özutku H. (2002) İnsan Kaynakları Yönetiminde Yeni Eğilimler: Dış Kaynaklardan Yararlanma. **Verimlilik Dergisi** (2): 117–130.
29. Pirannejad A., Salami H. and Mollaei A. (2010) Outsourcing Priorities of Government Functions: Analytic Network Process Approach. **African Journal of Business Management** 4(9): 1723–1735.
30. Quelin B. and Dyhamel F. (2003) Bringing Together Strategic Outsourcing and Corporate Strategy: Outsourcing Motives and Risks. **European Management Journal** 21(5): 647–661.
31. Sümer H. H. (2013) **Alt İşverenlik**, ÇSSBK 10.Çalışma Meclisi, Ankara, s.139-141.
32. Şafak C. (2004) 4857 Sayılı İş Kanunu Çerçevesinde Taşeron (Alt İşveren) Meselesi. **Türk Tabipleri Dergisi** (51): 2004.



33. Tanyaş M. (2003) **Lojistik ve Tedarik Zinciri Yönetimi**. Ege Denizcilik Lojistik Kongresi Bildiriler Kitabı: 31 Mayıs 2003.İzmir: Denizcilik Derneği İzmir Şubesi Yayınları, 46.
34. Tayauova G. (2012) Advantages and Disadvantages of Outsourcing: Analysis of Outsourcing Practices of Kazakhstan Banks. **Procedia – Social and Behavioral Sciences** 41: 188 – 195.
35. Taylor T. (2005) In Defense of Outsourcing. **CATO Journal** 2(12): 367 – 377.
36. Troacă V. A. and Bodislav D. A. (2012) Outsourcing: The Concept. **Theoretical and Applied Economics** 19(6 – 571): 51 – 58.
37. Ulukan N. C. and Yılmaz D. Ö. (2016) Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği. **Çalışma ve Toplum**, 1.
38. Yalçın İ., Akın M. ve Şeker M. (2011) Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği **KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 13 (20): 83-92.
39. Yiğit V. (2004) **Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Hastane İşletmelerinde Uygulaması**. Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı.
40. 4734 Sayılı Kamu **İhale Kanunu**
41. 475 sayılı **İş Kanunu** 25.08.1971.
42. 506 sayılı Sosyal **Sigortalar Kanunu** 17.07.1964.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Eriş, H. & Kabalcıoğlu Bucak, F. (2018). *Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkında Kamu Hastane Yöneticilerinin Görüşleri*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 719-744.

# Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği\*

Kemal TEMEL\*\*  
Murat AYDIN\*\*\*

## ÖZ

Piyasalarda, her zaman alıcı ve satıcılar aynı bilgiye sahip değildir. Bu durum doğru bilgiyi elinde tutan taraf açısından bir avantaj sağlarken, bu bilgiden yoksun taraf içinse bir dezavantaj oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ise bilginin yoğun olduğu alanlardan birisidir. Çünkü hizmeti verenler ile alanlar arasındaki ilişkinin temeli bilgiye dayanmaktadır. Hizmet alan hastaların, hastalıkları ve alacakları hizmet hakkında tam ve detaylı bilgiye sahip olabilmeleri her zaman için mümkün olamamaktadır. Buna karşılık hekimler, hastaların hastalıkları ve tedavileri hakkında daha fazla bilgiye sahiptirler. Bu durum sağlık hizmetleri piyasasında her iki tarafın aynı bilgiye (simetrik) sahip olmamasına bağlı olarak bilgi asimetrisine neden olmakta, ekonomik kayıplar doğurabilmektedir. Bu çalışma ile bilgi asimetrisine bağlı olarak hasta-hekim arasındaki ilişki esnasında fiziki şartlar, iletişim, etik ve güven algısının neden olduğu ekonomik etkiler incelenmiştir. Araştırmanın evrenini Çanakkale ilinde görev yapan hekimler ile bu hekimlerden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında 172 hekim ve 348 hastaya ulaşılarak anket uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre hekimler ile hastalar arasında algı düzeyi açısından anlamlı farklar olduğu tespit edilmiştir. Hizmet kullanımında, eğitim düzeyinin yanında sağlık bilgi düzeylerinin etkili olduğu görülmüştür. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide, iletişim ve güvenin tanı ve tedavi sürecini etkilediği görülmektedir. Hasta ve hekim hastaların hizmet alma eğilimlerini değiştirmektedir. Hizmet alma eğilimindeki değişiklikler hastaların gereksiz ve aşırı hizmet kullanımına, bunun yanında yol, zaman, iş kaybı vb. kayıplara da neden olmaktadır. Hekimler açısından da iş kaybı, diğer hastalara ayrılacak zaman kaybı, sarf ve tıbbi malzeme kaybı gibi ekonomik kayıplara ve maliyet artışına neden olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Bilgi Asimetrisi, Hasta-Hekim İlişkileri, Ekonomik Etkiler.

## Economic Problems of Health Aspects in Patient-Physician Relationship The Case of Canakkale

### ABSTRACT

In the markets, buyers and sellers do not always have the same knowledge. While this provides an advantage in terms of the party holding the right information, it is a disadvantage for the party that lacks it. Health care is one of the areas where knowledge is intense. Because the relationship between the service providers and the fields is based on the basis of knowledge. It is not always possible for patients receiving services, diseases and receivables to have full and detailed information about the service. On the other hand, physicians have more knowledge about diseases and treatments of patients. This leads to information asymmetry and economic losses due to the fact that both sides do not have the same information (symmetric) in the health care market. This study investigates the economic effects of physical condition, communication, ethics and trust in the relationship between patient and physician due to information asymmetry. The universe of the research constitutes the doctors working in the province of Çanakkale and the patients receiving services from these

\* Bu çalışma, Kemal Temel'in "Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisi ve Ekonomik Etkileri: Çanakkale Örneği" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir. Tez çalışması Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi (BAP) tarafından desteklenmektedir. Proje Numarası: 2481

\*\* Öğr. Gör. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO, kemaltemel@comu.edu.tr

\*\*\* Doç. Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Biga İİBF, murataydin@comu.edu.tr

physicians. In the scope of the study, 172 physicians and 348 patients were reached and a questionnaire was applied. According to the results of the study, it was determined that there is a significant difference between physicians and patients in terms of perception level. In the use of services, health information levels have been found to be effective besides education level. Communication and trust between the patient and the physician are related to the diagnosis and treatment process. This is changing the tendency of patients to get services. The changes in the tendency to receive health care services lead to unnecessary and excessive use of the services by the patients, as well as loss of time, excessive use of transportation systems and loss of working time. In terms of physicians, it also causes economic loss and cost increase such as loss of work, waste of time for other patients, loss of consumables and medical equipment.

**Keywords:** Health Services, Information Asymmetry, Patient-Physician Relations, Economic Impacts.

## I. GİRİŞ

Tüm bireylerin eşit, ulaşılabilir ve hakkaniyet içinde alması gereken insani haklardan birisi de sağlık hizmetidir. Bu hizmet sadece bireyi değil aynı zamanda toplumu da ilgilendirmektedir. Bu nedenle herkes tarafından etkin bir şekilde kullanılabilmesi için gerekli donanım, altyapı ve insan gücünün sağlanması gerekmektedir. Ayrıca hizmet sunanlar ile hizmet alanlar arasındaki (hizmetin sunumu, hekimin çabası gibi) birçok faktöre bağlı olarak da değişkenlik gösterebilmektedir. Blum (1975)'un çevresel yaklaşım modeline göre sağlık dört ana faktörden etkilenmektedir. Bunlar; çevre, davranış, sağlık hizmetleri ve kalıttır. Bu faktörler toplumsal yapılar tarafından etkilenmekte ve birbirlerini de etkilemektedirler. Bu modele ilave olarak, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık politikaları ve girişimleri gibi değişkenleri de çevresel yaklaşım modeline ayrıca eklemek gerekmektedir (Kavuncubaşı, Yıldırım 2010).

Sağlık piyasasında çoğunlukla tam bilginin var olduğu varsayımı düşüncesi hâkimdir. Yani sağlık piyasasında hem hizmet sunucuları hem de hizmet alanlar her mal ve hizmetin fiyat ve kalitesini bildiğini düşünmektedir. Oysa bu durumun aksine bilgi düzeyi hizmet sunucuları ile alıcıları arasında farklılık göstermektedir. Çünkü piyasada gerçek bilgi hiçbir zaman iki taraf için de her zaman tam olarak (istisnai durumlar hariç) var olmamıştır (Folland et al. 2010). Sağlık hizmetleri piyasasında hekimler daima hastadan çok daha fazla bilgiye sahiptir. Çünkü sağlık üretim fonksiyonu ifade edildiği üzere hizmetin sunumu, hekimin çabası ve diğer birçok faktörden etkilendiğinden bir hastanın, bir hekim hakkındaki çevreden duydukları ya da bireysel performans gözlemi, ona hekimin çabasının düzeyini kolay bir şekilde belirleme olanağı sağlamamaktadır (Frank 2016). Bu durum asimetric bilgi kavramını ortaya çıkararak hastaların hekim tercihleri ile tedavi süreçlerini etkilemektedir.

Hasta ile hekim arasındaki ilişki, sağlık hizmetinin doğru ve etkin verilebilmesinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Arrow (1963)'un ifadesiyle, hasta ile hekim arasındaki ilişkinin temelini güven oluşturmaktadır. Güvene bu derece önem verilmesinin nedeni de hastanın korunmasızlığı, belirsizliği\* ve ayrıca güvenin hasta kişinin mutluluğunu etkileyen, tedavinin de bir bileşeni olmasından kaynaklanmaktadır (Frank 2016). Çünkü hasta ile hekim arasında doğru ve etkin ilişki kurulması tedavi sürecini de etkilemektedir. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide belirleyici rol oynayan faktör bilgi asimetrisi nedeniyle hastanın hekimi vekil seçmesidir. Hasta alacağı hizmet hakkında tam bilgiye sahip olamadığı için hekimi, hastalığı ve tedavisinde ne yapılacağını bilen kişi olarak kabul etmektedir. Hasta sadece hastalığı ile ilgili değişiklikleri fark edebilecek durumdadır. (Top, Tarcan 2007). Bu

---

\* “Belirsizliğin yansız takdiri, rasyonelliğin temel taşıdır- ama insanların ve örgütlerin istediği bir şey değildir. Aşırı belirsizlik tehlikeli durumlarda insanı felç eder ve yalnızca tahmin yürüttüğünü itiraf etmek, risk yüksek olduğunda özellikle kabul edilemez. Biliyormuş gibi yapmak çoğunlukla tercih edilen çözümdür”. Bkz. (Kahneman 2017).

nedenle hasta hekimi kendisinin vekili belirleyerek hastalığı ile ilgili tüm yapılması gerekenleri hekimin yapmasına olanak vermektedir. Bu ilişki hasta ile hekim arasındaki bilgi düzeyi farklılıkları nedeniyle sorunlara neden olabilmektedir. Bunun yanında bilgi asimetrisi, hekime olan güven yaklaşımındaki değişiklikler, iletişimde yaşanan aksaklıklar, hastalık düzeyi vb. nedenlerden dolayı hastaların birden fazla hekime başvurma, tedavi sürecindeki kararsızlıklar ve sürecin uzamasına bağlı gelişen sorunlara da neden olmaktadır.

Hasta ve hekim ilişkisine bağlı olarak ortaya çıkan maliyet artışına çözüm üretme konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar, maliyet artışına hem hastaların hem de hizmet verenlerin katlanmaları gerektiği görüşündedirler (Bilgili, Ecevit 2008). Çalışma ile sağlık piyasalarında bilgi asimetrisinin neden olduğu maliyet artışı, hasta hekim ilişkilerindeki etkileri ve bu etkilere bağlı ekonomik kayıpların araştırılması hedeflenmiştir. Çalışmada hekim ve hastalara aynı konular benzer sorular ile anket uygulaması yöntemiyle uygulanmış ve davranış ve yaklaşımların kıyaslanması sağlanmaya çalışılmıştır. Hasta ve hekim ilişkilerinde bilgi asimetrisine bağlı yaşanan sorunların neden olduğu aşırı tüketim ve neticesinde maliyet artışına bağlı sorunlara çözüm önerileri getirilmesi amaçlanmıştır.

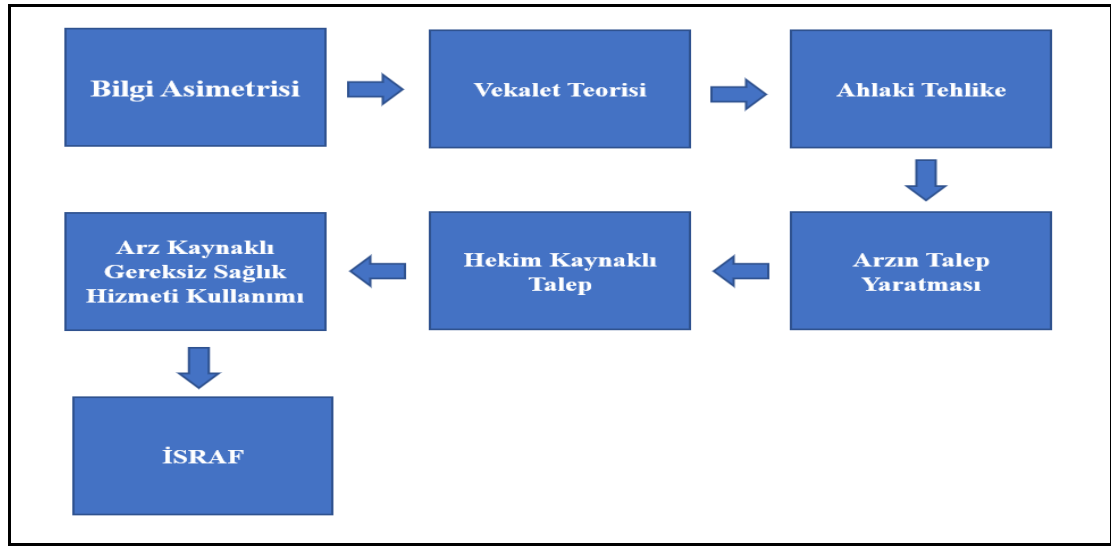
## II. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ ASİMETRİSİ

Bilgi simetrisi, tüm ilgili bilgilerin, tüm taraflarca bilindiği bir durumu ifade ederken, bilgi asimetrisi ya da diğer bir ifade ile asimetric bilgi, bir işlemdeki farklı tarafların farklı bilgi kümelerine sahip olduğu bir durumu ifade etmektedir (Afzal et al. 2008). Bilgi asimetrisi, kavram olarak ilk kez George A. Akerlof'un 1970 yılındaki *The Market for "Lemons": Quality, Uncertainty, and the Market Mechanism* adlı makalesinde kullanılmıştır. Makalede Akerlof, otomobil pazarı örneği ile asimetric bilgi kavramını geliştirmiştir (Auronen 2003). Çünkü defolu araçların varlığında eğer bilgi akışı kısıtlı ise sağlam araçların fiyatlarının da oluşacak kuşkuya bağlı olarak düşeceğini belirtmiştir. Böyle bir piyasayı da "limon piyasası" olarak adlandırmıştır (Akerlof, Shiller 2010). Akerlof'a göre satıcı daha fazla bilgiye sahip olduğundan bilgi asimetrisi gelişecektir. Bu da bilginin eşit olmayan bir dağılımını ifade etmektedir. Bu bilgi farkı da bir tarafı diğer tarafa göre daha avantajlı kılmaktadır (Afzal et al. 2008). Eğer piyasada mevcut bilgi her iki taraf için tam ve doğru olmazsa, piyasa başarısızlıkları görülecektir. Bir mal veya hizmetin özellikleri hakkında alıcı ve satıcının birbirlerinden farklı bilgiye sahip olmaları asimetric bilgiyi doğurmaktadır. Asimetric bilgi durumunda, piyasa sosyal yararı tam olarak sağlayamamaktadır (Blomqvist, Leger 2005). Bilgi asimetrisinin yoğun olduğu alanlardan biriside sağlık piyasasıdır. Çünkü bu piyasa yapısı itibari ile diğer piyasalardan farklı olarak ele alınmaktadır. Piyasayı diğerlerinden ayıran en temel özelliklerin başında da sağlık hizmetlerine olan talebin belirsiz olması ile asimetric bilgi gelmektedir (Bilgili, Ecevit 2008).

Sağlık ekonomisinde hizmet sunucular ve alıcılar arasında bilgi asimetrisinin olması kaçınılmazdır. Bilgi asimetrisi hastanın alacağı hizmette dezavantaja neden olabilmektedir. Çünkü hasta aldığı hizmet düzeyini, hastalık seyrini, uygun tedavi yöntemlerini, iyileşme ya da hastalığın ilerleme durumunu ve hizmetin maliyetini hizmet sunucularına oranla çok az bilmektedir. Bu nedenlerle sağlık piyasalarında yetersiz bilgi hastaların aleyhine problemlere neden olabilmektedir (Folland et al. 2010). Sağlık hizmetlerinde asimetric bilgi problemi ters seçim ve ahlaki tehlikeye yol açmaktadır (Clement 2009). Sağlık hizmetlerinde hastaların alacakları hizmeti hiç bilmemeleri ya da kısıtlı bilmeleri, yanlış hastane, yanlış hekim ya da sağlık hizmeti dışında yanlış tedavilere yönelmesine neden olabilmektedir. Bu durum zaman, para, işgücü kaybı, sağlık problemleri ve sosyal sorunlar gibi birçok olumsuzluğa neden olmaktadır. Buna karşılık hizmet sunucuların yeterince bilgi sahibi olmaları ve hastalar adına karar vermeleri, onları hastalara karşı daha avantajlı konuma getirmektedir. Hastalar tedavi oldukları hekime ya güvenmekte ya güvenmemekte ya da kısmen güvenmektedirler. Tedavi

sürecinin başlaması ile hastalar hekimleri kendilerine vekil olarak seçmekte ve yapılacak tüm işlem ve girişimlerin hekim tarafından belirlenerek uygulanmasını beklemektedirler. Bu ilişki ile hekime olan güven, iletişim ve fiziksel altyapı olanakları gibi birçok faktör tedavi sürecinde etkili olmaktadır.

Sağlık piyasalarında hekim ve hasta arasındaki ilişkide yaşanan tüm sorunların beraberinde ekonomik aksaklıkları da getirdiği görülmektedir. Hizmet sunucu konumundaki hekimlerin bilgi yönünden güçlü olmalarını kendi çıkarlarına göre kullanmaları, hastalarında bu bilgi eksikliğine bağlı olarak kendilerine yeterli düzeyde bilgi sağlayabilecek hizmet arayışları sağlık ekonomisinde rol oynamaktadır. Bu durum Şekil 1’de gösterilmiştir. Sağlık piyasalarının bilgi yoğun piyasa özellikleri nedeniyle hizmet sunucularının bu üstünlüğü kendi menfaatleri doğrultusunda kullanması gereksiz ve aşırı talep sorununa bağlı israf durumu ortaya çıkmaktadır (Ünal 2011).



**Şekil 1. Bilgi Asimetrisi Kaynaklı Arzın Talep Yaratması Probleminin Oluşturduğu İsraf Sorunu**

**Kaynak:** Durmaz, Erdem 2017

## 2.1. Ahlaki Tehlike

Sağlık piyasalarında ahlaki tehlike, mal ya da hizmetlerde taraflarından birinin diğer taraf aleyhine sözleşmeden yararlanacak biçimde, davranışını değiştirmesi ile ortaya çıkan durumu ifade etmektedir (Yıldırım 2015). Sağlık güvencesi olanların hastalandıklarında güvencesi olmayanlara göre hizmetleri aşırı tüketmesi görülebilir (Flood 2001). Bilgi asimetrisi, bazı durumlarda hastalar gibi hekimleri de gerekli olmayan işlemleri yapmaya yönlerebilir. Bu durum sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlikeye yol açmaktadır (Tumay 2009). Bunun asıl nedeni hasta ve hekim arasında bilgi simetrisinin gerçekleşmemesi ve daha fazla bilgiyi elinde tutan tarafın bu durumu kendi lehine kullanması durumunu ortaya çıkarabilmektedir. Bu durum ise bazen hastane harcamalarına yanlış tedavi sorumluluğu neticesinde maliyetler yüklemektedir. Thaler ve Sunstein (2017)’ın da ifade ettiği üzere yanlış tedavi sorumluluğuna açık olma oranı yaklaşık %5-9 arasında değişmektedir. Bu da dava maliyetleri\* ve neticesinde sağlık sigortası sistemi harcamasını doğurmaktadır.

\* Hekimlerin ihmali neticesinde açılan davalar, ihmal için sorumluluk riski ile birlikte hasarları azaltsa bile, kazanımlar tedavi görmeye gücü yetmeyenlerin kayıplarını bir şekilde dengeleyebilecektir. Bkz. (Thaler, Sunstein 2017).

## **2.2. Ters Seçim**

Bir ekonomik işlemde, yeterli bilgiye sahip olmayan tarafın, asimetrik bilgiden kaynaklı olarak seçmek istemediği müşteri kitlesini seçmesi ters seçim olarak adlandırılmaktadır (Savaşan 2013). Bu ters seçim kavramı ilk kez 1970 yılında Akerlof tarafından ortaya konulmuş olup, Myers, Majluf, Greenwald, Stiglitz ve Weiss tarafından da vurgulanmıştır (Mishkin 1996). Ters seçimin yoğun olarak yaşandığı alanlardan birisi de sağlık sektörüdür. Çünkü sağlık sigortası piyasalarında hasta sağlık durumunu sigorta şirketlerinden daha iyi bilmekte ve bunu kendi lehine kullanarak daha az prim ödeme eğilimi gösterebilmektedir. Bu durum sigorta şirketlerinin risk düzeyleri hakkında tam bilgiden yoksun kalmaları nedeniyle sigorta primlerinin ortalama bir fiyat üzerinden tüm katılımcıların aynı primi ödemelerine neden olmaktadır. Sigorta şirketlerinin belirlediği ortalama fiyat, daha düşük risk grubunda olanlar sigorta yaptırmaktan kaçınma sorunu ile karşı karşıya kalmaktadır (Shmanske 1996).

## **2.3. Arzın Talep Yaratması**

Sağlık hizmetlerinde hasta ile hekim arasında gerçekleşen ilişki “Vekâlet Teorisi Yaklaşımı” ile açıklanmaktadır. Hekimin hizmet alan hasta adına karar vererek talep oluşturması, hastanın vekili olarak davranması “arzın talep yaratması” olarak adlandırılmaktadır (Bilgili, Ecevit 2008). Hastanın vekili konumundaki hekim, hastanın sağlık sigortası ile elde ettiği satın alma gücünü çeşitli nedenlerle kullanarak gereksiz sağlık harcamalarına neden olabilir. Howard (2001)’in da ifade ettiği üzere sağlık sigortası yaptıran bir hasta için, hastanın hekimi aşırı ilaç yazabilir ya da gereksiz tıbbi tetkikler isteyebilir. Bu durumda bu hizmetlerin kişiye olan özel maliyetleri, toplumsal maliyetlerinden daha düşüktür. Ama bunun sonucu maliyetler artacağı için ilerde sigorta şirketleri kişilerin ödeyecekleri primleri arttıracaklardır (Kirmanoğlu 2007). Burada yaşanacak ekonomik kayıplar, sistemin gereksiz meşguliyeti ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Hekimler performans kaygıları, ekonomik nedenler, yönetsel sorunlara bağlı olarak ellerinde bulundurdukları karar verme gücünü bilgi asimetrisinden de yararlanarak hasta için gerekli olmayan sağlık hizmetlerinin kullanılmasına teşvik ederek talep oluşturabilirler.

## **III. SAĞLIK HİZMETLERİNDE BİLGİ ASİMETRİSİNİN EKONOMİK ETKİLERİ**

Sağlık harcamaları birçok faktör nedeniyle artış göstermektedir. Nüfus artışı, siyasi yaklaşımlar, sağlık yatırımları, hizmetlere ulaşım kolaylığı, teknolojik gelişmeler, hastalık algısındaki değişiklikler, eğitim ve bilgi artışına bağlı olarak sağlık hizmet beklentilerinin değişmesi gibi birçok faktör bu durum üzerinde etkili olmaktadır. Hasta ve hekim arasındaki ilişkide yaşanan sorunların neden olduğu harcamalar ahlaki tehlike, ters seçim ve arzın talep yaratması kavramları ile açıklanmaktadır. Fakat bunların dışında kalan harcamalar, tedavi sürecinde geçirilen zaman, iş kaybı, yol ve yemek masrafları, psikolojik ve sosyal kayıplar ile hasta yakınlarının yaşadıkları sorunların neden olduğu harcamalara bağlı ekonomik kayıplar göz ardı edilmektedir. Çoğunlukla bu harcamalar hasta ya da yakınlarının yaptığı görünmeyen harcamalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **3.1. Hekim Kaynaklı Etkiler**

Sağlık hizmetlerinde hekimlere bağlı ekonomik kayıplar çoğunlukla hizmetin aşırı tüketimi ile açıklanmaktadır. Aşırı tüketimi, sistemin gereksiz kullanımı, tedavi işlemleri ve ilaç ile sarf malzeme israfı olarak görülmektedir. Bunların yanında hekimler birçok ekonomik kayba neden olabilmektedir. Ayrıca hekimlerin neden olduğu ekonomik kayıpları yalnızca parasal kayıplar olarak görmekte doğru bir yaklaşım değildir. Tedavi sürecinde geçirilen süre, psikolojik yıpranmalar, muayene olamama, iş kaybı ve hizmete ulaşmadaki

yol ve yemek masrafları, yanlış tedavi nedeniyle hastanelerin maruz kaldığı tazminatlar gibi birçok ekonomik faktör bulunmaktadır. Hasta ile direkt temas halinde olan hekimlerin, kullandıkları cümleler, dış görünüşü, beden dili, kişisel özellikleri, mesleki yeterliliği ve beklentileri gibi faktörler hizmet alım süreçlerinde etkili olmaktadır (Başol 2018).

### **3.2. Hasta Kaynaklı Etkiler**

Sağlık hizmetleri piyasasında hastalar bilgi asimetrisine bağlı alacakları hizmeti tam olarak bilememeleri, kalitesini ölçememeleri ve sistemin sunduğu olanaklara bağlı olarak sistemi aşırı kullanma eğiliminde olabilmektedirler. Hastaların rahatsızlıkları için hizmet alacakları kuruluşun fiziki koşulları, ilgili branş hekiminin olup olmaması, sağlık inançları, ulaşım imkanları, maddi yeterlilik koşullarına bağlı olarak hizmet alma biçimlerinde farklılıklar görülebilmektedir. Buna bağlı olarak birden fazla hekime başvurarak sosyal güvenlik sistemine ekstra yük oluşturma, sistemi meşgul etme, başvuru alan hekimin yazdığı ilaçları tam ve zamanında kullanmamaya bağlı ilaç ve sarf malzeme israfı, muayene olabilmek için harcanan zaman ve işgücü kaybı gibi ekonomik problemlere neden olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireyler hizmet aldıkları kurum ve çalışanların kendilerine olan tutum ve davranışlardan etkilenmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyeti hizmet alım süreçlerinde etkili olmaktadır (Yağcı, Duman 2006).

Hasta kaynaklı etkileri ise sadece hastalar ile de sınırlanamamak gerekmektedir. Çünkü hastaların yanlarında getirdikleri refakatçiler de iş kaybı, para kaybı, psikolojik yıpranma gibi birçok ölçülebilir ya da ölçülemez kayıplar yaşayabilmektedir.

### **3.3. Hizmet Sunucularına Bağlı Ekonomik Etkiler**

Hastaların tanı ve tedavilerinin gerçekleştiği birimlerin fiziki koşulları, hekim ve personel mevcudu, tıbbi teçhizat ve malzeme olanakları hizmet sunumu ve hizmet alma tercihleri üzerinde etkili olmaktadır. Bilgi asimetrisine bağlı olarak hekim ve hasta arasında gerçekleşen ilişki hizmet sunucularını doğrudan etkilemektedir. Hekim ve hasta arasında yaşanan olumsuzluklar hizmet sunucuların ellerindeki imkânları verimli kullanmada problemler oluşturabilmektedir. Hizmet sunucuları kendi bünyelerindeki imkânlar ile yapabilecekleri ameliyat, tedavi, tanı ve teşhis gibi işlemleri yapamayarak verimsiz kullanılabilirler. Ayrıca hastaların algılarına bağlı olarak aşırı tüketim eğilimi nedeniyle de mevcut imkânlar israf edilebilmektedir. Yağcı ve Duman (2006)'ın Türkiye'de yapmış oldukları çalışmada hastaların hekimlik hizmetlerini göz ardı ettiklerini vurgulamışlardır. Hastaların memnuniyet düzeylerinde hekimlik hizmetlerini dikkate almamaları ciddi bir algılama sorunu yaşandığının göstergesidir denmektedir. Bu durum hastaların hekimlik hizmeti dışında ki faktörlerden etkilendiğinin bir göstergesi olarak görülebilir.

### **3.4. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Bağlı Ekonomik Etkiler**

Sosyal güvenlik bireylerin yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri tüm risklere karşı koruma altına alan bir teminat olarak görülmektedir. Hizmet sunumunda, sosyal güvenlik kurumlarının yapısına bağlı olarak hastalar sistemin kendilerine sağladığı tüm koşulları (aşırı) kullanmaya çalışmakta, hekimler ise hastalar üzerinden sistemin sağladığı imkânları kendi performanslarını arttıracak şekilde yönlendirebilmektedirler. Burada hasta ve hekimden kaynaklı nedenler ekonomik kaygıların doğmasına neden olmaktadır. Bu durum sosyal güvenlik kurumunun aşırı tüketime bağlı olarak kaynak israfı ile karşı karşıya kalınmasını doğururken, bütçesinde açığa sebep olmaktadır. Neticede sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı her olumsuz durum ise ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal güvenlik ahlakında yaşanan problemler, işveren ve çalışanların prim

ödemelerini yapmamaları, kendi menfaatleri nedeniyle usulsüz ve kanun dışı eğilimlerde bulunmaları nedeniyle sistem olumsuz etkilenebilmektedir (Arpa, Kolçak 2017).

#### **IV. GEREÇ VE YÖNTEM**

##### **4.1. Araştırmanın Hipotezleri**

Araştırma ile istenilen sonuçları elde edebilmek için hipotezler şu şekilde belirlenmiştir.

- Bilgi asimetrisinin neden olduğu ekonomik kayıplar vardır.
- Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin tecrübesi karar verme aşamasını etkilediğinden ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin yetersiz bilgi ve iletişimleri nedeniyle hastalar sistemi daha fazla kullanarak ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetmemeleri ekonomik kayıplara neden olur.
- Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkileyerek ekonomik kayıplarına neden olur.
- Hekimlerin performans kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.
- Hastaların verilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik kayıplara neden olur.
- Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olarak ekonomik kayıplara neden olur.
- Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.
- Hekimlerin performans beklentileri nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırması ekonomik kayıplarına neden olur.
- Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını isteyerek ekonomik kayıplara neden olur.
- Uzman hekim sayısının yetersiz olması ekonomik kayıplara neden olur.

##### **4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın yapılacağı evreni Çanakkale ilinde aktif olarak çalışan ve hasta muayene eden hekimler ile bu hekimlerden sağlık hizmeti alan 18 yaşını doldurmuş reşit hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca anket uygulamalarının yapılacağı alanlar içinde Çanakkale il sağlık müdürlüğü ve tıp fakültesi başhekimliğine dilekçe ile izin yazısı yazılmış ve gerekli izinler alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir. Grubun belirlenmesinde aktif görev yapan hekim sayısı Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğüne yazı ile sorulmuş aktif görev yapan hekim sayısı 445 olarak bildirilmiştir. Çalışma 01.11.2017 ile 15.03.2018 tarihleri arasında kesitsel olarak tüm hekimler arasından ankete katılmayı kabul eden 172 hekim ve her hekim için 2 hasta olacak şekilde 348 hasta anketi yapılarak tamamlanmıştır.

Anket soruları oluşturulurken literatür taraması yapılmış ve “İlköğretim Öğrencileri için Sağlık Tutum Ölçeği Geliştirilmesi” (Pelitoğlu, Özgür 2013). “Sağlık Algısı Ölçeği’nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği” (Kadioğlu, Yıldız 2012). Son olarak “Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut için Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek” isimli çalışmalar incelenmiş ve çalışmada kullanılacak anket geliştirilmiştir. Oluşturulan anket 5’li Likert ölçeğine göre düzenlenmiştir. Puanlama



Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle Katılmıyorum (1) olarak düzenlenmiştir. Kullanılan ankette demografik özellikler ve tanımlayıcı sorular olmak üzere 2 ana başlık oluşturulmuş, tanımlayıcı sorular da kendi içinde 5 bölüm olarak düzenlenmiştir. Birinci bölüm fiziki şartlar, ikinci bölüm hasta-hekim iletişimi, üçüncü bölüm etik yaklaşım, dördüncü bölüm hasta-hekim arasındaki güven yaklaşımı, beşinci bölümde ekonomik etkiler ve zaman yaklaşımı sorgulanmıştır.

Aktif görev yapan hekim sayısı 445, çalışmada kabul edilebilir hata oranı d: %10, çalışmada birinci tip hata %5 olacak şekilde örneklem büyüklüğü 80 olarak hesaplanmıştır. %20'lik bir kayıp ekiyle birlikte çalışmaya minimum 96 hekimin dahil edilmesi gerektiği hesaplanmıştır (Örneklem hesabı online Raosoft programı kullanılarak yapılmıştır). Çalışmanın güvenilirlik katsayısını arttırmak amacı ile 172 hekime anket uygulaması yapılmış Cronbach's Alpha=0,568 olarak hesaplanmıştır. Anket uygulaması yapılan her hekim için en az iki hasta anketi yapılması hedeflenerek hasta anket sayısı da 348 olarak belirlenmiştir. Örneklem hesaplama formülü aşağıda verilmiştir.

$$\begin{aligned}x &= Z \left( \frac{c}{100} \right)^2 r(100-r) & E &= \text{Hata Marjini} \\n &= \frac{N_x}{(N-1)E^2 + x}. & N &= \text{Popülasyon Sayısı} \\E &= \text{Sqrt} \left[ \frac{(N-n)x}{(n-N)x} \right] & r &= \text{Cevap Yüzdesi}\end{aligned}$$

#### 4.3. Araştırmanın Veri Toplama ve Analiz Yöntemi

Araştırmada literatür taraması yapılarak neticesinde hekim ve hastalara rastgele örneklem yöntemi ile anket uygulanmış ve veriler elde edilmiştir. Anket aracılığıyla elde edilen veriler MedCalc Statistical Software versiyon 12.7.7 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin tanımlanması için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır (ortalama, standart sapma, minimum, medyan, maksimum). Bağımsız ve normal dağılan iki sürekli değişkenin karşılaştırması Student t testi ile bağımsız ve normal dağılıma uygunluk göstermeyen iki değişkenin karşılaştırması Mann Whitney u testi ile yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Ki-kare (ya da uygun yerlerde Fisher Exact test) kullanılmıştır. Anketin geçerliliğinin incelenmesi için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinin ön testleri olarak, Bartlett'in küresellik testi ve Kaiser Meyer Olkin'in örnekleme yeterliliğinin ölçümü kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi Varimax ile Kaiser Normalization Rotation Method ve Temel Bileşenler Analizi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü yeterliliği açısından anti-image correlation matrix incelenmiştir.

Anketin güvenilirliği, hekim için Cronbach's Alpha=0,568, hasta için 0,751 olarak hesaplanmıştır. Sınıflar arası tutarlılık değerlendirmesinde Split half method Spearman Brown Korelasyon katsayısı kullanılmış hasta anketi için  $r=0,544$ , hekim anketi için  $r=-0,061$  olarak hesaplanmıştır. Anketin geçerliliği için faktör analizi uygulanmış örneklem yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) kriteri incelenmiştir. Hekim anketi için KMO 0,761, hasta anketi için KMO 0,857 olarak hesaplanmış örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada Bartlett testi 0,05 anlamlılık düzeyinde  $p<0,001$  hesaplandığından popülasyon korelasyon matrisinin birim matris olmadığı görülmüştür. Anti-image korelasyon matrisinin köşegen değerleri hekim anketi için 0,439 ile 0,850, hasta anketi için 0,659 ile 0,905 arasında değişmektedir. Bu aralık örneklem boyutunun faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Faktörlerin yapısının belirlenmesi için Temel Bileşenler Analizi kullanılmış olup değerler aşağıda gösterilmiştir.

Açıklayıcı faktör analizine göre hasta anketi 7 alt ölçekten oluşmaktadır. 1. alt ölçek; 3, 7, 8, 9, 12, 14, 16, 17, 18 maddelerini içermektedir. 2. alt ölçek; 19, 20, 21, 25, 27, 30 maddelerini içermektedir. 3. alt ölçek; 10, 11, 24, 28, 29 maddelerini içermektedir. 4. alt

ölçek; 15, 22, 23, 26 maddelerini içermektedir. 5. alt ölçek; 1, 2 maddelerini içermektedir. 6. alt ölçek; 4, 5, 6 maddelerini içermektedir. 7. alt ölçek; madde 13'ü içermektedir (Tablo 1).

**Tablo 1. Rotasyonlu Bileşenler Matris**

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7
1	0,273	0,056	-0,069	0,027	0,835	-0,024	-0,062
2	0,297	0,024	-0,038	-0,039	0,811	0,079	-0,015
3	0,638	0,134	-0,084	-0,152	0,395	-0,083	0,002
4	0,136	-0,199	0,028	0,259	0,353	0,586	0,159
5	-0,251	0,295	0,112	0,048	-0,055	0,593	0,271
6	0,120	0,226	-0,103	-0,028	-0,056	0,663	-0,198
7	0,749	0,057	-0,057	-0,049	0,271	-0,096	0,078
8	0,709	0,087	-0,034	-0,165	0,096	-0,002	0,107
9	0,536	0,033	-0,247	0,092	0,000	0,036	-0,075
10	-0,094	0,015	0,754	-0,098	-0,006	-0,121	0,175
11	-0,207	0,096	0,617	0,143	-0,178	-0,018	0,363
12	0,703	-0,111	-0,014	-0,071	0,198	-0,036	-0,088
13	-0,169	0,099	0,283	0,105	-0,064	0,047	0,719
14	0,701	-0,130	-0,032	0,154	0,107	-0,019	-0,178
15	-0,064	0,300	-0,136	0,588	-0,008	0,029	0,145
16	0,708	-0,051	-0,133	0,095	-0,014	0,101	0,150
17	0,718	-0,189	-0,010	0,096	0,021	0,058	-0,149
18	0,634	0,031	-0,143	0,006	0,025	0,028	-0,268
19	-0,062	0,615	0,101	0,207	-0,042	0,189	0,090
20	-0,096	0,712	0,155	0,143	0,107	0,032	0,075
21	-0,003	0,784	-0,012	0,207	0,048	0,088	0,146
22	0,133	0,374	0,036	0,537	-0,006	0,035	0,092
23	0,078	0,373	0,134	0,522	-0,138	0,088	0,006
24	-0,160	0,319	0,487	0,225	0,040	0,271	-0,030
25	-0,008	0,607	0,190	-0,011	-0,071	0,241	-0,233
26	-0,033	0,147	0,173	0,699	0,083	0,039	-0,061
27	-0,009	0,647	0,000	0,245	0,092	-0,152	0,019
28	-0,203	0,185	0,653	-0,007	0,011	0,055	0,133
29	-0,002	0,038	0,646	0,234	-0,078	0,007	-0,331
30	0,030	0,456	0,096	0,370	-0,134	0,024	-0,285

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

Açıklayıcı faktör analizine göre hekim anketi 8 alt boyuttan oluşmaktadır. 1. alt boyut; 7, 9, 12, 14, 16 maddelerini içermektedir. 2. alt ölçek; 18, 19, 2, 21 maddelerini içermektedir. 3. alt ölçek; 23, 25, 26, 27, 29, 30 maddelerini içermektedir. 4. alt ölçek; 1, 2, 3, 4 maddelerini içermektedir. 5. alt ölçek; 1, 11, 22, 24, 28 maddelerini içermektedir. 6. alt ölçek; 13, 15, 17 maddelerini içermektedir. 7. alt ölçek; 5, 6 maddelerini içermektedir. 8. alt ölçek; madde 8'i içermektedir (Tablo 2).

**Tablo 2. Rotasyonlu Bileşenler Matrisi**

Madde	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6	Faktör 7	Faktör 8
1	0,077	-0,101	-0,118	0,697	-0,211	-0,107	0,054	-0,031
2	0,137	-0,141	-0,133	0,746	0,008	0,014	-0,070	0,085
3	0,179	-0,199	-0,084	0,660	0,095	-0,104	-0,010	0,200
4	0,100	0,246	0,045	0,574	-0,114	0,009	0,172	-0,197
5	-0,097	-0,093	0,019	0,007	0,089	-0,118	0,794	-0,103
6	0,002	0,116	0,181	0,248	-0,183	0,166	0,582	0,458
7	0,644	-0,051	-0,057	0,117	-0,037	0,044	-0,117	0,499
8	0,482	-0,081	0,124	0,032	0,009	-0,181	-0,016	0,663
9	0,761	0,112	-0,013	0,019	-0,163	-0,135	0,019	0,019
10	-0,233	-0,016	-0,089	-0,027	0,610	0,127	-0,075	-0,089
11	-0,256	0,245	-0,214	-0,051	0,439	0,194	0,322	0,162
12	0,805	0,080	-0,082	0,088	-0,107	-0,004	-0,027	0,108
13	-0,189	0,123	-0,054	-0,105	0,489	0,515	0,085	-0,057
14	0,653	0,181	-0,056	0,122	-0,315	-0,236	0,085	0,013
15	-0,287	0,044	0,005	0,033	0,224	0,611	0,114	-0,127
16	0,718	-0,144	-0,043	0,259	-0,111	-0,009	-0,163	-0,059
17	0,009	0,071	0,195	-0,136	-0,087	0,737	-0,192	0,048
18	0,244	-0,445	0,008	0,214	0,255	0,073	0,085	-0,292
19	0,000	0,709	0,232	-0,032	0,031	0,143	-0,074	-0,051
20	0,062	0,826	0,077	0,001	0,010	0,067	-0,061	-0,116
21	0,107	0,787	0,143	-0,110	0,130	-0,058	0,105	0,097
22	-0,047	-0,055	0,263	-0,214	0,544	0,037	0,318	-0,136
23	0,104	0,426	0,446	-0,333	-0,026	0,244	0,166	0,039
24	0,013	0,249	0,153	-0,369	0,551	0,002	0,205	-0,065
25	-0,050	0,326	0,704	-0,085	-0,082	-0,076	0,149	0,265
26	0,112	0,425	0,512	-0,126	0,160	0,280	0,044	-0,039
27	-0,038	0,297	0,629	-0,061	0,048	-0,027	0,002	-0,053
28	-0,244	-0,034	0,161	0,112	0,750	-0,071	-0,181	0,139
29	-0,214	0,084	0,680	0,099	0,124	0,046	-0,140	0,097
30	0,021	-0,152	0,678	-0,271	0,006	0,123	0,107	-0,096

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization

**V. BULGULAR**

Hasta ve hekimlerin ankete vermiş oldukları cevaplar karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve değişkenlerin arasında anlamlı ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

**5.1. Demografik Göstergelerin Karşılaştırılması**

Uygulanan anket sonuçlarında hasta ve hekimlerin demografik özellikleri karşılaştırılmış ve aralarında cinsiyet, yaş, medeni durum dağılımları açısından istatistiksel farklılıklar belirlenmiştir (Fisher's Exact,  $p < 0,05$ ). Hekimlerde kadın oranı yüksek iken, hastalarda erkek oranı yüksektir. Hekimlerde 29 yaşından büyüklerin oranı yüksek iken, hastalarda 29 yaşından küçük ve 40 yaşından büyüklerin oranı yüksektir. Hekimlerde bekâr oranı yüksek iken, hastalarda evli oranı yüksektir (Tablo 3).

**Tablo 3. Hasta Hekim Karşılaştırma (Demografik Özellikler)**

		Hekim	Hasta
		n (%)	n (%)
Cinsiyet	Erkek	75 (43,6)	195 (56,0)
	Kadın	97 (56,4)	153 (44,0)
Yaş	<29	106 (61,6)	131 (37,6)
	30-39	41 (23,8)	86 (24,7)
	40+	25 (14,5)	131 (37,6)
Medeni Durum	Evli	79 (45,9)	199 (57,3)
	Bekâr	93 (54,1)	148 (42,7)

## 5.2. Fiziki Koşulların Karşılaştırılması

Hekim ve hastalar hizmet kuruluşunun fiziki koşulları için vermiş oldukları cevap dağılımları açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardır (Tablo 4). Hastaların ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney U  $p<0,05$ ).

**Tablo 4. Hasta Hekim Karşılaştırması (Fiziki Koşullar)**

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
1) Hizmet aldığımız/verdiğiniz kuruluş tıbbi donanım ve ekipman açısından yeterlidir.	Hekim	172	3	3	1,17	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
2) Hizmet aldığımız/verdiğiniz kurumunuzun çalışan personel sayısı yeterlidir.	Hekim	172	3	3	1,24	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
3) Muayene için yeterli zaman ayrılabilir.	Hekim	172	3	3	1,20	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,28	1	5	
4) Kurumun fiziki koşulları hastaların hekim ve hastane tercihleri üzerinde etkili olur.	Hekim	172	4	4	0,99	1	5	0,264
	Hasta	348	4	4	1,17	1	5	

Fiziki koşullar için verilen cevaplar incelendiğinde hekimler çalışma koşullarını fiziki, personel ve altyapı olarak yeterli bulmazken, hastalar hizmet aldıkları kuruluşları fiziki açıdan, tıbbi donanım yönünden yeterli olarak görmektedir. Hekim ve hastaların ortak yaklaşımı ise hizmet sunulan alanların fiziki koşulları hizmet alım kararları üzerine etkili olmaktadır. Bu durum hizmet sunucular ile hizmet alıcılar açısından önemli bir unsur olarak görülebilir. Örnek olarak, işinde çok iyi olan bir hekim fiziki koşulları kötü olan bir hastane ortamında yapabileceği girişimleri ve tedavileri uygulayabileceği hastalardan mahrum kalabileceği gibi hastalar da fiziki koşulları çok iyi olduğu için hastalığı ile ilgili olmayan hastanelere, hekimlere başvuru yapabilir. Bu durum sağlık hizmetleri kullanımında aşırı tüketim ya da kaynakların verimsiz kullanılmasına bağlı ekonomik kayıplar oluşturabilir.

### 5.3. Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırması

Hasta ve hekim iletişimi hakkında yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5. Hasta-Hekim İletişimi Karşılaştırma**

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
5) Hekimlerin hasta iletişimi üzerine mesleki eğitim almaları gerekir.	Hekim	172	4	4	1,04	1	5	<b>0,001</b>
	Hasta	348	4	5	1,16	1	5	
6) Hekim/Hasta ile kurulan doğru iletişim tanı ve tedaviyi kolaylaştırır.	Hekim	172	5	5	0,62	2	5	<b>0,040</b>
	Hasta	348	5	5	0,68	1	5	
7) Hekimler hastalara tanı ve tedavi ile ilgili yeterli açıklama yapar.	Hekim	172	4	4	0,98	1	5	0,245
	Hasta	348	4	4	1,17	1	5	
8) Hekimler hastalara anlayabilecekleri tıbbi terimlerden arınmış sade bir dil kullanır.	Hekim	172	4	4	1	1	5	0,246
	Hasta	348	4	4	1,16	1	5	

Hekimler, hasta ile olan iletişimlerinde mesleki olarak eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtirken, hastalar da hekimlerin iletişim konusunda kendilerini geliştirmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir. Hasta ve hekimler tanı ve tedavi sürecinde kurulacak iyi iletişimin yapılacak işlemleri kolaylaştıracağını, tedavi sürecini hızlandıracağını ve iyileşmede yardımcı olacağını düşünmektedirler. Bireyler arasındaki iletişimin ne kadar önemli olduğu tartışılmazdır. Bu bağlamda hekimlerin mesleki olarak iletişim becerileri üzerine hizmet içi eğitim almaları, tıp eğitimi esnasında hasta iletişimi üzerine spesifik eğitimler düzenlenmesi tedavi süreci üzerinde etkili olacaktır.

### 5.4. Etik Yaklaşım Karşılaştırması

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide etik yaklaşım hakkında yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 6).

**Tablo 6. Etik Yaklaşım Karşılaştırma**

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
9) Hekimler mesleki etik değerlere göre davranır.	Hekim	172	4	4	0,91	1	5	<b>&lt;0,001</b>
	Hasta	348	4	5	0,87	1	5	
10) Hekimlerin hastalardan bıçak parası, hediye vb. ödeme beklentisi olabileceğini düşünürüm.	Hekim	172	2	2	1,07	1	5	0,114
	Hasta	348	2	2	1,38	1	5	
11) Hekimlerin verdiği bazı kararları para kazanma kaygıları etkiler.	Hekim	172	4	4	1,04	1	5	<b>&lt;0,001</b>
	Hasta	348	3	3	1,37	1	5	
12) Hekimler hastalara karşı yeterli ilgi ve özen gösterir.	Hekim	172	4	4	0,84	1	5	0,430
	Hasta	348	4	4	1,14	1	5	
13) Bazı hekimler mesleklerine yakışmayan tutum ve davranış sergiler.	Hekim	172	3	3	1,09	1	5	0,546
	Hasta	348	3	3	1,39	1	5	

Ankete katılan iki grup arasındaki etik yaklaşım karşılaştırıldığında, her iki grubun da, etik değerler söz konusu olduğunda birbirlerine karşı saygılı davrandığı görülmektedir. Hekimler, hastaların mahremiyetlerine karşı özen gösterirken, hastalar da mahremiyet konusunda hekimlere güvenmektedir. Hastalar kendilerine yapılacak tıbbi işlemlerde hekimlerin ekonomik beklentileri hareket etmelerine olanak vermediklerini, hekimlere bu konuda güvendiğini ve hekimlerin kendilerinden para ya da maddi beklenti içinde olmadıklarını düşünmektedir. Bu durum, hekim ile hasta arasındaki hizmet alımında resmi olmayan ödemelerin ciddi oranda azaldığının göstergesidir. Hizmet sunucular ve alıcıların konu hakkındaki yaklaşımı da bunu açıkça göstermektedir

### 5.5. Hasta-Hekim Arasındaki Güven Yaklaşımı Karşılaştırması

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide karşılıklı güven hakkında yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 7).

Hekim ve hastaların tedavi sürecinde birbirlerine olan güven yaklaşımı karşılaştırıldığında hastaların hekimlere güvendiği, hekimlerin kararlarına uyduğu ve özen gösterdiği görülürken, hekimlerin hastalara güven duymadıkları, hastaların dürüst davranmadıklarını düşündükleri görülmektedir. Ankete katılan hastalar hekime güvenmedikleri takdirde mutlaka başka bir hekime gideceklerini ve mevcut tedavilerini yarıda bırakacaklarını belirtirken, hekimler de kendilerine güvenilmediği takdirde başka bir hekime gidileceği yönünde görüş bildirmişlerdir. Bu durum hastaların mevcut rahatsızlıkları dolayısı ile birden fazla hekime gitme, ilaç ve sarf israfı gibi ekonomik kayıplar ile kendini gösterecektir. Hizmet sunucuların bu yaklaşım açısından gerekli tedbirleri almaları bu kayıpların önüne geçilmesine yardımcı olacaktır. Güven yaklaşımı açısından hekimlerin hastalara karşı duydukları güvensizlik nedenleri ise ayrıca bir araştırma konusu olarak incelenmeli, hekimlerinde hastalara güvenmelerini sağlayacak çözümler üretilmelidir.

**Tablo 7. Hasta Hekim Arasında Güven Yaklaşımı Karşılaştırması**

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
14) Hekimlerin tıbbi kararlarına güvenirim.	Hekim	172	4	4	0,73	2	5	0,134
	Hasta	348	4	4	0,95	1	5	
15) Hasta hekime güven duymazsa, kendisi ve ailesi hakkında verilmiş tedavi kararlarını sorgular.	Hekim	172	3	3	1,06	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	1,06	1	5	
16) Hekimler, hastalara hastalıkları ile ilgili şikâyetleri anlatma konusunda fırsat ve zaman verir.	Hekim	172	4	4	0,86	1	5	0,006
	Hasta	348	4	4	1,07	1	5	
17) Muayene sırasında kendimi rahat ve huzurlu hissederim.	Hekim	172	4	4	0,98	1	5	0,974
	Hasta	348	4	4	1	1	5	
18) Hekimler ve hastalar birbirlerine dürüst davranır.	Hekim	172	2	2	1,03	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	0,96	1	5	

### 5.6. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması

Hasta ve hekim arasındaki ilişkide yaşanan problemler nedeniyle meydana gelebilecek ekonomik kayıplar hakkındaki görüşler incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8. Ekonomik Etkiler ve Zaman Değerlendirmesi Karşılaştırılması**

		n	Ort.	Medyan	Ss.	Min.	Max.	p
19) Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	Hekim	172	4	4	0,81	1	5	0,334
	Hasta	348	4	5	1,13	1	5	
20) Hekimlerin tecrübesiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	4	4	0,83	1	5	0,001
	Hasta	348	4	5	1,10	1	5	
21) Hekimlerin hastalarla iletişiminin kötü olması ekonomik ve zamansal kayıplara neden olur.	Hekim	172	4	4	0,92	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,94	1	5	
22) Hastaların bilgi eksikliği ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	3	4	0,99	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	1,01	1	5	
23) Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkiler.	Hekim	172	4	5	0,74	1	5	0,220
	Hasta	348	4	5	0,90	1	5	
24) Hekimlerin maddi kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur.	Hekim	172	3	3	1,12	1	5	0,026
	Hasta	348	4	4	1,32	1	5	
25) Verilen ilaçların düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik ve zaman kaybına neden olur.	Hekim	172	4	4	0,82	1	5	0,108
	Hasta	348	4	5	1,03	1	5	
26) Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanımına neden olur.	Hekim	172	4	4	0,78	2	5	<0,001
	Hasta	348	4	4	1,12	1	5	
27) Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	5	5	0,78	1	5	0,544
	Hasta	348	5	5	0,79	1	5	
28) Hekimler maddi beklentiler nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırır.	Hekim	172	3	3	1,12	1	5	0,051
	Hasta	348	3	3	1,36	1	5	
29) Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını ister.	Hekim	172	4	4	1,14	1	5	<0,001
	Hasta	348	3	3	1,40	1	5	
30) Hekim sayısının yetersiz olması ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur.	Hekim	172	4	4	1,12	1	5	<0,001
	Hasta	348	4	5	0,90	1	5	

Ekonomik etkiler ve zaman değerlendirme karşılaştırılması başlığı altında sorulan sorular için hasta ve hekimlerin vermiş oldukları cevaplar karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada, hasta ve hekimler için güven yaklaşımının önemli olduğu tespit edilmiştir. Hasta ile hekim ilişkisinde güven oluşmadığında, sistemin ekstra kullanımının meydana gelebileceği, bu durumun da hekime ödenen ücret, iş gücü kaybı, fazla ilaç kullanımı, sistemin gereksiz meşgul edilmesi gibi birçok sorunu birlikte getirerek ekonomik kayıplar doğurabileceği tespit edilmiştir. Hekimler hastaların bilgisizliğinin sağlık sistemi üzerinde yük olduğunu düşünürken, hastalar da bu durum hakkında hekimler ile aynı görüşü belirtmişlerdir. Hastalar hekimlerin mesleki tecrübelerinin önemli olduğunu belirtirken, hekimler mesleki açıdan yetersizliğin de ekonomik kayıplara yol açacağını düşünmektedir. Hastalar ve hekimler tanı ve tedavi sürecinde kötüye kullanım olduğunu

düşünmemektedirler. Ayrıca verilen cevaplar detaylı incelendiğinde performans kaygılarının da kötüye kullanım üzerinde bir etkisi olduğu konusunda bir algı söz konusu olarak görülmemektedir. Ankete katılan iki grupta hekimlerin çok yoğun çalışma koşulları olduğu, hekim sayısının yetersiz olduğu, mevcut sağlık sisteminin eksiklerinin olduğunu, polikliniklerin çok yoğun olması sebebiyle acil servislerin gereksiz kullanıldığını ve alınan ilaçların düzenli kullanılmadığını bu durumun sağlık sistemi üzerinde ekonomik kayıplara neden olduğunu düşünmektedir.

### 5.7. Hastaların Eğitim Düzeylerinin Hekime Başvuru Üzerine Etkileri

Hastaların eğitim düzeyleri ile hizmet alma eğilimleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Tablo 9). Eğitim düzeyi açısından değişkenler incelendiğinde eğitim düzeyi ile hekime yapılan başvuru arasında ilişki olduğu izlenmektedir. Eğitim düzeyi ile birlikte bilinç düzeyi arttıkça hizmeti kullanım oranları arasında ters orantı olduğu görülmektedir.

**Tablo 9. Hastaların Eğitim Düzeyine ve Başvurulan Hekime Göre Başvuru Sayısının Karşılaştırılması**

Eğitim Düzeyi	Başvuru Sayısı n (%)				
	1	2-5	6-10	10+	p
Okuryazar Değil	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	2 (4,9)	<0,001
İlköğretim	10 (12,7)	39 (21,1)	8 (21,1)	13 (31,7)	
Lise	28 (35,4)	49 (26,5)	16 (42,1)	15 (36,6)	
Önlisans/Lisans	28 (35,4)	90 (48,6)	11 (28,9)	10 (24,4)	
Lisansüstü	13 (16,5)	7 (3,8)	2 (5,3)	1 (2,4)	

Sağlık hizmetleri sunumunda, hizmet sunucularının en büyük sorunlarından birisini hizmet alacak grubun bilinç düzeyi oluşturmaktadır. Çünkü eğitim seviyesi arttıkça sistemin gereksiz kullanım oranları düşmekte, doğru zamanda, doğru hekim başvuruları artmaktadır. Hizmet alıcılarının alacakları hizmeti hiç bilmemeleri durumunda hangi hekime, ne zaman, hangi koşullarda başvuracaklarını bilemeyecekleri için sistem üzerinde gereksiz talep kullanımlarına bağlı hekim ödemeleri, sarf ve ilaç kullanımı gibi birçok noktada ekonomik kayıplar artacaktır.

### 5.8. Kurulan Hipotezlerin Kabul/Ret Sonuçları

Araştırma sonucunda kabul ve ret edilen hipotezler şu şekilde sıralanmıştır:

1. Bilgi asimetrisinin neden olduğu ekonomik kayıplar vardır/yoktur. Çalışmada 22. soru ile sorgulanan hipotez  $p < 0,001$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
2. Hastalar hekime karşı duydukları güvensizlik nedeniyle birden fazla hekime giderek ekonomik kayıplara neden olur/neden olmaz. Çalışmada 19. soru ile sorgulanan hipotez  $p = 0,334$  olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
3. Hekimlerin tecrübesi karar verme aşamasını etkilediğinden ekonomik kayıplara neden olur/neden olmaz. Çalışmada 20. soru ile sorgulanan hipotez  $p < 0,001$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
4. Hekimlerin yetersiz bilgi ve iletişimleri nedeniyle hastalar sistemi daha fazla kullanarak ekonomik kayıplara neden olur/ olmaz. Çalışmada 21. soru ile sorgulanan hipotez  $p < 0,001$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.



5. Hekimlerin mesleki açıdan kendilerini yeterli hissetmemeleri ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 20. soru ile sorgulanan hipotez  $p<0,001$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
6. Hekimlerin çok yoğun çalışmaları, tanı ve tedavi sürecini etkileyerek ekonomik kayıplarına neden olur/olmaz. Çalışmada 23. soru ile sorgulanan hipotez  $p=0,220$  olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
7. Hekimlerin performans kaygıları ilaç ve malzeme israfına neden olur/olmaz. Çalışmada 24. soru ile sorgulanan hipotez  $p<0,026$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
8. Hastaların verilen ilaçları düzenli ve tam olarak kullanmaması ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 25. soru ile sorgulanan hipotez  $p=0,108$  olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
9. Mevcut sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar hastaların sistemi kötüye kullanmasına neden olarak ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 26. soru ile sorgulanan hipotez  $p<0,001$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
10. Polikliniklerin yoğunluğu nedeniyle acil servislerin gereksiz meşgul edilmesi, ekonomik ve zaman kayıplarına neden olur/olmaz. Çalışmada 27. soru ile sorgulanan hipotez  $p=0,544$  olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
11. Hekimler performans beklentileri nedeni ile hastaları tekrar muayene için çağırması ekonomik kayıplarına neden olur/olmaz. Çalışmada 28. soru ile sorgulanan hipotez  $p=0,051$  olarak tespit edilmiş ve anlamlı bir sonuç elde edilemediği için kabul edilmemiştir.
12. Hastalar hekimlerden tanı ve tedavi için gereksiz tetkiklerin yapılmasını isteyerek ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 29. soru ile sorgulanan hipotez  $p<0,001$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.
13. Uzman hekim sayısının yetersiz olması ekonomik kayıplara neden olur/olmaz. Çalışmada 30. soru ile sorgulanan hipotez  $p<0,001$  anlamlı bulunarak kabul edilmiştir.

## VI. TARTIŞMA

Son yıllarda hekimler ile hasta arasındaki ilişki giderek daha ticari bir hal almış, bu durum ticari kaygılar ile pazar olgusunu beraberinde getirmiştir. Sağlık ticarileşmesi, sağlık hizmetleri sunumunda bazı hekimlerin, hastalar ile aralarındaki bilgi asimetrisinden faydalanmalarına ve gereksiz hizmetlerin kullanılmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastaların hekim ile aynı tıbbi bilgiye sahip olmaması hekim kararlarını sorgulayamamaları ve hekim tarafından belirlenecek hizmetleri kullanmak zorunda kalmalarına neden olmaktadır (Durmaz, Erdem 2017). Sağlık ekonomisinde hekimler hem arz hem de talep eden konumunda bulunmaları nedeniyle ekonomik problemler görülebilmektedir ancak yapılan çalışmada hasta cevapları incelendiğinde hekimlerin sistemi kendi lehlerine kullanmaları yönünde bir algı olmadığı görülmüştür. Elbette hastaların bu yönde görüş bildirmemeleri sistemin bu yönde kullanılmadığı anlamı taşımamaktadır. Problemin varlığının sorgulanabilmesi için hastaların hastalıkları için ne gibi işlemlere ihtiyacı olup olmadığı ile ilgili uzman görüşü olmalıdır. Aksi halde yapılacak çalışmalarda tam anlamıyla bir sonuca varmak mümkün olamayacaktır.

Shabbir ve diğerleri (2010) de yapmış oldukları çalışmada sağlık sektörünün gelişimi için hasta ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanması gerekliliğini vurgulamışlardır. Yapılan çalışmada hizmet kuruluşlarının koşulları, fiziki yapısı ve hekim ile olan iletişime bağlı yaklaşımlarının hizmet alanlar açısından önemli olduğu görülmektedir. Bu amaçla hizmet alıcısı konumunda olan hastaların ihtiyaç algılarının da belirlenerek hizmet kalitesinin artırılmasının yanında verimliliğin de artmasının sağlanması gereksiz ve aşırı tüketimin

önüne geçerek ekonomik kayıpların önlenmesinde etkili olacaktır.

Özcan ve diğerleri (2013)'de yapmış oldukları çalışmada ise hizmet sunucuları, eğer tam anlamıyla bir memnuniyet tesis etmek istiyorlarsa hizmet almakta olan hastanın tedaviye ilişkin bilgi düzeyinin artırılması yönünde de çalışma yapmalarının gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Yapılan çalışmada hizmet alıcı konumundaki hastaların eğitim düzeylerinin yanında alacakları hizmet ile ilgili bilgi düzeylerinin hizmet alım şekillerinden tedavi sürecine kadar tüm basamaklarda etkisini gösterdiği görülmektedir. Hastaların alacakları hizmeti detaylı bir şekilde bilme hakları vardır. Bu durum hastaların kendilerine yapılacak tedavi süreci üzerinde de etkili olmaktadır. Tam ve detaylı bir şekilde açıklanmamış olan girişimler hastanın psikolojik olarak durumu benimseyememesine neden olabilmektedir. Kendisine ne gibi işlemler yapılacağını, bu işlemler sırasında ve sonrasında neler olacağı hakkında bilgi sahibi olmayan hastaların bu muğlaklığa bağlı olarak kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır. Ayrıca bu durum hastanın konu ile ilgili başka fikirlere açık hale gelmesine birden fazla hekime başvuru yaparak kendisine en çok güven veren hekim ve sağlık kuruluşunu arama çabasına dönüşmektedir. Tüm koşullar altında yapılması gereken en önemli işlem hastaya yapılacak tedavi ve girişimlerin tam ve detaylı bir biçimde açıklanmasıdır. Bu süreç tedaviye başlama süreci, tedavi sürecinde yapılacak işlemleri ve tedavi sonrası yapılacak işlemler olmak üzere detaylandırılmalıdır.

Akkaş (2012) da yapmış olduğu çalışmada hastalar ile hekimler arasında güven sorunu yaşandığı ve bu sorunlara yönelik çalışmalar yapılması gerekliliğinden bahsetmiştir. Bir başka çalışmada ise hekim performansı konusunda bilginin sağlık sektöründe artan kamusalılığına vurgu yapmışlardır. Ayrıca devlet yönetimi, hastaneler ve cerrahlara ilişkin verilerin yayınlanmakta olduğunu, bölgesel dergiler ve gazetelerde düzenli olarak birinci sınıf hekimlerin listelerinin kamuoyu ile paylaşıldığını, internet başta olmak üzere, hekimler ve hastaneler ile onların uygulamalarına ilişkin bilgilerin de bulunabilirliğinin arttığını ifade etmişlerdir (Frank 2016). Bu gibi uygulamalar Türkiye genelinde de geliştirilerek bilgi asimetrisi konusuna çözümler üretilebilir. Bilgili ve Ecevit (2008)'in de yapmış oldukları çalışmada ifade ettikleri üzere bilgi asimetrisi sağlık hizmetleri piyasasında aşırı tüketime ve maliyet artışına yol açmaktadır. Bu da soruna çözüm üretmek gereksinimini doğurmaktadır.

Sağlık hizmetleri piyasasında bilgi asimetrisinin varlığı, hizmet sunucuları ve alıcıları açısından iki yönlü problemler oluşturmaktadır. Asimetrik bilginin yoğun olduğu piyasada bilgi önemli bir güç olarak görülebilir. Ancak bilgi tek başına yeterli bir unsur değildir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre hastaların hekimlere olan güven duygulanımı, iyi iletişim basamakları, uygun fiziki altyapı ve koşulların sağlanması gibi birçok faktör hastaların tercihleri üzerinde etkili olduğu, tanı ve tedavi sürecini doğrudan etkilediği görülmektedir.

Bilgi asimetrisi nedeniyle mevcut konumunda uygun koşullara ulaşamayan hasta kendini tatmin etmek için durumu ile ilgili en iyi hekim ve tedavi işlemlerini gerçekleştirebileceği koşulları arayacaktır. Bu durum rasyonel tüketici davranışı olarak da görülebilir. Ancak hastanın bir hekim hakkındaki bireysel performans gözlemi ona doğru bilgiyi sağlayamayacaktır. Koszegi (2003)'in de ifade ettiği üzere hasta hastalık kaygısı yaşarken gerek hastane ve hekim seçimi gerekse tıbbi bilgi ve tedavi süreci başta olmak üzere her şeyi etkileyebilecek bir safhanın içerisinde (Frank 2016). Bu arayış sırasında iş koşullarından (ya da dinlenme olanağından) mahrum olacağı gibi, yol, yemek vb. ihtiyaçlarını dışarıda karşılamak zorunda kalabilecektir. Ayrıca hastanın aile bireyleri bu olumsuz koşulların ağırlığına katlanmak zorundadır. Hastanın refakatçisi hasta ile birlikte hem iş hem de sosyal yaşantısından feragat ederek hastası ile ilgilenmek ve ekonomik kayıplar yaşamak zorunda kalabilecektir.

## VII. SONUÇ

Sağlık hizmetleri piyasasında, hizmet sunumunu ve hizmet alımını etkileyen donanım, altyapı, insan gücü, hizmet sunumu, hekim performansı gibi çok çeşitli faktörler söz konusudur. Bu faktörlerden birisi de kuşkusuz bilgidir. Çünkü her iki tarafın simetrik bilgiye sahip olmadığı durumda bilgi asimetrisi söz konusudur. Bilgi asimetrisinin söz konusu olduğu bir durumda ise hizmet alıcı konumundaki hastanın, hekime göre daha az bilgiye sahip olmasının getirdiği iletişim ve güven sorunu ile hekimin hastaya göre daha iyi bilgi sahip olmasının avantajları söz konusudur. Yaşanan bilgi asimetrisi ise ekonomik ve sosyal birçok sorunu beraberinde getirmektedir.

Yapılan çalışma sadece ekonomik açıdan değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar şöyledir. Fiziki şartların iyi olmadığı çalışma koşullarında hekimlerin verimli olmadıkları, hastaların ise hizmet almaktan kaçındıkları, daha iyi koşulları aradıkları ve bu koşulları sağlayan birimleri tercih ettikleri görülmektedir. Bu durum fiziki açıdan yeterli algı oluşturamayan birimlerde işini iyi yapan çalışanların atıl kaldığını ve ekonomik kayıplara sebep olduğunu göstermektedir. Hizmet sunucularının bu durum için gerekli önlemleri alarak çalışma koşullarının yanında hastaların algısı yönünde de çalışma yapması birçok sorunun yanında ekonomik kayıpları da önleyecektir.

Hasta ile hekim arasında doğru iletişim kurulmaması durumunda tanı ve tedavi sürecinin olumsuz etkileneyeceği, hekim ile iletişim problemlerinin başka hekime başvuru eğiliminde artışa neden olacağı görülmektedir. Hastaların iletişim problemleri nedeniyle hekim değiştirme eğilimleri ve tanı ve tedavi sürecinde uzama ve tekrarların yaşanması sağlık sistemi üzerinde aşırı tüketim sorunları nedeniyle birçok aşamada ekonomik kayıplara neden olacaktır.

Hasta ile hekim arasındaki ilişkide güvensizlik oluşması durumunda hastaların mutlak suretle hekim değiştirdiği mevcut ilaç ve tedaviyi kestiği görülmektedir. Ayrıca hekimler hastaların kendilerine dürüst olmamaları gerekçesiyle tanı ve tedavi süreçlerinde sorunlar yaşandığını bildirmişlerdir. Güven açısından yaşanacak problemlerin de sistem üzerinde aşırı tüketim sorununa bağlı olarak ekonomik kayıplara neden olacağı tartışma götürmemektedir.

Eğitim düzeyindeki farklılıkların sağlık hizmeti kullanımını etkilediği görülmektedir. Hastaların eğitim düzeyi ile hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri ne kadar yüksek olursa yanlış ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımında o denli düşüş yaşanmaktadır.

Yapılan çalışma ile hasta ile hekim arasındaki ilişkinin yalnızca basit bir bilgi alışverişi olmadığı, birçok faktörden etkilendiği, yaşanacak sorunların tanı ve tedavi süreçlerini etkilediği, bunlara bağlı olarak sağlık hizmetlerinde farklı şekillerde ekonomik problemlere neden olduğu görülmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Afzal W., Roland D. and Al-Squri M. N. (2008) Informatin Asymmetry and Product Voluation: An Exploratory Study. **Journal of Information Science** 35(2): 1-14.
2. Akerlof G. A. (1970) The Markets for "Lemons": Quality Uncertainty and The Market Mechanizm. **Quarterly Journal of Economics** 84: 488-500.
3. Akerlof G. A. ve Shiller R. J. (2010) **Hayvansal Güdüler İnsan Psikolojisi Ekonomiye Nasıl Yönlendirir ve Küresel Kapitalizm İçin Niçin Önemlidir?** (Çev. Domaniç N. ve Konyar L.) Scala Yayıncılık, İstanbul.

4. Arrow K. J. (1963) Uncertainty and Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review** 53(5):941-973.
5. Akkaş E. (2012) Vekâlet Teorisi Çerçevesinde Hasta-Hekim İlişkileri Üzerine Bir Çalışma: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Örneği. **Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Isparta.
6. Arpa T. A. ve Kolçak M. (2017) Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sosyal Güvenlik Harcamaları. **Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 5(3): 651-677.
7. Auronen L. (2003) Asymmetric Information: Theory and Applications. **Seminar in Strategy and International Business**, pp.1-35. <https://pdfs.semanticscholar.org/cdc1/10d48cfa54659f3a09620d51240f09cf1acc.pdf> (Erişim Tarihi: 03.06.2018).
8. Başol E. (2018) Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. **International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi** 2(1): 76-93.
9. Bilgili E. ve Ecevit E. (2008) Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(2): 202-228.
10. Blomqvist A. and Leger P. T. (2005) Information Asymmetry, Insurance and The Decision to Hospitalize. **Journal of Health Economics** 24(4):775-793.
11. Blum H. L. (1975) Planning For Health; Development and Application of Social Change Theory. **AJN The American Journal of Nursing** 75(8): 1388.
12. Clement N. O. (2009) Asymmetry Information Problem of Moral Hazard and Adverse Selection in a National Health Insurance. The Case of Ghana National Health Insurance. **Management Science and Engineering** 3(3): 101-106.
13. Pelitoğlu F. ve Özgür S. (2013) İlköğretim Öğrencileri İçin Sağlık Tutum Ölçeği Geliştirilmesi. **Necati Bey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi (EFMED)** 7(1): 32-56.
14. Durmaz T. ve Erdem R. (2017) Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 29(4): 579-604.
15. Flood C. (2001) International Experience with Managed Care. **Managed Competition and Internal Markets**. ISBN: 0-415-31616-2, Accessed from: <https://www.taylorfrancis.com/books/> (Erişim Tarihi: 06.02.2018).
16. Folland S., Goodman C. A. and Miron S. (2010) **The Economics of Health Care** (7th. Edition). Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
17. Frank R. G. (2016) Davranışsal İktisat ve Sağlık Ekonomisi (Çev. Göksu Y.D.). **Davranışsal İktisat ve Davranışsal İktisadın Uygulamaları** In Diamond P. and Vartiainen H. (Eds.) ss. 195-234. (Çev. Ed.) Kamilçelebi H. Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul.

18. Howard M. (2001) **Public Sector Economics for Developing Countries**. University of the West Indies Press, Saint Andrew.
19. Kadioğlu H. ve Yıldız A. (2012) Sağlık Algısı Ölçeğinin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenirliği. **Türkiye Klinikleri J Medical Science** 32(1): 47-53.
20. Kahneman D. (2017) **Hızlı ve Yavaş Düşünme** (Çev. Deniztekin O.Ç.ve Deniztekin F.N.). Varlık Yayınları, İstanbul.
21. Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. (2010) **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
22. Kirmanoğlu H. (2007) **Kamu Ekonomisi**. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
23. Koszegi B. (2003) Health, Anxiety and Patient Behavior, **Journal of Health Economics** 22(6): 1277-1284.
24. Mishkin F. S. (1996) **Understanding Financial Crises: A Developing Country Perspective**. National Bureau of Economic Research, Massachusetts.
25. Özcan S., Baş K. ve Taş Y. (2013) Sağlık Sektöründe Bilgi Asimetrisinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Yalova Ağız Diş Sağlığı Merkezinde Bir Uygulama. **International Conference on Eurasian Economies**, St. Petersburg, Russia. ss: 822-831.
26. Savaşan F. (2013) **Piyasa Başarısızlığından Devletin Başarısızlığına Kamu Ekonomisi** (2. Baskı) Kitap Matbaacılık, İstanbul.
27. Shabbir S., Kaufman H. R. and Shehzad M. (2010) Service Quality, Word of Mouth and Trust: Drivers to Achieve Patient Satisfaction. **Scientific Research and Essays** 5(17): 2457-2462.
28. Shmanske S. (1996) Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope. **The Independent Review** 1(2): 191-200.
29. Thaler R. H. ve Sunstein C. R. (2017) **Dürtme –Sağlık Zenginlik ve Mutlulukla İlgili Kararları Uygulamak**. Pegasus Yayınları, İstanbul.
30. Top M. ve Tarcan M. (2007) Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 9(1): 169-189.
31. Tumay M. (2009) Asymmetric Information and Adverse Selection in Insurance Markets: The Problem of Moral Hazard. **Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi** 16(1): 107-114.
32. Ünal E. (2011) ‘Sağlık Ekonomisi’. **Sağlık İşletmeciliği**. İçinde: Ateş M. (Ed.) ss:179-236. Beta Yayınları, İstanbul.
33. Yağcı İ. M. ve Duman T. (2006) Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 7(2): 218-238.

34. Yıldırım İ. (2015) Sigortacılıkta Suistimaller ve Ahlaki Tehlike Sorunu: Türk Sigorta Sektörüne Yönelik Bir Değerlendirme. **The Journal of Academic Social Science Studies** 36: 203-213.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Temel, K. & Aydın, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Bilgi Asimetrisinin Neden Olduğu Ekonomik Kayıplar: anakkale rneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.



# A Study on the Relationship between Organizational Justice and Impartiality in Private Hospitals \*

Burhanettin UYSAL\*\*  
Metin ATEŞ\*\*\*

## ABSTRACT

*Organizational justice and impartiality also positively affect the performance of employees along with their motivation. In order to achieve corporate goals and accomplish the purposes of the organization, business managers need correctly to manage the perception of impartiality as well as their perception of justice both for themselves and for their approaches and practices. In the literature, although there are many studies about organizational justice, there is no study proving the relationship between organizational justice and impartiality. This is a cross-sectional survey of employees working in private hospitals to determine the impact of the impartiality principle on organizational justice. Organizational justice considered as three dimensions and impartiality as two dimensions and the relationship between dimensions was tried to be dealt with. The analysis of the data was done with the SPSS 13.00 program and was conducted with 95% confidence level and 5% tolerance. In the study Spearman correlation test which is one of the nonparametric test techniques were used to investigate the relationship between dimensions. Besides, multiple regression analysis was performed between dimensions in the scale. The study included 159 private hospitals in Istanbul. Sample selection method was used in the study. According to this, questionnaire surveys were conducted on 460 employees from a total of 16 private hospitals. In accordance with the results of the correlation analysis, statistically significant and positive relations which have very low, low and medium strength was found between dimensions of organizational justice and impartiality. According to the results of regression analysis conducted to determine the effect of impartiality on organizational justice; impartiality effected interactional justice ( $F= 35.41, p= 0.000$ ), distributive justice ( $F= 37.781, p= 0.000$ ) and procedural justice ( $F= 6.255, p= 0.000$ ) at the significant level. 13.3% of interactional justice ( $F= 35.141; p=0.000$ ), 14.2% of distributive justice ( $F= 37.781; p= 0.000$ ), and 2.7% of procedural justice ( $F= 6.255; p= 0.000$ ) are explained by impartiality. The hospital employees generally exhibited a positive approach to the justice dimensions, but they exhibited a negative approach in the dimension of impartiality. In the study, it emerged that being neutral in attitudes and behaviors towards the employees of managers were found to be the positive effect to fair of managers.*

**Keywords:** Organizational Justice, Impartiality, Private Hospitals, Hospital Employees, Human Resources.

## Örgütsel Adalet ve Yansızlık Arasındaki İlişki Üzerine Özel Hastanelerde Yapılan Bir Araştırma

### ÖZ

*Örgütsel adalet ve yansızlık, çalışanların motivasyonu ile birlikte performansını da olumlu yönde etkilemektedir. Kurumsal amaçların elde edilmesi ve işletmenin hedeflerine ulaşabilmesi amacıyla işletme yöneticilerinin hem kendileri hem de yaklaşımları ve uygulamaları için adalet algısı ile*

\* This article has been reproduced from doctoral thesis which was completed on May 28, 2018 and it was presented as verbal presentation at the 2nd International and 12th National Health and Hospital Administration Congress held on 11-13 October 2018.

\*\* Ph.D. Health Management Professional, The Ministry of Health, Turkey, burhaneddin.uysal@gmail.com

\*\*\* Prof. Dr., Istanbul Aydin University, Health Management Department, Istanbul, Turkey, atesmetin1@yahoo.com



*birlikte yansızlık algısını da doğru bir şekilde yönetmeleri gerekmektedir. Literatürde örgütsel adaletle ilgili pek çok çalışma yapılmasına karşın örgütsel adalet ile yansızlık arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, örgütsel adalet ve yansızlık ilkesi arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik özel hastanelerde çalışanlar üzerinde yapılan kesitsel bir alan araştırmasıdır. Örgütsel adalet üç boyut, yansızlık ise iki boyut olarak ele alınmış olup boyutlar arasındaki ilişki ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Verilerin analizi SPSS 13.00 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile çalışılmıştır. Çalışmada boyutlar arasındaki ilişkiyi incelemek için parametrik olmayan test tekniklerinden Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. Aynı zamanda ölçekteki boyutlar arasında çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Çalışma evrenini İstanbul'daki 159 özel hastane kapsamıştır. Araştırmada örneklem seçme yöntemine gidilmiştir. Buna göre toplam 16 özel hastaneden 460 hastane çalışanı ile anket çalışması yapılmıştır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre örgütsel adalet ve yansızlık boyutlarında pozitif yönlü; çok düşük, düşük ve orta kuvvette, istatistiki olarak anlamlı ilişki bulundu. Yansızlığın örgütsel adalet üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre; yansızlık boyutu etkileşim adaletini ( $F= 35,41$ ;  $p= ,000$ ), dağıtım adaletini ( $F=37,781$ ;  $p= ,000$ ) ve prosedür adaletini ( $F= 6,255$ ;  $p= ,000$ ) anlamlı düzeyde etkilemekte; yansızlık, etkileşim adaletinin %13,3'ünü, dağıtım adaletinin %14,2'sini ve prosedür adaletinin %2,7'sini açıklamaktadır. Hastane çalışanları adalet boyutlarına genellikle olumlu; yansızlık boyutunda ise genellikle olumsuz yaklaşım sergilemişlerdir. Çalışmada yöneticilerin, çalışanlarına karşı tutum ve davranışlarında yansız olmalarının adaletli davranışları konusunda pozitif yönde etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel Adalet, Yansızlık, Özel Hastaneler, Hastane Çalışanları, İnsan Kaynakları.

## I. INTRODUCTION

Researchers have said many things about justice or injustice of organization, and various concepts have emerged. The concept of justice includes not only laws, institutions/organizations, social systems but also many specific actions, including decisions, judgments, and accusations (Miller, Walzer 1995). As politically, socially and gender, the people should be equally treated, and no restriction or obstruction against people at all should be done. People in many countries around the world are faced with some obstacles and constraints both in working life and in social life. Despite being written in the law, this principle does not be observed in practice (Tortop et al. 2010). In this respect, it is contrary to the principle of equality and justice, especially in the case of recruitment of the organizations and in the progress of the work to put a behavior that is in contradiction to equality (Ateş 2012). Issues related to organizational justice are reflected in many aspects of business experiences of employees. For example, employees are often concerned about justice of resource distribution, such as wages, awards, and promotions (Colquitt et al. 2005). One of the factors of achieving organizational justice is behavior among the employees behave in a way that they are treated side by side. In this context, it is necessary to consider the impartiality to establish justice. The notion of impartiality is considered as an important concept for institutions and countries, inasmuch as it is important to individuals. Organizations must make the structural and operational arrangements to satisfy the expectations of impartiality that will benefit employees. Some structural and procedural arrangements may fail to meet the expectation of impartiality, which maintains the update (Dworkin 2003).

Hospitals are one of the most difficult and complex institutions to be managed. Having a structure that provides services together with the diversity of the appellation makes the management of the hospitals difficult. In hospital management, each manager has both personal and departmental powers and responsibilities. The use of these powers and responsibilities has both direct and indirect contribution, both as local and in general, to the human resources management of a hospital. The fairness of individuals is also constructive,

promoting, and progressive on the justice of the organization. Being on the desired level the functionality of the human resources management in a department within a hospital will cause the parts of low functionality to move.

The concept of justice intertwined with human resource management (HRM), is a concept that preserves and protects its validity as social, political, and religious perspectives since ancient times. The fair treatment for all hospital employees that take an active role in the production of non-substitutable healthcare services will also positively influence the impartiality of the organization. It is not sufficient to be neutral on the basis of the section. What is desired is to assure that the impartiality is achieved at the hospital.

According to the literature review, there are no studies in the field of health related to the research topic. Although there are many studies related to organizational justice in literature, it is important to investigate relationship between organizational justice and impartiality and to gain data for literature. In this study, the concept of organizational justice, which manifests in almost every field of working life, was discussed together with the principle of impartiality, and the effects of impartiality on organizational justice and the opinions of private hospital employees about their work on institutions and administrators assess. It is so important to carry out these and similar studies in the health sector and institutions in the other sectors according to the results that will come out from this research which is particularly expected to shed light on the lack in health science literature.

## **II. ORGANIZATIONAL JUSTICE**

Various explanations have been made by famous philosophers (as Plato and Kant) about what the concept of justice is, this question still cannot find absolutely the answer. Although not answered, these famous philosophers have made a significant contribution to the development of this concept (Kelsen 1960). The history of the concept of justice extends back to the antiquity and the scientists have studied the concept of justice for thousands of years. Aristotle, who is one of the firsts to work on justice, is the first to analyze the causes of justice in the distribution of resources between individuals. Subsequently, Locke (1689) and Hobbes (1651), who worked on human rights, won innovation to this theme in the 17th century. This theme was revised in the 19th century by Mill (1861/1940) with the classic utilitarian principle. Despite some differences, these philosophical approaches have a common aspect. Those advocating these approaches regard justice as a normative goal (Ross 1925; Transferring: Colquitt et al. 2005). From the point of view of philosophical justice theories, there are two criteria to determine whether a judgment is moral. The first of these criteria is the impartial approach to the evaluation of a person involved in distribution with other people. The second is that the evaluator remains bound to moral values when distributing (Lengfeld 2007). Brian Barry (1989) analyzes theories of justice within the framework of impartiality and the common advantage. This classification asks the question not only distribution is just but also why it is just (Transferring: Bojer 2003).

Organizational justice has continuously changed in theory from yesterday to today. As Greenberg said, some studies have shed light on the distinction between distributive justice and procedural justice. The elements of distributive justice and procedural justice have empirically differentiated with some studies and as identified with these studies, the classes of organizational variables with which each is associated. With several studies, questionnaire measure of distributive and procedural justice statistically are independent of each other (Greenberg, Colquitt 2005).

As Lind suggested, procedural, distributive, and interactional justice experiences all contribute to the development of a general justice judgment. This general fairness judgment

then guides individuals' interpretation of future justice-relevant events as well as individuals' attitudes and behavior (Greenberg, Colquitt 2005).

In the study, organizational justice was worked as three dimensions; distributive, procedural and interactional justice.

### **2.1. Distributive Justice**

Price and Muller define distributive justice that an important research topic as "the level of reward and punishment connected with performance input." This definition based on the theory of equality of Adams (Mitchell et al. 2012). Distributive justice can be explained as a fair evaluation of the outcome to be distributed. People think they are not being treated and are not being distributed if the proportion distributed among them is below than the proportion of other people (Törnblom, Vermunt 2007). Distributive justice is basically an expression from Aristotle, which includes punishment within it, and compares corrective or altered justice. Distributive justice is in the name of dignity, political duty or the call for the allocation of money according to the liaison. The people agreed that justice in distribution is to be in accordance with the merit principle (Fleischacker 2004).

The theory of equality of Adams is the theory of distributive justice that Homans (1961) put forward. According to this theory, Homans defines what he gets as an investment (cost) and as a gain (reward). One person tries to find a result by comparing the ratio of the investments/awards/benefits they have made with others. According to the result obtained, when the two ratios are equal, the feeling of justice will emerge, since if there is an inconsistency between the two, it has been stated that an impartiality sensation will emerge (Transferring: Beugre 1998). Distributive justice is the fairness explains how one pie is simplest shared by the people (MacLachlan et al. 2010).

### **2.2. Procedural Justice**

According to the definition based on Homans "Procedural justice exists to the degree that rights are applied universally to all members of an organization." (Price 1997).

Rawls (1971) and Thibaut and Walker (1975) introduced the concept of procedural justice at the beginning of the 1970s (Törnblom, Vermunt 2007). Procedural justice is especially discussed within equality debates in the literature. For the most part, even though measurement of perceptual data both distributive and procedural justice write down corporate behavior (Transferring: Price 1997). For procedural justice results in different emotional reactions to each person, it emits different emotions in each person according to the positive and negative characteristics of the outcomes and rules and shapes people's assessment of whether something is fair. Negative emotional actions combine with perceptions of injustice and negative actions of humans show occasional corrective action (Törnblom, Vermunt 2007). Walker, Lind, and Thibaut defined procedural justice as "the belief that the techniques used to resolve a dispute are fair and satisfying in themselves" (Ambrose, Arnaud 2005). Bies (2005) proposed that interactional justice is a type of procedural justice.

### **2.3. Interactional Justice**

Interactional justice is a type of justice based on a very personal relationship between people and is concerned with treating the other person with respect (Colquitt et al. 2001, Transferring: MacLachlan et al. 2010). Individuals and groups can be judged as fair or unjust about how and how to communicate about outcomes and rules. Staff in an organization

please with any clarification regarding decisions, even if the decisions that made about them are negative. The importance of such explanations is manifested as much sensitive situation for perceptions of interactive justice (Chelladurai 2006).

### **III. IMPARTIALITY**

One of the most important features of modern societies is that people must fight to be fair and equal to make them fairer (O'Neill 1997). In modern societies, it is necessary to stress Walzer's emphasis on contextualism with emphasis on the reflection of Rawls in the provision of pluralistic justice. The theory of justice-neutrality of Rawls considers pluralism in the first denotation. Walzer's theory of contextualism considers pluralism in the second denotation. Judging from two perspectives, it is desirable to provide justice as plurality. Communities need to know the point that they will come and go from the historical point of view in fairly providing and in establishing in the pluralistic world (O'Neill 1997). The notion of neutrality, which has intertwined with the moral concepts since ancient times, has always been at the center of society. At the same time, the concept of neutrality emerged strongly in the 17th and 18th centuries, not a traditional concept developed or developed by Nietzsche (Murphy, Traninger 2014). Terminologically, the concept of impartiality is related to the part. It means either to take sides or to avoid taking someone's role. The concept of impartiality plays an important role in ensuring objectivity. At the same time, this concept has great responsibility for the essential values of modern rationality (Gaukroger 2005, Transferring: Traninger 2014).

The concept of impartiality is a notion that emerges from every stage of work life (public or private) (Tortop et al. 2010). The impartiality principle is a very important principle, especially in the health sector. Healthcare is a service that affects all segments of society, including sex, race, language, religion. It is a desirable service to be presented without distinction, without any parties involved. No class or clan has any privileges on another class or group (Uysal 2018).

In the framework of the concept of impartiality, it is extremely important for organizations to find out what is fair and right for the employees, what is not and what is right and wrong. Structural and procedural arrangements should be made to meet the expectations of contemporary impartiality in terms of organizational perspective to discuss the impartiality expectations of employees in the utility sector (Dworkin 2003). From the perspective of equality of opportunity, inequalities arising from differences in classes, titles, duties, etc. between workers open up injustice and prevent impartial approaches in the organization (Uysal 2018).

Among professionals that do similar work in the same workplace, it can be unfair that a worker is charged more than the other worker. Or it cannot say this behavior is fair if the wage paid to women in the same workplace is lower than the wage paid to men. To be able to talk about justice, it is useful to know what the reaction of people to unfair situations is. In common, the things people complain about injustice are that they do not get what they deserve, that they cannot earn enough because they are wrong, and that the rules applied to some are strictly applied, however, some of them are stretched. Equality and impartiality standards must be provided to the occupants to keep the impartiality of the complaints (Rescher 2002).

An impartial assessment is that provided in accordance with the principles which would be taken in the initial position. An impartial person is one whose situation and character allow him to assess with respect to these principles without prejudice or discrimination. We also need to define impartiality doctrine from the viewpoint of the prosecutors themselves. It

is not enough to define impartiality from the standpoint of a sensitive spectator who answers to the conflicting interests of others as though they were his own. It is they who need to choose their idea of justice previously and for the whole in an original situation of equality (Rawls 1971).

In the private health sector, professionals are being subjected to unfair practices by their employers to remove bias from the principle of impartiality. The fact that the number of titles in private hospitals is too high and complicated can increase unfair and biased practices on occupations. Businesses should behave in a remote, unbiased way without resorting to all of their employees, and should treat their employees by offering equality of opportunity for all of their employees. Provision of a fair and impartial administration will bring positive impacts both on occupations and society.

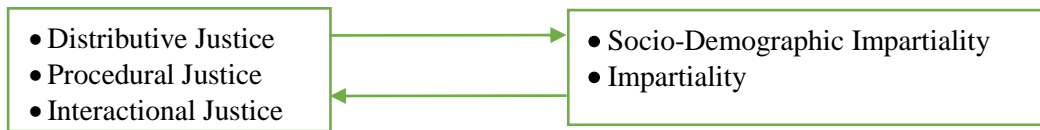
#### IV. METHOD

##### 4.1. The Purpose and Model of the Study

It has been tried to reveal the perception of the employees regarding the level of adoption of the principle of impartiality that is one of the important principles of the human resources management and the extent to which the managers in the private health sector keep the precaution of justice.

The study is a field survey based on the questionnaire basis. A sample selection method was explained in detail under 4.5. Data Collection Tool and Method.

The research model is below.



##### 4.2. Research Hypotheses

It was developed seven hypotheses in the study. Table 1 shows the hypotheses of the research.

**Table 1. Hypothesis Table**

<b>Hypothesis 1.</b> Employees think that managers are not fair in their attitudes and behavior towards them.
<b>Hypothesis 2.</b> Employees think that managers are not impartial in their attitudes and behavior towards them.
<b>Hypothesis 3.</b> Impartiality affects Interactional Justice, Distributive Justice and Procedural Justice
<b>Hypothesis 4.</b> Socio-Demographic Impartiality affects Interactional Justice, Distributive Justice and Procedural Justice
<b>Hypothesis 5.</b> Interactional Justice, Distributive Justice, and Procedural Justice affects Socio-Demographic Impartiality.
<b>Hypothesis 5.1.</b> Interactional Justice affects Socio-Demographic Impartiality.
<b>Hypothesis 5.2.</b> Distributive Justice affects Socio-Demographic Impartiality.
<b>Hypothesis 5.3.</b> Procedural Justice affects Socio-Demographic Impartiality.
<b>Hypothesis 6.</b> Interactional Justice, Distributive Justice, and Procedural Justice affects Impartiality.
<b>Hypothesis 6.1.</b> Interactional Justice affects Impartiality.
<b>Hypothesis 6.2.</b> Distributive Justice affects Impartiality.
<b>Hypothesis 6.3.</b> Procedural Justice affects Impartiality.
<b>Hypothesis 7.</b> Administrators' impartiality in their attitudes and behavior towards their employees is influential in their fairness.

### 4.3. The Universe of Research and The Sampling

The universe of the study consisted of 159 private hospital operating in Istanbul as of February 2016. When the sample selected, the distributions of the private hospitals on the Anatolian and European Sides were determined according to the ratio. The sample was selected with 20% sensitivity in the preliminary stage. It was planned to carry out a questionnaire study in 21 hospitals; in 7 hospitals on the Anatolian Side and 14 hospitals on the European Side in Istanbul, Turkey. However, due to the financial and time limitations of the study, 16 private hospitals were available and 10% of the universe surveyed. A total of 460 employees was surveyed. It is present the number of hospital groups in Table 2 and the number of the questionnaires in Table 3.

**Table 2. Numbers of Studied Survey According to Hospital Groups**

Sides of Hospitals	Hospital Groups According to Bed Numbers				Total
	0-50 Group	51-100 Group	101-150 Group	150 over	
Anatolia Side	2	4	2	1	9
European Side	4	2	1	-	7

The hospitals that studied were selected by convenience sampling method. The official data obtained from the Istanbul Health Directorate were used for determining the number of employees working in 159 private hospitals. The hospitals classified in terms of the number of beds and they included in the sample according to rates.

According to the official data obtained, the number of nurses and midwives was 7279 and the number of the other assistant health staff was 7327. The average number of employees calculated by calculating the number of official employees of 16 private hospitals, two hospitals from 51 beds, three hospitals from 51-100 beds, and one hospital from 101 beds and over bed groups, and administrative staff working in each private hospital the number was presumed. Accordingly, the total number of administrative staff was 24128. Thus, the number of universes calculated as 38734. Although it was decided to survey with 380 employees it was done with 460 employees and it is present in Table 3.

**Table 3. Number of Studied Employees According to the Appellations**

Personnel Appellations	Number of Total Employees	Number of Employees to Study	Number of Employees Studied
Nurse-Midwife	7279	72	112
Other Assistant Health Personnel	7327	72	109
Administrative Services Personnel	24128	236	239
<b>Total</b>	<b>38734</b>	<b>380</b>	<b>460</b>

The data obtained for sampling were of the Istanbul Health Directorate in December 2015. The hospitals to be studied was calculated based on the interval data.

To determine how many employees to survey in the study, firstly the total number of employees in the hospitals to be studied was calculated. Then, the number of samples (380 employees) that was able to take was divided into the total number of personnel of the hospitals (4194 employees). In the end, with the resulting rate, the total number of

employees in each hospital was multiplied, and the minimum number of employees was determined and it is present in Table 4.

**Table 4. Number of Studied Employees According to the Hospitals**

Hospital Number	Side of Hospital	Number of Total Personnel*	Number of Employees to Study	Number of Employees Studied	Interval of Bed Number
1	European Side	16	2	6	0-50
2	European Side	214	20	23	0-50
3	Anatolia Side	199	18	21	51-100
4	European Side	178	16	19	0-50
5	Anatolia Side	681	60	64	150 over
6	Anatolia Side	455	42	54	101-150
7	Anatolia Side	258	23	29	0-50
8	Anatolia Side	212	19	25	51-100
9	European Side	119	11	20	51-100
10	European Side	123	11	20	0-50
11	Anatolia Side	398	35	38	101-150
12	European Side	303	28	32	51-100
13	Anatolia Side	269	25	28	51-100
14	Anatolia Side	92	9	13	0-50
15	Anatolia Side	313	29	37	51-100
16	European Side	354	32	31	101-150
	<b>Total</b>		<b>380</b>	<b>460</b>	

#### 4.4. Limitations of the Study

Contributions of this study should be considered in the frame of its limitations. Considering the above limitations, the researcher recommend some areas for future study. It is important from the point of view of the results of the research to carry out a comparison on the professional groups which did not include in the survey. More research is needed to learn more about the relationship between organizational justice and impartiality. The researcher suggests that this study done in private hospitals in Istanbul is to be made in other large provinces.

#### 4.5. Data Collection Tool and Method

The Organizational Justice and Impartiality Scale that developed by the researcher was used to collect the data of the study. While the scale was being constructed, four different scales were combined and a new scale was prepared.

The first of these measurement tools is the Merit System Principles Survey scale, developed in 2005 by the United States Merit Systems Protection Board and applied to federal employees. The second measurement tool is taken from the master thesis titled "The Relationship Between Performance Appraisal and Organizational Justice and Example Study" prepared by Baykal (2013). The third measurement tool was taken from the master thesis titled "The Relationship Between Organizational Justice and Work Alienation" by Sayü (2014) which it was created by Price and Mueller (1986), which it was developed by Nieoff and Moorman (1993) (Transferring: Sayü, 2014). The last measurement tool was

---

\* The total number of personnel was composed of nurse-midwife, other assistant health personnel, and administrative services personnel.

taken from a postgraduate thesis titled "The Relationship Between Paternalistic Leadership, Perceived Employment Discrimination and Nepotism" by Erden (2014), which the scale that developed by Abdalla et al. (1998) and Ford and McLaughlin (1985) and measured by Asunakutlu and Avcı (2010) (Transferring: Sünneli-Erden, 2014).

The Organizational Justice and Impartiality Scale consisted of 49 statements and 5 dimensions. This scale was rated according to a 5-point Likert scale. While justice status shows an increase from 1 to 5, the impartiality status increases from 5 to 1. After the analysis of validity and reliability, 'The Organizational Justice and Impartiality Scale' was sent to hospital workers via the web-based form between January 4, 2016, and April 30, 2016, as a form of a link. At the same time, surveys were handed out both of the participants who did not fill out the questionnaire web-based and for the hospitals that had internet restrictions. On the other hand, due to the participation in the survey by the website was very low, the questionnaires were handed out from hand and collected by the researcher. It has been particularly paid attention to ensuring that participants do not have any influence in to been completed of the questionnaires. In order to carry out the questionnaires, written permission was received from private hospitals requesting the official application, and surveys were started to be applied in private hospitals that did not need the official permission.

#### **4.6. Results of Validity and Reliability Analysis**

Reliability analysis, which is one of the primary conditions of the scientific work, has been described as the determination between the independent measurements of the same thing, the certain thing to be measured, the same symbols being received continuously, the same processes being monitored and the same results were obtained using the same criteria and being free from random misconceptions. It is desirable to follow the same processes in all the scientific research and to get the same results. For it is difficult to know which result is reliable. That is, the result of the study of a researcher is to be tested by other researchers. In order for science to gain reliability and respectability, such verification was to be made (Karasar 2004). The coefficient indicating the reliability of the scale is called the Cronbach's Alpha Coefficient. According to these coefficients evaluation criteria, " $0.00 \leq \alpha < 0.40$  indicates that the scale is not reliable, whereas  $0.40 \leq \alpha < 0.60$  indicates that the scale is of low reliability" (Kaptanoğlu, İşçi 2013).

A pilot study with 243 questionnaires to find the factor structures of the scales was conducted in private hospitals serving for Istanbul between December 14, 2015, and January 3, 2016, to calculate the explanatory factor analysis (EFA) for validity and Cronbach's Alpha coefficients for reliability. As a result of the exploratory factor analysis, three scales were made by. As a result of the exploratory factor analysis, three scales were made. The first scale consisted of two dimensions with 11 statements. The second scale consisted of one dimension with 10 statements. The third scale consisted of two dimensions with 28 statements. As a result of the reliability analysis, the reliability levels of the dimensions of the scales were found as very high. Cronbach's Alpha value of the all scale is 0.837. The KMO values calculated to find the suitability of the scales for the factor analysis are seen in Table 4. As a result of the analysis, it is concluded that the scale is suitable for factor analysis with the reason that the KMO values are larger than 0.50.

Table 5 shows construct reliability for interactional, distributive, and procedural justice dimensions (Cronbach's Alpha value) was greater than 0.84, and for socio-demographic impartiality and impartiality dimensions (Cronbach's Alpha value) was greater than 0.93. For organizational justice and impartiality dimensions Cronbach's Alpha values were all over 0.84. These values show that the constructs were highly reliable.



**Table 5. Exploratory Factor and Reliability Analysis Results**

Dimension	Substance	Factor Load	Explained Variance	Cronbach's Alfa	KMO
<b>Interactional Justice</b>	1. My supervisor rates my performance in a fair and effective manner.	0.808	33.83	0.860	0.910
	2. My supervisor fairly treats regarding career advancement and training.	0.775			
	3. My supervisor act in a fair and effective manner disciplinary actions such as suspensions, removals, warning and condemnation.	0.742			
	4. My supervisor acts in a fair and effective manner assessing people for vacancies and promotions based on their qualifications.	0.732			
	5. My work unit is able to recruit people with the right skills.	0.711			
	6. My manager assesses in a fair and effective manner pay increases and awards.	0.630			
	7. In my organization, I was rated higher or lower than I believe the deserved.	0.386			
<b>Distributive Justice</b>	8. When considered the effort I made and the good works I do, it is the fair response that I received it from the workplace.	0.879	31.57	0.920	
	9. When considered my responsibilities, I get what I deserve from the workplace.	0.863			
	10. When considered the experience I have, it is the fair response that I received it from the workplace.	0.853			
	11. When considered my education and occupational skills, it is the fair response that I received it from the workplace.	0.806			
<b>Socio-demographic Impartiality</b>	12. Religion	0.923	66.93	0.930	0.916
	13. Disability	0.900			
	14. Sexual orientation	0.871			
	15. Race/national origin	0.871			
	16. Political affiliation	0.847			
	17. Age	0.842			
	18. Marital status	0.817			
	19. Sex	0.795			
	20. Title	0.632			
	21. Education status	0.624			

**Table 5. Exploratory Factor and Reliability Analysis Results - Continued**

Dimension	Substance	Factor Load	Explained Variance	Cronbach's Alfa	KMO
Impartiality	22. Getting a promotion is easier for acquaintances of its managers.	0.817	31.47	0.970	0.894
	23. Those who have acquaintances and applying for a job do not encounter difficulties in the hiring process.	0.788			
	24. Authority is primarily transferred to acquaintances.	0.769			
	25. I think that dismissal or punishment of acquaintances of managers is quite difficult.	0.767			
	26. Managers are more positive towards their employees.	0.761			
	27. Those employees who have an acquaintance in a management position are respected by other employees.	0.749			
	28. Those who have acquaintances in this organization more easily benefit from organization's resources.	0.738			
	29. Family and affinity ties are taken into consideration in the promotion process.	0.736			
	30. Job requirements are not taken into consideration in the promotion process of employees.	0.731			
	31. Managers give priority to familiar staff in training assignments	0.714			
	32. Priority is given to acquaintances in the hiring process.	0.699			
	33. No matter how successful I am in this organization, I cannot get ahead of its managers' acquaintances.	0.693			
	34. Getting reference of someone in management position is considerably important in the hiring process.	0.657			
	35. I think they are under the influence of the prejudices of the managers who evaluate the performance.	0.550			
	36. Knowledge, skills and competencies are of secondary importance in the promotion process.	0.502			
	37. I believe that the performance evaluation process in my organization is prepared by influencing interpersonal relations and includes bias.	0.481			
	38. It is possible to replace it with personal relationships, etc. performance assessment score.	0.440			
	39. Managers who evaluate my performance are deceiving while making an assessment	0.402			
40. The performance evaluation process has a structure that supports fraud and bribery.	0.382				
41. I hesitate from the persons who the managers are familiar.	0.346				
42. I think that my performance evaluation results do not fairly represent the projects/works that I have successfully completed.	0.346				
Procedural Justice	43. Managers who evaluate performance equally apply the rules to employees.	0.797	14.01	0.840	0.894
	44. Managers who evaluate performance act according to ethical rules while assessing performance.	754			
	45. The managers who have evaluated me take equal time for all the employees.	741			
	46. The scores I receive as a result of performance appraisal are fair according to the effort I demonstrate for my job.	681			
	47. In general, I think that the performance evaluation process in my organization is fair.	659			
	48. I believe that the performance evaluation process in my organization is prepared far from prejudices and as objectively.	659			
	49. I think managers who have evaluated my performance have sufficient qualifications to make this assessment.	603			

The results of the factor analysis revealed seven statements loaded on the first dimension, named Interactional Justice, Chronbach's Alpha is 0.860 and factor loading is 0.910. On the second dimension were loaded on four statements, named Distributive Justice, Chronbach's Alpha is 0.920 and factor loading is 0.910. On the third dimension were loaded 10 statements, named socio-demographic impartiality, Chronbach's Alpha is 0.930 and factor loading is 0.916. On the fourth dimension were loaded 21 statements, named Impartiality, Chronbach's Alpha is 0.970 and factor loading is 0.894. On the fifth dimension were loaded seven statements, named procedural justice, Chronbach's Alpha is 0.840 and factor loading is 0.894.

As a result of the factor analysis, "Appreciation, rewards and promotions depend on performance and merit system in my unit of work.", "I believe that I deserve a higher score than my performance evaluation score." and "I think that the amount I get at the end of the performance assessment is higher than I deserve, based on all the success and effort I have shown for my job." statements were removed.

#### **4.7. Evaluation and Data Analysis**

Firstly, average scores of the justice and the impartiality dimensions were calculated. SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Sciences) program was used for the statistical analysis of the questionnaires. Organizational justice dimensions (distributive justice, procedural justice, and interactional justice) and impartiality dimensions (socio-demographic impartiality and impartiality) constitute the variables of the scale. It was worked with a 95% confidence level. In the study, Spearman correlation, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H; non-parametric test techniques and Bonferroni correction test were used to find the root of the difference between groups. On the other hand, multiple regression analyses were implemented for comparisons between dimensions in the scale.

### **V. RESULTS**

Table 6 shows demographic characteristics of the participants. According to the results gathered from the study, while 70.9% of the respondents were female, 29.1% of them were male. While 38.3% of the participants were married, 61.7% were single. 55.4% of participants were between the ages of 18–25; 30.2% between 26–35 years; 13% between 36–45 years and 1.3% between 46–55 years. Of the participants, 24.3% were nurses/midwives, 23.7% were the other assistant health staff, and 52% were administrative service staff. 55.0% of the participants were working in 0-2 years, 27.6% in 3–5 years, 12.6% in 6–10 years, 4.8% in 10 years, and over. 2% of the participants are in primary education, 35.9% in secondary education, 35.4% in associate degree, 25.4% in the undergraduate, and 1.3% in graduate degree. There were no Ph.D./MD graduates.

**Table 6. Demographic Characteristics of the Participants**

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gender</b>		
Female	326	70.9
Male	134	29.1
<b>Marital Status</b>		
Married	176	38.3
Single	284	61,7
<b>Age</b>		
18-25	255	55.4
26-35	139	30.2
36-45	60	13.0
46-55	6	1.3
<b>Title</b>		
Nurse/Midwife	112	24.3
Other Assistant Health Staff	109	23.7
Administrative Personnel	239	52.0
<b>Operation Time in Organization</b>		
0-2 years	253	55.0
3-5 years	127	27.6
6-10 years	58	12.6
10 years and above	22	4.8
<b>Educational Status</b>		
Primary	9	2.0
Secondary	165	35.9
Associate	163	35.4
License	117	25.4
Master	6	1.3
<b>The Position of the First Degree Affiliated Manager</b>		
Head Physician	20	4.3
Head Nurse	178	38.7
Public Relations Responsible	63	13.7
Patient Rights Responsible	39	8.5
Nursing Service Manager	12	2.6
Operating Manager	57	12.4
Laboratory Responsible	17	3.7
Other Managers	74	16.1

Descriptive statistical information of scale dimensions is present in Table 7. Accordingly, interactional justice score average is  $22.67 \pm 5.48$ , Distributive justice score average is  $11.25 \pm 4.01$ , Procedural justice score average is  $21.59 \pm 4.92$ , the Socio-Demographic impartiality score average is  $44.04 \pm 7.82$ , and the average score of Impartiality is  $\pm 12.98$ .

**Table 7. Descriptive Statistics of Scale Dimension Scores**

Dimension	n	Minimum	Maximum	Average	Standard Deviation
Interactional Justice	460	7	35	22.67	5.48
Distributive Justice	460	4	20	11.25	4.01
Procedural Justice	460	7	35	21.59	4.92
Socio-Demographic Impartiality	460	10	50	44.04	7.82
Impartiality	460	28	97	60.14	12.98

Table 8 shows the normality test results of scale dimension scores. Nonparametric methods were used in comparison analyzes, because all scores were not normally distributed according to the normality test results for the dimension scores of scale ( $p < 0.05$ ).

**Table 8. Normality Tests of Scale Dimension Points**

Dimension	Shapiro-Wilk		
	Statistic	sd	p
Interactional justice	0.978	460	0.000
Distributive Justice	0.967	460	0.000
Procedural Justice	0.985	460	0.000
Socio-Demographic Impartiality	0.764	460	0.000
Impartiality	0.993	460	0.037

Of the non-parametric tests to analyze the relationship between dimensions, Spearman Correlation test was applied since scale scores did not show normal distribution. Spearman Correlation for the research variables are given in Table 9. Organizational justice and its dimensions were correlated with socio-demographic impartiality and impartiality.

**Table 9. Relationship between Dimensions of Organizational Justice and Impartiality (n=460)**

Dimension	Interactional Justice	Distributive Justice	Procedural Justice	Socio-Demographic Impartiality	Impartiality
Interactional Justice	r	1	0.656**	0.449**	0.166**
	p		<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
Distributive Justice	r		1	0.454**	0.327**
	p			<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
Procedural Justice	r			1	0.153**
	p				<b>0.009</b>
Socio-Demographic Impartiality	r				1
	p				
Impartiality	r				
	p				

\*\* $p < 0.01$ , \* $p < 0.05$  (level of statistical significance)

As seen in Table 9, the correlation analyses showed that it was statistically found positive, moderate and significant relationship between interactional justice and distributive justice ( $r = 0.656$ ;  $p = 0.000$ ); it was statistically found positive, weak and significant relationship between interactional justice and procedural justice ( $r = 0.449$ ;  $p = 0.000$ ); it was statistically found positive, so weak and significant relationship between interactional and socio-demographic impartiality ( $r = 0.166$ ;  $p = 0.000$ ), it was statistically found positive, weak

and significant relationship between interactional justice and impartiality ( $r= 0.318$ ;  $p= 0.000$ ). Moreover there was a weak statistically notable relationship between distributive justice and procedural justice ( $r= 0.454$ ;  $p= 0.000$ ), it was found positive and weak relationship between distributive justice and socio-demographic impartiality ( $r= 0.117$ ;  $p= 0.009$ ), it was found positive and weak relationship between distributive justice and impartiality ( $r= 0.327$ ;  $p= 0.000$ ). It was statistically found positive, so weak and significant relationship between procedural justice with socio-demographic impartiality and impartiality ( $r= 0.122$  and  $r= 0.153$ ;  $p= 0.009$  and  $0.001$ ). It was statistically found positive, so weak and significant relationship between socio-demographic impartiality and impartiality ( $r= 0.228$ ;  $p= 0.000$ ). The main objective was to explore the relationship between organizational justice and impartiality and Table 8 shows a positive relationship significant at the 0.01 and 0.05 level (2-tailed).

Table 10 shows the results of the regression analysis conducted to find whether the dimensions of organizational justice affect socio-demographic impartiality and impartiality.

**Table 10. Effects of Organizational Justice Dimensions on Impartiality Dimensions**

Dependent	Independent	B	t	p	R <sup>2</sup>	F	p
Socio-Demographic Impartiality	Constant	20.448	10.921	0.000*	0.019	2.892	0.035*
	Interactional Justice	0.237	2.582	0.010*			
	Distributive Justice	-0.175	-1.390	0.165			
	Procedural Justice	0.05	-0.590	0.556			
Impartiality	Constant	83.974	29.279	0.000*	0.163	29.656	0.000*
	Interactional Justice	0.518	3.679	0.000*			
	Distributive Justice	0.788	4.097	0.000*			
	Procedural Justice	-0.115	0.89	0.374			

\* $p < 0.05$  (level of statistical significance)

As seen in Table 10, the regression model conducted as a result of the analysis was found significant. While interactional justice affects socio-demographic impartiality, distributive justice and procedural justice do not affect socio-demographic impartiality. While Interactional justice and distributive justice affect impartiality, procedural justice does not affect impartiality. According to the regression model, interactional justice accounts for about 2% of the socio-demographic impartiality. 16.3% of the impartiality is explained by interactional justice and distributive justice. While interactional justice makes about a change of 51.8% in impartiality, distributive justice makes about a change of 78.8% in the impartiality.

**Table 11. Effects of Impartiality Dimensions on Organizational Justice Dimensions**

Dependent	Independent	B	sh	t	p	R <sup>2</sup>	F	p
Interactional Justice	Socio-Demographic Impartiality	0.021	0.032	0.667	0.505	0.133	35.141	0.000*
	Impartiality	0.151	0.019	7.920	0.000*			
Distributive Justice	Socio-Demographic Impartiality	0.031	0.023	1.361	0.174	0.142	37.781	0.000*
	Impartiality	0.120	0.014	8.652	0.000*			
Procedural Justice	Socio-Demographic Impartiality	0.017	0.030	0.552	0.581	0.027	6.255	0.002*
	Impartiality	0.059	0.018	3.242	0.001*			

\* $p < 0.05$  (level of statistical significance)

Table 11 shows the results of the regression analysis conducted to find whether the socio-demographic impartiality and impartiality affect dimensions of organizational justice.

As seen in Table 11, the model was statistically significant according to the result of the analysis. The coefficients of socio-demographic impartiality and impartiality were examined to define the impact on interactional justice. It was reached that impartiality had an effect on interactional justice and socio-demographic impartiality. According to the regression model, 13.3% ( $R^2=0.133$ ) of interactional justice is explained by the impartiality. Impartiality makes a change of 15.1% ( $B=0.151$ ) in interactional justice. The coefficients of socio-demographic impartiality and impartiality were studied to define the effect on distributive justice in the model, and it was reached that impartiality affected distributive justice and socio-demographic impartiality did not significantly affect distributive justice. According to the regression model, 14.2% ( $R^2=0.142$ ) of distributive justice is explained by the impartiality. Impartiality makes about a change of 12% ( $B=0.12$ ) in distributive justice. To define the impact of procedural justice in the model, the coefficients of socio-demographic impartiality and impartiality were examined. The result was that the impartiality had an effect on procedural justice, and the socio-demographic impartiality did not significantly affect procedural justice. According to the regression model, 2.7% ( $R^2=0.027$ ) of procedural justice is explained by the impartiality. The impartiality makes a change of 5.9% ( $B=0.059$ ) in procedural justice.

**Table 12. The Results of the Hypotheses**

<b>Hypothesis</b>	<b>Result</b>
<b>Hypothesis 1</b> Employees think that managers are not fair in their attitudes and behavior towards them.	Rejected
<b>Hypothesis 2</b> Employees think that managers are not impartial in their attitudes and behavior towards them.	Accepted
<b>Hypothesis 3</b> Impartiality affects Interactional Justice, Distributive Justice, and Procedural Justice	Accepted
<b>Hypothesis 4</b> Socio-Demographic Impartiality affects Interactional Justice, Distributive Justice, and Procedural Justice	Rejected
<b>Hypothesis 5</b> Interactional Justice, Distributive Justice, and Procedural Justice affects Socio-Demographic Impartiality. <b>Hypothesis 5.1.</b> Interactional Justice affects Socio-Demographic Impartiality (Accepted). <b>Hypothesis 5.2.</b> Distributive Justice affects Socio-Demographic Impartiality (Rejected). <b>Hypothesis 5.3.</b> Procedural Justice affects Socio-Demographic Impartiality (Rejected).	Accepted
<b>Hypothesis 6</b> Interactional Justice, Distributive Justice, and Procedural Justice affects Impartiality. <b>Hypothesis 6.1.</b> Interactional Justice affects Impartiality (Accepted). <b>Hypothesis 6.2.</b> Distributive Justice affects Impartiality (Accepted). <b>Hypothesis 6.3.</b> Procedural Justice affects Impartiality (Rejected).	Accepted
<b>Hypothesis 7</b> Administrators' impartiality in their attitudes and behavior towards their employees is influential in their fairness.	Accepted

According to the information obtained from correlation and regression analysis results of the study, of the hypotheses we developed, Hypothesis 1 and Hypothesis 4 was rejected and other hypotheses were accepted.

## **VI. DISCUSSION AND CONCLUSION**

This study was conducted to find the effect of the principle of impartiality, which is one of the important principles of human resource management on organizational justice. As a result of the literature review, no such study has been found in the field of health related to the research topic. It was done the dimensional comparison with some studies in other fields that are to be able to close to results of our research. According to the results obtained from the analysis of the study, the vast majority (about 4/5) of the surveyed employees did not get any education in health and hospital management.

Adherence to the survey approaches to justice was generally positive, whereas approaches to impartiality were often negative. According to the conclusions obtained from the research, only the socio-demographic impartiality perception was found high level. The perception level in other dimensions as the medium to high. Demirkiran et al. (2016) and Demirkiran et al. (2013) also found that the perceptions of organizational justice of the health sector employees are in the middle and high level. In the research conducted by Asunakutlu and Avcı (2010), favoritism perception has emerged in three dimensions as promotion, process, and recruitment dimensions. It was found a negative relationship between job satisfaction and favoritism perception and a higher relationship between favoritism and job satisfaction with respect to job satisfaction. Those employees' perceptions such as equal treatment for employees, promotion according to their skills and abilities negatively affected job satisfaction has been achieved. In the survey conducted by Erdem et al. (2013) to examine the perceptions of cronyism (co-ownership) of the businessmen in the hotel enterprises, it was concluded that the perceptions related to cronyism (co-ownership) are low. As a result of the study, it has been understood that co-friendly friendship is not often observed in the human resources practices carried out in the hotel enterprises. The similar results were obtained from this study.

According to the results of the correlation analysis, it was generally found a positive and significant relationship between the dimensions. According to multiple regression models in our study, interactional justice affects socio-demographic impartiality whereas distributive justice and procedural justice do not affect. While interactional justice and distributive justice positively affect impartiality, procedural justice does not affect this. In our study, it was also been revealed that impartiality affected organizational justice. Employees do not be aware of rejected for progress, promotion, wages and another job benefit, depending on religion, disability, sexual orientation, race/national origin, political preference, age, marital status, gender, title, and educational status. Polat and Kazak (2014) conducted a survey in schools conducted in Düzce and distributive justice, procedural justice and interactional justice that it was a meaningful and negative relationship between perceptions, and that adversity was a significant and strong predictor of organizational justice. According to the study conducted by Çelik and Erdem (2012) at Pamukkale University, it was revealed that administrative staff has a perception that they are favoritism in their institutions. Higher-level employees indicated more favorability than lower-level employees. According to a study conducted on employees in government banks by Büte (2011), favoritism practices are also increasingly tending to leave work. According to the research conducted by Büte and Tekarslan (2010), as the promotion and procedure favorability increased among the employees, it became clear that procedural justice decreased.

It was found a positive contribution of impartiality on organizational justice and the impartiality of the managers had a positive contribution to the fairness of the organizations. Careful attention is to be rewarded to the fact that the financial and personal rights of employees that start to work in the business are not conserved higher than those of long-time employees, as they can trigger conflicts between the employees. Efforts exhibited by



employees and not being rewarded equally for equal work in spite of good work they do will adversely affect the distribution justice scores of businesses. In this respect, the responsibilities, skills, training and professional equipment of the employees are to be taken into consideration. According to the obtained data, considering the share of private hospitals in the health sector, as an unavoidable result of the lack of human resources available in the health sector in our country, the private hospital sector should advance policies to conserve its existing staff in the area. Attractive proposals presented to new recruits in the recruitment process to eliminate the need for open human resources should not adversely affect long-term staff's views on fairness and clarity. All processes should be systematically carried out in an organizational way to ensure that employment is not reflected. The employee choice and placement process, beginning with the candidate research process and resulting in a decision to recruit, should be fairly managed. Accordingly, institutional applications should be grown. Registrants held for applicants who apply for employment should be periodically checked. Measures should be taken to ensure that individuals or managers accepting job applications set personal criteria and if deemed necessary, an observer from within the organization should be present during the interview process. Behaviors toward employees recognized by the managers should not have a negative influence on other employees being treated as such. Managers should be equally treated to all employees. The manager-employee relationship is to be institutional, not biased. For employees who act against ethical rules, necessary disciplinary actions need to be taken even if they are recognized by the management team.

Promotion opportunities should neutrally assess within the setting of the justice principle. Since the failed promotional process is negatively able to affect the distributive justice score of the organization, the promotional process should shape according to the knowledge, skills, and abilities of the employees and these features should be given particular importance.

Moreover, the result of the socio-demographic impartiality shows that the modern and cultured level that has to be in modern communities has increased and that the emotion of coexistence accepted by society in spite of some socio-demographic differences. Additionally, considering that impartiality has a positive effect on organizational justice, it negatively affects the organization's impartiality on every process that employees do not get a fair reward; taking into consideration that employee performance and motivating decrease, reformatory, and preventive steps ought to be taken by both organizations and managers.

In conclusion, this is the first study that investigated organizational justice and impartiality in the private health sector. It was found a positive contribution of impartiality on organizational justice. The impartiality of managers means able to speed up the justice of the organizations. The study is notably contributing some to the health sciences literature by the researchers applying both in the public health sector and other sectors. It is important from the point of view of the results of the research to carry out a comparison on the professional groups which did not include in the survey. More research is needed to learn more about the relationship between organizational justice and impartiality. It is recommended that this study done in private hospitals in Istanbul is to be made in other large provinces (for comparison between provinces). Later works should focus on the performance factor. Other factors affecting the notion of impartiality by researchers should be investigated.

## REFERENCES

1. Ambrose ML, Arnaud A. (2005). Are Procedural Justice and Distributive Justice Conceptually Distinct? (Ed: Colquitt, J., Greenberg, J.). **Handbook of Organizational Justice**. Psychology Press. Mahwah. N.J.
2. Asunakutlu T. ve Avcı U. (2010) Aile İşletmelerinde Nepotizm Algısı ve İş Tatmini İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 15(2): 93-109.
3. Ateş M. (2012) **Sağlık İşletmeciliği (2. Baskı)**. Beta Basım, İstanbul.
4. Baykal R. E. (2013) Örgütsel Adalet Algısı ile Performans Değerlendirme Sistemleri Arasındaki İlişki ve Bir Örnek Çalışma. **Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
5. Beugre C. D. (1998) **Managing Fairness in Organizations**. Greenwood Press, Westport.
6. Bies R. J. (2005) “Are Procedural Justice and Interactional Justice Conceptually Distinct?” In Colquitt J. and Greenberg J. (eds.) **Handbook of Organizational Justice**. Psychology Press, Mahwah. N.J.
7. Bojer H. (2003) **Distributional Justice Theory and Measurement**. Routledge Taylor & Francis Group, London and New York
8. Büte M. (2011) Kayırmacılığın Çalışanlar Üzerine Etkileri ile İnsan Kaynakları Uygulamaları İlişkisi: Türk Kamu Bankalarına Yönelik Bir Araştırma. **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 15(1): 383-404.
9. Büte M. ve Tekarslan E. (2010) Nepotizm’in Çalışanlar Üzerine Etkileri:Aile İşletmelerine Yönelik Bir Saha Çalışması. **Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi** 6(1): 1-21.
10. Çelik K. ve Erdem A. R. (2012) Üniversitede Çalışan İdari Personele Göre Kayırmacılık. **Akdeniz Eğitim Araştırmaları Dergisi** 11: 23-30.
11. Chelladurai P. (2006) **Human Resource Management in Sport and Recreation (Second Edition)**. Human Kinetics, USA.
12. Colquitt J. Greenberg J. and Zapata-Phelan C. P. (2005) “What Is Organizational Justice? A Historical Overview”. In Colquitt J. and Greenberg J. (eds.) **Handbook of Organizational Justice** [e-book]. Psychology Press, Mahwah, N.J.
13. Demirkıran M., Yordan E. D. ve Yorulmaz M. (2013) İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılamalarının İletişim Doyumlarına Olan Etkisi. **Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi** 5(2): 322-334.
14. Demirkıran M., Taşkaya S. and Dinç M. (2016) A Study on the Relationship between Organizational Justice and Organizational Citizenship Behavior in Hospitals. **International Journal of Business Management and Economic Research (IJBMER)** 7(2): 547-554.

15. Dworkin R. W. (2003) **From Liberal Values to Democratic Transition**. Central European University Press (CEU Press), New York.
16. Erdem B., Çeribaş S. ve Karataş A. (2013) Otel İşletmelerinde Çalışan İşgörenlerin Kronizm (Eş-Dost Kayırmacılığı) Algıları: İstanbul'da Faaliyet Gösteren Bir, İki ve Üç Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. **Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi** 17(1): 51-69.
17. Erden P. S. (2014) The Relationship Between Paternalistic Leadership, Perceived Employment Discrimination and Nepotism. **Yeditepe University, Institute of Social Sciences, Master Thesis**, Istanbul.
18. Fleischacker S. (2004) **A Short History of Distributive Justice**. Harvard University Press, Cambridge.
19. Greenberg J, Colquitt JA. (2005) **Handbook of Organizational Justice**. Lawrence Erlbaum Associates. Inc. USA.
20. Kelsen H. (1960) **What is Justice?** University of California, Berkeley.
21. Lengfeld H. (2007) "Subjective Impartiality: Justice Judgements between Morality and Self- Interest". In Vermunt R. and Törnblom K. Y. (eds.) **Distributive and Procedural Justice: Research and Social Applications**. Routledge, Aldershot.
22. Karasar N. (2004) **Bilimsel Araştırma Yöntemi (13. Baskı)**. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
23. MacLachlan M., Stuart C. C. and McAuliffe E. (2010) **Aid Triangle: Recognising the Humn Dynamics of Dominance, Justice and Identity**. Zed Books, London.
24. Miller D. and Walzer M. (1995) **Pluralism, Justice, and Equality**. GBR: Oxford University Press, Oxford.
25. Mitchell J. I., Gagné M., Beaudry A. and Dyer L. (2012) The Role of Perceived Organizational Support, Distributive Justice and Motivation in Reactions To New Information Technology. **Computers in Human Behavior** 28(2): 729-738.
26. Murphy K. and Traninger A. (2014) **The Emergence of Impartiality** [e-book]. Brill NV, Leiden.
27. O'Neill S. (1997) **Impartiality In Context: Grounding Justice In A Pluralist World** [e-book]. State University of New York Press, Albany.
28. Polat S. ve Kazak E. (2014) Okul Yöneticilerinin Kayırmacı Tutum ve Davranışları ile Öğretmenlerin Örgütsel Adalet Algıları Arasındaki İlişki. **Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi (Educational Administration: Theory and Practice)** 20(1): 71-92.
29. Price J. L. (1997) Handbook of Organizational Measurement. **International Journal of Manpower** 18(4/5/6): 305-558.
30. Rawls J. (1971) **A Theory of Justice**. Harvard University Press, USA.

31. Rescher N. (2002) **Fairness: Theory and Practice of Distributive Justice**. Routledge, Aldershot.
32. Sayü P. (2014) The Relationship Between Organizational Justice And Work Alienation. **Marmara University, Institute of Social Sciences, Master Thesis**, Istanbul.
33. Tortop N., Aykaç B., Yayman, H. ve Özer M. A. (2010) **İnsan Kaynakları Yönetimi (4.Baskı)**. Nobel Yayınevi, Ankara.
34. Törnblom K. Y. and Vermunt R. (2007) **Distributive and Procedural Justice: Research and Social Applications**. Ashgate Publishing Limited, England.
35. Traninger A. (2014) “Taking Sides And The Prehistory of Impartiality In Traninger” A. and Murphy K. (eds) **The Emergence Of Impartiality** [e-book]. Brill, Leiden.
36. Uysal B. (2018) Örgütsel Adalet Üzerinde Yansızlık İlkesinin Etkisini Belirlemeye Yönelik Özel Hastanelerde Yapılan Bir Araştırma. **Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, İstanbul.
37. Kaptanoğlu A. Y ve İşçi E. (2013) **Sağlık Alanında Hipotezden Teze: Veri Toplama ve Çözümleme Serüveni**. Beşir Kitabevi, İstanbul.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Uysal, B. & Ateş, M. (2018). A Study on the Relationship between Organizational Justice and Impartiality in Private Hospitals. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 21(4), 767-787.



# Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi

Sinan ÖZYAVAŞ\*

## ÖZ

Ağız diş hastalıkları, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar içerisinde yer alan, önlenebilir sorunlardır. Ancak, yüksek prevalans nedeniyle sağlık harcamalarında artışa neden olurlar. Türkiye’de ve gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda ağız diş hastalıklarına yönelik koruyucu önlemler, sağlık otoriteleri tarafından gereken ilgiyi görememektedir. Buna karşın, WHO ve FDI gibi küresel paydaşlar yayınladıkları raporlarla dikkatleri bu noktaya çekmeye çalışmaktadırlar. Ayrıca, OECD ve Avrupa Komisyonu ortak çabalarıyla çeşitli izlem platformları oluşturmaktadırlar. Bu çalışmada, Türkiye’de ağız diş sağlığı finansmanı, hizmet sunumu, insan kaynağı ve mesleki eğitim süreci irdelenmiş ve Türkiye’de ağız diş sağlığı politikasının mevcut durum analizi için ulusal ve uluslararası sivil toplum kuruluşlarının konuyla ilgili görüşlerine yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık politikası, ağız diş sağlığı, halk sağlığı.

## Oral Health Policy in Turkey: Situation Analysis

### ABSTRACT

Oral diseases are among non-communicable chronic diseases which are preventable. However, because of their high prevalence, they lead to increase in healthcare expenses. Protective measures against oral diseases do not attract the attention of health authorities in Turkey and many of developing countries. However, global stakeholders such as WHO and FDI are trying to attract the attention to the point via reports they published. In addition, they generate various monitoring platforms with the collective efforts of OECD and European Commission. In this study, funding, service delivery, human resources and vocational education process related with oral health in Turkey have been discussed and concepts of national and international non-governmental organization have been provided for the situation analysis of oral health policies of Turkey.

**Keywords:** Health policy, oral health, public health.

## I. GİRİŞ

Sağlık politikaları, sağlık sistemi ile ilgili kurumları, hizmetlerin finansmanı vb. faaliyetleri etkileyen tüm eylemleri kapsar. Sistem içerisinde yer alan aktörler, ulusal düzeyde politik güce sahip kişi ya da gruplar olabileceği gibi, aynı zamanda çok uluslu şirketler, Dünya Ticaret Örgütü (WTO) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi örgütler de olabilmektedir. Dolayısıyla, dışa açık ekonomilerde küresel aktörlerin ulusal düzeydeki politik karar alma süreçlerine ve eylemlerine etkisi yadsınamaz (Buse et al. 2012).

2010 yılında Avusturalya’nın Adelaide şehrinde, Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) beyanatına adını veren uluslararası bir toplantıda, ‘Tüm Politikalarda Sağlık’ın çerçevesi çizilerek; sektörler arası işbirliği ile insanî gelişme, sürdürülebilirlik ve eşitliği geliştirme adına toplumsal bir mutabakat sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Bu mutabakatla sağlıklı toplumların, ülkelerin refah seviyesine katkıda bulunacağı hatırlatılmıştır (WHO 2010).

\*Öğr. Gör., Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sinan.ozyavas@emu.edu.tr

Avrupa Birliği'nin (AB) sağlık alanında ortak bir politikası olmamakla birlikte, birliğin resmi sağlık politikası gelişim sürecine açıktır. Maastricht, Amsterdam ve Lizbon antlaşmaları bu gelişim sürecinin ilk belirleyicileri olmuştur (Yıldırım, Yıldırım 2015). Konu hakkında görüş bildiren paydaşlar, birliğe üye ülkelerin kendi politik, kültürel ve ekonomik yapıları içerisinde farklılıklar gösterdiğini öne sürerek konuya açıklık getirmekle birlikte (Nikolovska 2008); aynı zamanda, temel ilkeler (**katma değer yaratma, yetki ikamesi ve şeffaflık gibi**) ve ortak değerler (**dayanışma, hakkaniyet ve hizmete erişim gibi**) bağlamında bütünlük sağlandığını belirtmektedirler (Yıldırım, Yıldırım 2015). Avrupalı popülasyonun değişen ağız ve diş sağlığı statüsünü belgelemek, hizmet kalitesini iyileştirmek, birliğe üye ülkeler arasında işbirliği alanlarını genişletmek ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri giderebilmek amacıyla mediko-sosyal politikalar geliştirilmesini teşvik etme noktasında AB'nin, Uluslararası Diş Hekimliği Federasyonu (FDI) ve WHO'dan bağımsız olmamak kaydıyla, açık takip parametreleri belirlediği görülmektedir (European Data Portal 2018).

Politik faktörlerin, sağlığın hayati öneme sahip sosyal belirleyicisi olduğu görüşü, dünya genelinde artan bir şekilde kabul görmektedir. Makro düzeydeki sosyal politikalar, sağlık sisteminin özelliklerini, sosyoekonomik eşitsizlikleri, sosyal ve kültürel sermaye yapısını derinden etkilemektedir. Avrupa'da İskandinav refah devletlerinin (Finlandiya, Danimarka gibi) diğer refah devleti yapılarından daha iyi bir sağlık performansı (yenidoğan ölüm oranı gibi) gösterdiği görülmekte ve benzer bir şekilde, ağız sağlığı performans çıktılarının da aynı paralellikte seyrettiği gözlemlenmektedir (Herreno et al. 2013).

WHO ağız ve diş sağlığını 'bireyin ısırma, çiğneme, gülme, konuşma ve psikososyal iyi olma halini sınırlandıran hastalıklar ve aynı zamanda ağız ve yüz ağrısı, ağız ve yüz kanseri, ağız enfeksiyonu ve yaraların, periodontal hastalık, diş çürümesi, diş kaybı gibi rahatsızlıkların görülmemesi' olarak tanımlamaktadır (Mohanta 2017).

FDI ve WHO, ilk kez 1981 yılında Küresel Ağız Sağlığı Amaç ve Hedeflerini işbirliği içinde belirlemişlerdir. Ortak bildiride;

- 5-6 yaş grubunun %50'sinde diş çürüğü olmaması,
- 12 yaş grubunda küresel ortalama DMFT (Çürük Diş-Kayıp Diş-Dolgu Diş İndeksi) skorunun 3'ten fazla olmaması,
- 18 yaş grubundaki tüm nüfusun %85'inin diş sayısının eksiksiz olması,
- 35-44 yaş grubunda (1982'deki skor ile mukayese edildiğinde) dişsizliğin %50 azaltılması,
- 65 yaş ve üzeri yaş grubunda (1982'deki skor ile mukayese edildiğinde) dişsizliğin %25 azaltılması,
- Ağız sağlığındaki değişimin takibi için veri yönetim sisteminin tesis edilmesinin gerekliliği açıklanmıştır (Petersen 2003).

Bu girişimler daha sonra Uluslararası Diş Hekimliği Araştırmacıları Birliği'nin de (IADR) katılımıyla genişletilerek, 2020 hedefleri olarak açıklanmıştır. 2020 Küresel Ağız Sağlığı Amaç ve Nihai Hedefleri özetle;

- Erken teşhis ve koruyucu önlemler olarak, ağız ve kraniofasial hastalıkların ruhsal ve toplumsal gelişim ve sağlık üzerindeki etkilerini azaltmak ve böylece toplumun yaşam kalitesini yükseltmek,
- Kraniofasial ve ağız hastalıklarından kaynaklanan ölümleri azaltmak,

- Ülkeler arasındaki ağız sağlığı eşitsizliklerini ve ülke içindeki sosyoekonomik açıdan farklılık gösteren popülasyon arasındaki ağız sağlığı statüsü dengesizliklerini azaltmak,
- Kraniofasial ve ağız sağlığı hastalıklarının kontrolü adına, maliyet etkili ağız sağlığı sistemlerine erişilebilirliği geliştirmek,
- Sağlık çalışanlarının programın amaçlarıyla ilgili etik deneyimlerini ve sosyal sorumluluklarını desteklemek şeklinde sıralanabilir (Hobdell et al. 2003).

Hobdell ve diğerleri, aynı zamanda, ağız sağlığı hizmetlerinin planlanma aşamasından önce, mevcut yerel kaynakların seviyesinin belirlenmesi ve tespiti göre eylem planlarının gerçekleştirilmesi için bir dizi soruya (Tablo 1) yanıt verilmesini önermektedir (Hobdell et al. 2003). Bu sorulardan anlaşılmaktadır ki; hizmetlerin tasarımından önce sağlık planlayıcılarının mevcut yerel kaynakları analiz etmesi, potansiyel koşulları göz ardı etmeden sistemi bir bütün olarak düşünüp, bilgi paylaşımına açık geri bildirim kanalları tesis etmesi gerekmektedir.

**Tablo 1. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Yerel Bir Politika Çerçevesi Oluşturmadan Önce Yanıtlanması Önerilen Sorular**

Sorular	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Finans 1. Ağız sağlığı için merkezi bir kamu sağlığı bütçesi bulunuyor mu? 2. Ekipman ve araçlar için yeterli sermaye bulunuyor mu? 3. Maaş ödemeleri için mevcut fon kaynağı yeterli mi? 4. Ağız sağlığı teşviki ve koruyucu önlemler için fon dağıtımı yeterli mi?			
Personel 1. Yeterli miktarda uygun eğitilmiş personel var mı? 2. Değerlendirme, takip ve yönetim fonksiyonlarını yerine getirebilecek yeterli miktarda personel var mı?			
Araç ve Gereç 1. Mevcut olan ekipmanlar uygun mudur?			
Altyapı 1. İhtiyacın değerlendirilmesi için gerekli olan girişimin seçiminde yeterli detayda çaba sarf ediliyor mu? 2. Kaynakların edinimi için iletişim kanalı açık mı? 3. Raporlama için iletişim kanalı fonksiyonel mi? 4. Üretim faktörlerinin transferi gerekliyse, bu fonksiyonel bir şekilde çalışıyor mu?			
Eğer 6 sorudan daha azına evet yanıtı verildiyse, kaynakların tahsisi düşüktür. Eğer 5 ila 10 soruya evet dendiye, kaynakların tahsisi orta seviyededir. Eğer 9 ya da daha fazla soruya evet dendiye, kaynak tahsisi yüksek seviyededir.			

**Kaynak:** Hobdell et al. 2003

20. yüzyılın sonlarından itibaren ağız sağlığı konusunda ilerleme görülmektedir ancak, bu ilerlemenin dünya nüfusuna tam anlamıyla yansıdığını söylemek mümkün değildir. Nasıl ki 'Tüm Politikalarda Sağlık', bize bir izlem yolu olarak, sağlıklı toplumların refah seviyesindeki artışı beraberinde getireceğine işaret ediyorsa; benzer bir şekilde, dünya üzerindeki yoksullukların giderilmesi hedefinin de sağlıklı toplumların oluşumuna katkı sağlayacağı öngörülebilmektedir (Petersen 2003).



Sağlık hizmeti maliyetlerinin türleri ve seviyeleri hakkındaki bilgilerin şeffaf, güvenilir ve güncel olmaması, sağlık sistemi içinden veya dışından gereken müdahalelerin yapılmasına engel olabilmektedir. Politika oluşturan çevreler, daha kapsamlı bilgi ve belgeye sahip olunan genel sağlık hizmetlerinin göstergelerine daha hassas tepkiler verebilmekteyken, ağız sağlığı göstergelerinde daha az bilgi ve belgeye sahip olunması nedeniyle bu konuda nispeten daha az refleks gösterirler (Righolt et al. 2018).

Dünya üzerinde ağız ve diş hastalıklarının sosyoekonomik boyutu ve bireylerin genel sağlık durumları üzerindeki olumsuz etkileri, tatmin edici seviyede ölçümlenebilmiş değildir. Buna neden olan faktörler arasında; ağız ve diş sağlığının öneminin dünya genelinde tam olarak kavranamamış olması, çoğu koşulda geciktirilebilir bir ihtiyaç olarak görülebilmesi ve özellikle düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkeler nezdinde gerçekçi epidemiyolojik verilere sahip olmamız gösterilebilir (FDI 2015). Bununla beraber, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de sağlık hizmetinden yoksun kalmış bir popülasyon bulunmaktadır. Bir çok ülkede ağız sağlığı hizmetleri, ulusal yahut toplum sağlığı programlarıyla tamamen entegre edilmiş durumda değildir (Petersen 2003).

Veriye ulaşmak noktasında yaşanan kısıtlılıklara rağmen, elde edilen küresel verilere göre; diş çürükleri, periodontal hastalıklar, ağız kanseri, 'Noma', kalıtsal anomaliler ve ağız travmaları küresel boyutta en yaygın görülen ağız ve diş hastalıkları olarak gözlemlenmektedir. 2010 yılı verilerine göre, dünya genelinde tahminen 3 milyar 54 milyon insan tedavi edilmemiş çürük dişlerinden ötürü sağlık problemleri yaşamaktadır (FDI 2015).

Dünya genelinde yüksek ve düşük gelirli ülke ölçeklendirmesine bakıldığında, 2000 yılı veya elde edilebilen en son veri yılına göre, 12 yaş DMFT ortalamalarında, çürük diş ve kayıp diş için en yüksek oranların sırasıyla 1,46 ve 0,25 olarak orta-üstü gelire sahip ülkelerde olduğu görülmektedir. Kayıp diş ve dolgu dişler için en düşük oranlar ise, 0,02 ile düşük gelir grubundaki ülkelerde görülmekte ve bu skorlarla diğer tüm gelir grubundaki ülkelerin skorlarının altında kalmaktadırlar (FDI 2015).

Dünya nüfusunun %15'inde görülebilen periodontal problemler, kısa sürede diş kayıplarına neden olabilmektedir. 'Noma' Sahra Altı Afrika bölgesinde genellikle 6 yaş altındaki çocuklarda görülmekte ve eğer tedavi edilmezse, %70 ila 90'ının ölümüne neden olabilmektedir. Ayrıca ağız kanserleri, yine en yaygın görülen 10 kanser türünden biri olarak, her yıl 300 – 700 bin arasında yeni vakanın görülebildiği bir hastalıktır. Ağız ve yüz bölgesi yarıkları kalıtsal bir anomali olarak, 2006 yılındaki 17 ülkenin farklı etnik gruplarından 10.000 canlı doğumdaki insidansa bakıldığında; %22,5 oranında Asyalılarda görülürken, onları sırasıyla Moğollar (%15,3), Kafkasyalılar (%15,2), Afrika asıllı Amerikalılar (%5) takip etmektedir (FDI 2015).

Ağız travmaları dünya genelinde görülen tüm yaralanma türlerinin %5'ini oluşturmaktadır. Yine dünya genelinde toplam 8,5 milyon travmaya bağlı ölümün tahminen yarısının kraniofasial travmalara bağlı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, Danimarka verilerine göre, diş travmalarının yıllık direkt maliyetlerinin 2-5 milyon dolar / milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir (FDI 2015).

2008 yılında WHO'nun belirttiği gibi, sağlık eşitsizliklerini belirlemekte en iyi yol, altında yatan sosyal belirleyicilere (doğum, yaşam, iş ve yaşlılık koşulları gibi) bakmaktır (FDI 2015). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ve AB'nin 2016 yılında yayınladığı raporda, AB-28 üye ülkelerinin gelir seviyesi, coğrafi koşulları ve içinde buldukları sağlık sisteminin kısıtlılıkları nedeniyle, 2014 yılı verilerine göre, karşılanmamış ağız sağlığı ihtiyacının düşük gelir grubu aleyhine işlediği belirtilmektedir (OECD, EU 2016). Söz konusu olan bu rapor ile paralellik gösteren bir diğer çalışmada da

şehirleşmeye bağlı olarak düşük ve yüksek gelir gruplarının arasındaki farklılık gösterilmiştir. Petersen ve Kwan (2011)’e göre, tüm gelir dilimlerinde, şehirlerde yaşayan popülasyonun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kırsal kesimde yaşayanlara göre daha yüksek oranlarda olmaktadır.

AB-27 üye ülkesinde, 2008-2012 yılı verilerine göre, yıllık ortalama direkt sağlık harcamalarında (kamu ve özel) ağız hastalıklarının diyabet (€ 137 milyar) ve kardiyovasküler hastalıklardan (€ 105 milyar) sonra üçüncü sırada yer alarak, € 79 milyar harcamaya sebep olduğu tespit edilmiştir (FDI 2015).

2011 yılında Birleşmiş Milletler (UN) Genel Meclisi’nin aldığı ilkesel kararda (19.madde), ‘böbrek, göz ve ağız hastalıklarının ülke ekonomilerine büyük yükler getirmesi nedeniyle bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele için tahsis edilen kaynaklardan belirli bir oranda destek görmeli’ ifadesine yer verilmiştir (UN General Assembly 2012).

## **II. AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU**

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı (ADS) hizmetleri hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Kamu tarafından verilen ADS hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hastaneleri (ADSH), ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM), genel hastaneler ve eğitim hastaneleri ve ayrıca aile sağlığı merkezleri tarafından sağlanmaktadır (Tatar et al. 2011). Ancak, Sağlık Bakanlığı’na ya da belediyelere ait olan birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki diş hekimliği hizmetlerinin genel sağlık sistemine entegrasyonu zayıftır. Bu açıdan bakıldığında, Türkiye’de koruyucu diş hekimliği hizmetlerinde devletin asli sorumluluk alanının gelişime açık olduğunu söyleyebiliriz (Hayran ve diğerleri 2004).

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun (TKHK) 2017 yılı ilk 6 aylık verilerine göre, ADSH sayısı 22 iken, bu hastanelerdeki ünit sayısı 2.115’tir. Ayrıca, yine aynı yılın verilerine göre, toplam 131 ADSM’de 4.878 ünit mevcuttur (TKHK 2017). Türk Diş Hekimleri Birliği’nin (TDB) Temmuz 2016 yılı verilerine göre, Türkiye’de özel diş hekimlerine ait muayenehane sayısı 10.775’tir (TDB 2017b).

Türkiye’de 2016 yılı verilerine göre, il düzeyindeki mesleki odalara kayıtlı olup muayenehanesi olmayan 1.889 diş hekimi varken, yalnızca özel sektörde çalışan hekim sayısı 15.394’tür (TDB 2017a). AB’ye üye ülkelerin çoğunda ağız diş hizmetleri serbest hekim muayenehanelerinden sağlanmaktadır ve Avrupa genelinde bu yayılım ortalama %83 civarındadır (TDB 2011).

2005 ve 2010 yılları arasında Türkiye’de bir diş hekimine düşen hasta sayısı, Tablo 2’de görüldüğü gibidir. Tablo 2’de resmedilen sayılara ilaveten Çelik, kümeleme çalışmasına göre bir diş hekimine düşen hasta sayısı açısından en iyi durumda olan illerimizi Ankara, Aydın, Bartın ve İstanbul olarak bulgulamış; en kötü durumda olan illerimizi ise, Hakkâri, Şırnak, Muş ve Şanlıurfa olarak göstermektedir (Çelik 2013).

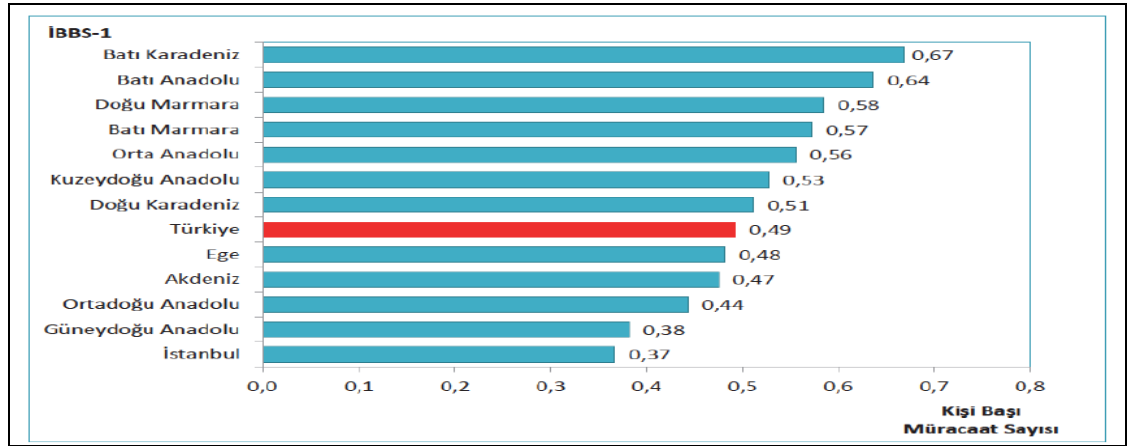
**Tablo 2. Diş Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısı (2005-2010)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Diş Hekimi Başına Düşen Hasta Sayısı</b>	3.653	3.785	3.642	3.562	3.499	3.406

**Kaynak:** Çelik 2013

Ayrıca, 2016 yılı verilerine göre, TDB Türkiye’de bir diş hekimine 2.173 hasta düştüğünü ve bu sayının AB ortalamasının (2013 yılı, 1.433 hasta) çok üstünde olduğunu bildirmektedir (TDB 2017b).

OECD’den sağlanan verilere göre, Türkiye’de tüm tıp alanları arasında diş hekimlerine kişi başı konsültasyon sayılarının 0,3 (2010), 0,4 (2011) ve 2012-2015 yılları arasında da her yıl 0,5 olduğu görülmektedir (OECD 2018). 2013 OECD verilerinde 0,5 olarak raporlanan bu oranın karşılığı olan TKHK’nın yine 2013 yılı ülke dağılımı istatistiklerine bakıldığında (Grafik 1), Türkiye’nin coğrafi bölgelerinde eşit bir dağılıma sahip olmadığı görülmektedir (TDB 2015b).

**Grafik 1: Kişi Başına Düşen Diş Hekimine Başvuru Sayısı (2013)**

**Kaynak:** TDB 2015b

2003 yılında yapılan bir çalışmada, Türkiye’de yetişkinlerin diş hekimlerine müracaat oranı %40,4 olarak tespit edilmiştir. Güney Çin bölgesinde bu oran %23, İsveç ve Danimarka gibi ülkelerde bu oran %80’leri bulmaktayken, Türkiye’nin gelişmiş ülkelere kıyasla bir hayli düşük oranları yakalayabildiğini söyleyebiliriz (Mumcu ve diğerleri 2004). TDB tarafından yayınlanan 2015 yılındaki bir çalışmaya göre, 2000 yılında Türkiye’de nüfusun %40,4’ünün yıl içerisinde bir defa diş hekimine gittiği, bu oranın 2015 yılı verilerine göre % 45,2’ye çıktığı görülmektedir (TDB 2015b).

### III. AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye’de genel sağlık hizmetlerinde Genel Sağlık Sigortası tüm ülke vatandaşlarını kapsamaktadır (Tatar et al. 2011). FDI’nın 2015 tarihli ADS hizmetleriyle ilgili raporunda, Türkiye’nin ‘temel hizmet paketleri’ için kapsayıcılık oranı %100 olarak belirtilmiştir (FDI 2015).

Kamu sektöründe diş hekiminin bulunmadığı bölgelerde, söz konusu bölgede faaliyet gösteren kamu kuruluşunun başhekimisi hastalarını tıbbi ihtiyaç halinde özel sektörde hizmet veren bir diş hekimi kliniğine yönlendirebilmektedir. Bu tip durumlarda, alınan hizmetin bedeli kamu sektöründe verilen aynı hizmetin değeri üzerinden hesaplanacağından, kamu sektörü bu kapsamda hizmet sunumu açısından sevk zincirinin ‘tıbbi ihtiyaç belirleyeni’ rolündedir. Kaldı ki, söz konusu hesaplamada kamu ve özel sektör hizmet bedeli farklılıkları, hasta tarafından karşılanmış olacaktır (Tatar et al. 2011). Bununla birlikte, ortodontik tedavinin estetik amaçlı olmadığı sağlık kurulu raporunda açıkça belirtildiyse, kamu kuruluşunca sevk edilen özel sağlık kuruluşuna Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ödeme yapılabilmektedir (TSB 2015).

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 98 inci maddesinin ikinci fıkrasına göre, hasta katılım payları ‘tamamlayıcı sigortanın’ kapsamına alınmamaktadır. Tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası, genel sağlık sigortalısının 5510 Sayılı Kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye’deki giderlerine ilave masrafları ve genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye’deki giderlerini karşılamaktadır (TSB 2015). Sağlıkta Uygulama Tebliği’nde (SUT) belirtildiği üzere, örneğin; kemik içi implantlar (kalıtsal diş eksikliği, travma gibi durumlar hariç) ödenmemektedir (Resmi Gazete 2013). Bununla birlikte, SUT’un güncellenen yayınında ‘Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi’nde bazı hastalık tanılamaları ödeme listesine dâhil edilmiştir (Resmi Gazete 2018a).

**Tablo 3. ADS Hizmeti Başvuruları İçin Tercih Nedenlerinin Tercih Edilen Yerlere Göre Dağılımı**

	Güvence %	Acil %	Tamдық %	Yakın %	İyi %	Güven %	Ucuz %	Diğer %	TOPLAM
<b>Muayenehane</b>	17,1	1,8	21,2	1,8	36,5	18,8	0	2,9	<b>170</b>
<b>Poliklinik</b>	34,2	3,8	6,3	21,5	20,3	7,6	6,3	0	<b>79</b>
<b>Özel</b>	13,6	3,6	12,1	1,4	42,1	25,7	0,7	0,7	<b>140</b>
<b>Merkez</b>	23,5	0	0	41,2	6,7	17,6	5,9	0	<b>17</b>
<b>ADSM</b>	42,2	4,4	11,1	6,7	3,7	20	0	2,2	<b>45</b>
<b>Devlet hastanesi</b>	39,7	0	1,6	3,7	0	12,7	35,4	0,5	<b>189</b>
<b>Özel hastane</b>	9	5	8	0	5,1	24	0	1	<b>100</b>
<b>Fakülte (Devlet)</b>	46,2	2,6	2,6	5,1	10,3	20,5	12,8	0	<b>39</b>
<b>Fakülte (Vakıf)</b>	9,1	0	27,3	0	27,3	27,3	0	9,1	<b>11</b>
<b>TOPLAM</b>	<b>25,4</b>	<b>2,4</b>	<b>9,9</b>	<b>5,2</b>	<b>27,5</b>	<b>18,4</b>	<b>10</b>	<b>1,3</b>	<b>790</b>

**Kaynak:** TDB 2015b

Tablo 3’te TDB’nin araştırma kapsamında ulaştığı 790 kişiden 421’inin (%53) muayenehane, özel klinik, özel hastane ve vakfa ait fakültelerden hizmet almayı tercih ettiği görülmektedir. Kamudan hizmet almayı tercih edenlerin ise, %39,7 ila %46,2 arasında değişen oranlarda bu kuruluşlardan hizmet alma nedenlerinin ‘sağlık güvencesi’ olduğu görülmektedir. Kamuya gösterilen tercih bu yönde olsa da, 790 kişinin sadece 273’ünü (%35) kapsamaktadır (TDB 2015b).

2009 yılı verilerine göre, OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının %5’i ve özel sağlık harcamalarının %16’sı ADS hizmetlerine ayrılmıştır. Türkiye’deki ADS hizmetlerine yapılan harcamaların tahmini değerleri 2013-2015 yılları arasında Tablo 4’te görüldüğü gibidir (TDB 2014). Çalışmada, 2015 yılına ait toplam sağlık harcama tutarı tahmini değer

olarak verilmiş olmasına karşın, söz konusu yıldaki harcama gerçekleşmiş değerdir (KNOEMA 2018a; TCMB 2015).

**Tablo 4: Türkiye’de Tahmini Ağız ve Diş Sağlığı Harcamaları (2013-2015)**

	2013	2014*	2015*
<b>Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)</b>	84.390	92.829*	102.112*
<b>ADS Harcaması (2009 OECD Oranı)</b>	%5*	%5*	%5*
<b>Tahmini ADS Harcaması (Milyon TL)</b>	4.219*	4.641*	5.105*

**Kaynak:** TDB 2014 (\* Tahmini Değerler)

Türkiye’de 2002 – 2013 yıllarına bakıldığında, toplam ADS harcamaları içinde Sağlık Bakanlığı’nın payı 2002 yılında %21,2 iken, 2013 yılında bu oran %46,5’e yükselmiştir. Üniversitelerin payı 2002 yılında %1,9 iken, 2013 yılında %4,8’e yükselmiş ve ayrıca, özel sağlık kuruluşlarının payı 2002’de %76,9 iken, 2013 yılında %48,7’ye düşmüştür (Atasever, Örnek 2018).

Türkiye’de kişi başı ADS harcamaları, 2012 yılı verilerine göre, AB ortalamasının (257 USD) altında kalarak, 55 USD olarak gerçekleşmiştir. Benzer şekilde, AB-28 üye ülkesinde ADS harcamalarının GSYİH’den aldıkları pay %0,4 iken, bu oran Türkiye’de %0,3 düzeyindedir (Atasever, Örnek 2018).

#### **IV. AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAĞI ve MESLEKİ EĞİTİM**

##### **4.1. Diş Hekimi ve Yardımcı Hizmet Personeli Kapasitesi**

Türkiye’de, 2016 yılı verilerine göre (Tablo 5), diş hekimlerinin toplam sayısı 29.417’dir (TDB 2017a).

**Tablo 5. Aktif Olarak Çalışan Diş Hekimi Sayıları (2016)**

Türü	Sayı
<b>Serbest Çalışan Diş Hekimi</b>	15.934
<b>Kamu Sektöründe ve aynı zamanda Serbest Olarak Çalışan Diş Hekimi</b>	211
<b>Kamu Sektöründe Çalışan (Oda Üyesi) Muayenesi Olmayan Diş Hekimi</b>	1.889
<b>Kamu Sektöründe Çalışan (Oda Üyesi Olmayan) Diş Hekimi</b>	11.383
<b>TOPLAM</b>	29.417

**Kaynak:** TDB 2017a

Aktif olarak çalışan hekimlerden %55’inin serbest hekim statüsünde çalıştığı görülmektedir (TDB 2017a). Bu oran, 2004 yılında yaklaşık toplam diş hekimisi sayısının 20.000 civarında olduğu bir dönemde %70’ten fazla idi (Hayran ve diğerleri 2004). ,

**Tablo 6. Diş Hekimi Sayıları ve 1.000 Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı (2012-2016)**

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Diş Hekimi Sayısı (Kamu + Serbest)</b>	21.404	22.295	22.996	24.834	29.417
<b>1000 Kişi Başına Diş Hekimi Sayısı</b>	0,28	0,29	0,3	0,32	0,37

**Kaynak:** OECD 2018; KNOEMA 2018b

2016 yılı verilerine göre, ülkemizdeki diş hekimlerinin %59’u erkek, %41’i kadındır (TDB 2017a). Almanya’da 2017’den itibaren kadın diş hekimleri oranının (2015 yılı verilerine göre %42’si kadın) %50’den daha fazla olacağı öngörülmektedir. Bunun sonucu olarak, büyük diş kliniklerinde maaşlı personel sayısında veya yarı zamanlı çalışan diş hekimlerinin oranında artış olması muhtemel olarak görülmektedir (Ziller et al. 2015).

Mevzuatımızda tanımlanmış diğer ağız ve diş sağlığı meslek mensuplarının (Diş Protezi Teknikeri, Ağız Diş Salığı Teknikeri) herhangi bir odaya kayıtlı olmaları yasal bir zorunluluk olmadığından ve herhangi bir resmi takibi bulunmamasından ötürü, Türkiye’de bu meslek alanlarına dair gerçekçi verilere ulaşılamamaktadır.

#### 4.2. Yükseköğretim ve Diş Hekimliği Fakülteleri

FDI’nın 24.09.2006 tarihli bildirisinde temel ve sürekli diş hekimliği eğitime vurgu yapılmış ve ülkelerin bu alanlarda gelişim göstermesinin özellikle koruyucu sağlık hizmetleri açısından önemli çıktılar sağlamakta yararı olacağı belirtilmiştir (TDB 2014).

Yükseköğretim Kurumu’nun (YÖK) 2018 istatistiklerine göre, 69 adet diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır. Bu yükseköğretim kurumlarında 652 profesör, 316 doçent, 859 doktor öğretim üyesi, 79 öğretim görevlisi, 1.659 araştırması görevlisi olmak üzere toplam 3565 akademik personel istihdam edilmektedir (YÖK 2018). YÖK istatistiklerindeki diş hekimliği fakültelerine devlet ve vakıf üniversiteleri (KKTC hariç) dâhil edilmişken, akademik personel sayısına KKTC üniversitelerindeki daimi personel dâhil edilmemiştir.

Türkiye’de diş hekimliği eğitim süresi teorik ve pratik olarak toplamda 5 yıldır. Alanda uzmanlık eğitime (periodontoloji, endodonti, pedodonti vb. gibi) devam etmek isteyen öğrenciler, pratik ağırlıklı ve uzmanlık alanlarına göre değişen sürelerde eğitim almak durumundadırlar (Yanık 2009).

TDB tarafından 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre, Türkiye’de diş hekimliği fakültelerinde görevli akademisyenlerin, öğrencilerin ve mezunların görüşleri alınarak eğitimin yeterliliği ölçümlenmiştir. Yapılan çalışmada katılımcıların hassasiyet göstererek geri bildirimde buldukları ortak konular oransal olarak Tablo 7’de listelendiği gibidir (TDB 2008).

**Tablo 7. Türkiye’de Diş Hekimliği Eğitiminin Yeterliliğine Dair Bazı Geri Bildirimler**

	Akademisyen	Öğrenci	Diş Hekimi
<b>Kaynak yetersizliği</b>	%70	%63,2	-
<b>Acil durumlar konusunda verilen eğitimin yetersizliği</b>	-	%72,6	%70,2
<b>Klinik uygulamalar için öğrenci sayısının fazla oluşu</b>	%17	-	%76,7

**Kaynak:** TDB 2008

### 4.3. Türk Diş Hekimleri Birliği'nin Verdiği Mesleki Eğitimler

'Sürekli Diş Hekimliği Tanıma ve Kredilendirme Yönergesi', 2013 yılında TDB'nin Merkez Yönetim Kurulu kararı ile yürürlüğe girmiştir. Yönergede, Türkiye'de diş hekimliği mesleğini icra eden her diş hekiminin bu yönergeye tabi olduğu ve en fazla 4 yıllık bir süre içerisinde 80 kredilik puanın toplanması koşuluyla Sürekli Diş Hekimliği Eğitimi Sertifikasının alınabileceği şarta bağlanmıştır. Yönergenin kural ve şartlarına uymayan diş hekimleri TDB'nin ilgili disiplin yönetmeliği gereğince cezalandırılmakta ancak, kamu sağlık kuruluşlarına bağlı diş hekimlerine ceza verme yetkisinin kamu kuruluşunun takdirinde olduğu vurgulanmaktadır (TDB 2015a).

Diş hekimliğinde sürekli mesleki eğitim, çoğu Avrupa ülkesinde zorunludur (Yanık 2009). Örneğin; Almanya'da diş hekimi asistanları ve diş hijyenistleri üniversite eğitimlerinden sonra bölgesel diş hekimliği birlikleri tarafından sınava tabi tutulmaktadır. Diş hekimleri ise, 5 yıllık zorunlu üniversite eğitimlerinden sonra yine zorunlu olarak, Sürekli Mesleki Eğitim adı altında toplam 125 saatlik bir eğitimi 5 yıllık periyotlarda tekrarlamaktadırlar. Buna ek olarak, Almanya'da diş hekimleri her 5 yıllık periyotta radyasyondan korunma eğitimi almak zorundadır. Eğitimi tamamlayamayan diş hekimleri ise, ulusal sosyal sağlık sigortasının geri ödeme sistemleriyle yaptıkları sözleşmelerini kaybetmek gibi ciddi yaptırımlarla yüzleşmek durumunda kalabilmektedirler (Ziller et al. 2015).

## V. PAYDAŞLARIN GÖRÜŞLERİ

### 5.1. Türk Diş Hekimleri Birliği

TDB, 2011 tarihli 'Meslek Sorunları Sempozyumu'nda ADS hizmetlerinde çalışanların sorunlarını raporlamış, aynı zamanda sistemin işleyişi ile ilgili eleştirel bir bakış açısı getirmiştir (TDB 2011). Bu rapor, özetle;

- Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın özel sektörden ADS hizmeti alımını gerçekleştirmemesi nedeniyle hastaların cepten ödemelerle sağlık hizmeti almaya çalıştığına,
- Diş hekimliği fakültelerinin sayısında ciddi bir artış yaşandığına (2000-2011 yılları arası %42 artış),
- Diş hekimi ile uzman diş hekiminin çalışma sahasında fark olmamasına karşın bir kanun ile uzmanlık sayısının 8'e çıkarılmış olduğuna,
- 250 bin ve üzeri nüfuslu yerleşim yerlerine 10 ünitelik tedavi ve protez birimlerinin açılması yerine, bölgenin klinik ihtiyacına uygun politikaların geliştirilmesinin gerekliliğine,
- Diş hekimliği öğrencilerinin ve diş hekimlerinin meslek hastalıkları ve riskleri hakkında bilinçlendirilmesinin gerekliliğine,
- Tedavilerde KDV'nin sıfırlanmasının, cihazlarda ise %5'e düşürülmesinin hizmete ulaşımdaki engelleri azaltacağına,
- Performans uygulaması ile çalışma alanı içinde iş huzurunun bozulduğuna,
- Hekimin sadece hastalarına karşı sorumluluğunun bulunup, Hizmet Kalite Standartları (HKS) ile belirlenen performans puanlarının hekimlerin ödemelerine olumsuz etkiler yaratması nedeniyle bu kriterlerin sadece hastane yönetiminin performansı ile ilişkilendirilmesinin gerekliliğine,
- Sağlık Bakanlığı 2010-2014 stratejik planında yer alan Aile Diş Hekimliğinin uygulamaya alınma sürecinin netleştirilmesinin gerekliliğine,

- Merkezi randevu verme sistemlerinden verilen randevuların hekimlerin izin dağılımını olumsuz etkilemesi nedeniyle randevuların klinikler tarafından verilmesinin gerekliliğine,
- Travma ve kaza haricinde ADS hizmetlerinde ‘acil’ olgusu olmaması nedeniyle nöbet kavramının da olmadığına ve bu uygulamanın kamuda kaldırılmasının gerekliliğine,
- Yetkili makamlarca hasta hakları vurgusunun her ortamda yapılmasına karşın, aynı derecede hakları olan sağlık çalışanlarının haklarından bahsedilmemesinin halk nezdinde hekimlik mesleğinin itibar kaybına neden olmasına vurgu yapılmıştır (TDB 2011).

## **5.2. Sağlık-Sen Stratejik Araştırma Merkezi**

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası’nın bir kolu olan Sağlık-Sen Stratejik Araştırma Merkezi (SASAM) 2018 yılında yayınladığı ADS Hizmetleri ve Çalışan Sorunları Analizinde temel hedeflerini, özetle;

- Koruyucu sağlık politikalarının geliştirilmesi,
- Toplumda ADS bilincinin geliştirilmesi,
- Diş hekimliği eğitiminde teknoloji kullanımına yer veren yenilikçi modelin sağlanması,
- Ar-Ge desteğinin verilmesi,
- DMFT-12 indeksinde 2023’e kadar (1) skorunun yakalanması ve
- Aile Diş Hekimliği sisteminin uygulamaya alınması olarak belirtmiştir (Atasever, Örnek 2018).

SASAM bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde ADS hizmetlerinde çalışan özel ve kamu personelinin ihtiyaçlarına cevap vermenin önemine ve ADS açısından genel devlet politikalarına değinerek özetle;

- Kamu personelinin aldığı ek ödemelerin emekliliğe yansımaması nedeniyle yaşanan kayıpların giderilmesinin gerekliliğine,
- Temel mesleki yetkinlik ve ağız içinde çalışma açısından bir farklılık olmamasına karşın, diş hekimi ve uzman diş hekimi ayrımının yapılarak aynı işi yapanların farklı performansa dayalı ek ödenekler almasının önüne geçilmesinin gerekliliğine,
- Diş hekimlerinin hasta ve çalışan hakları açısından itibarlarının yeniden kazandırılmasının gerekliliğine,
- SUT fiyatlarının ADS hizmetlerinde reel fiyatlar üzerinde güncellenmesinin gerekliliğine,
- ADS çalışanlarının İş Sağlığı Güvenliği riskleri ve çalışma ortamlarının iyileştirilmesinin gerekliliğine ve
- TKHK’nın başta var olan ancak, daha sonra kapatılan ADS Hizmetleri Daire Başkanlığı’nın yeniden tesis edilmesinin gerekliliğine vurgu yapılmıştır (Atasever, Örnek 2018).

## **VI. SONUÇ**

Sağlık hizmetlerinin gelişimi için koruyucu hizmetlere önem verilmesi, politika belirleyicilerin dikkatle üzerinde durması gereken konuların başında yer almaktadır. Dünya genelinde sağlık politikalarına yön veren ve/veya tavsiye kararlarını yayınlayan WHO, IADR, UN, FDI vb. kuruluşlar ADS hizmetlerinin önlenebilir ve bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde artan önemine geçmiştten günümüze değin sayısız defa vurgu



yapmışlardır. Ne var ki, Dünya genelinde ADS hizmetleri gerek sunum gerekse finansman imkânları açısından gereken ilgiyi görememiştir.

Ülke örneklerinde görüldüğü üzere, Yunanistan'da olduğu gibi, bu yetersiz ilginin Dünya genelindeki ana sebebi kimi zaman, küresel finansal krizler sonucunda kemer sıkma politikalarının yaşattığı kayıplardan ileri gelmektedir (Damaskinos et al. 2015). Ancak; kimi zaman da, 12 yaş grubunda DMFT skorunun düşürülmesi için yapılan ADS harcamalarının sağladığı fayda bağlamında hayati öneme sahip olmadığı da bilinmektedir (Nikolovska 2008). Fransa örneğinde olduğu gibi, ADS hizmetlerinde koruyucu ve teşvik edici politikaların devlet nezdinde geliştirilememiş olması ve Türkiye'dekine benzer bir şekilde Fransa'da da diş hekimliği daire başkanlığının (French Chief Dental Officer) birleştirici bir fonksiyonunun yokluğu sorunun kök nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir (Atasever, Örnek 2018; Pegon-Machat et al. 2016). Sağlık harcamalarını kontrol edebilmek, hastalıklardan koruyucu önlemlerin alınmasıyla birlikte hizmetin sistem içindeki tüm paydaş grupların (İskandinav ülke örneklerinde olduğu gibi özel sektör dâhil) işbirliğini içerecek şekilde organizasyonunu tesis etmek en uygun model olarak gözükmektedir (Nikolovska 2008).

Hizmetin finansman modelini belirlemek, harcamaların hangi hizmet birimlerinde ve hizmet kalemlerinde ağırlıklı olduğunu görmek için verilere olan ihtiyacımız yadsınamaz. Sadece finansal veriler değil, aynı zamanda ulusal boyutta hastalıkların epidemiyolojik görünümünü takip etmek rasyonel karar verme sürecinde önemli bir birleşendir. Birincil bakım alanlarından özellikli hizmet alanlarına kadar tüm birimlerde entegre bilişim sistemlerinin kullanılması bu noktada önem kazanmaktadır. Almanya'da tüm sağlık hizmetlerinin (ADS hizmetleri de dâhil) elektronik sağlık kartı (eGK) üzerinden takibi bu açıdan değerli bir örnektir. Alman Ulusal Sağlık Sistemi bu sayede veri suistimallerini önleyebilmekte ve veri güvenliğini sağlayarak güvenilir bilgiye erişebilmektedir (Ziller et al. 2015).

Türkiye'de 'Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 24. maddesine göre, '*.....kuruluştaki sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin istatistikî verileri belirlenen formata uygun şekilde ve belirli aralıklarla Bakanlığa gönderir*' ifadesine yer verilmiştir (Resmî Gazete 2015). TDB ise, 'Hasta Verilerinin Sağlık Bakanlığı'na Gönderilmesi' konulu genelgesinde, yargı sürecinde olmakla beraber, söz konusu yönetmelik gereği istatistikî (anonimleştirilmiş) verilerin Sağlık Bakanlığı'na özel klinik/muayenehaneler tarafından gönderilmesinin uygun olacağını bağlı diş hekimlikleri odalarına bildirmiştir (TDB 2018).

SASAM'ın raporunda da belirtildiği üzere, SUT fiyatlarının güncellenmesi ve ayrıca koruyucu ADS hizmetlerine ait girişimlerin SUT'a dâhil ediliyor olması, Türkiye'deki ADS hizmetlerinin kapsayıcılığı ve etkinliği için önem arz etmektedir (Atasever, Örnek 2018). Türkiye'de koruyucu ADS hizmetlerinin özellikle okul çağındaki çocuklar için sorumluluğu 'Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği' ile Toplum Sağlığı Merkezleri ve ona bağlı sağlık kuruluşlarına bırakılmıştır (Resmî Gazete 2018b). Ancak, okul sağlığının Türkiye'deki durumuyla ilgili yapılan çalışmalarda ve okul çağı çocuklarındaki DMFT skorlarına bakıldığında, söz konusu sürecin etkin bir şekilde işlemediği görülmektedir. Türkiye'de bu mevzuatın işlerliği için ailelerin çocuklarını diş hekimlerine muayenesi zorunluluğa tabi olmalı ve zamanında önlem alınamamasından kaynaklanabilecek ağız diş problemleri kurallara uymayan aile bireyleri adına kapsam dışına alınabilmelidir (Karabekiroğlu ve diğerleri 2015; Özcan ve diğerleri 2013).

TDB ve SASAM'ın raporlarında belirtmiş olduğu Türkiye'nin ADS hizmetlerindeki sağlık politikasının seyri ve bu politikaların doğal sonucu olarak sağlık çalışanlarının

karşılaştıkları güçlükler, hizmetin operasyonel problemlerini de görmemiz açısından önemlidir. Belirli gerçekçi hassasiyetler ve kimi zaman da kamu ve özel ADS hizmet sunucuları arasında güç dengesini lehte terazilemek adına arz edilen bu görüşler, bazı noktalarda tekrar gözden geçirmeyi gerekli kılmaktadır.

TDB’nin 2011 ‘Meslek Sorunları Sempozyumu’ ve ayrıca 2016 ‘Merkezi Yönetim Kurulu 15. Dönem Çalışma Kurulu Raporu’nda iki konu dikkat çekici olabilir. Bunlardan ilki; ‘*Kalite ve Performans Yönergesi Performans puanlarının hesaplanmalarında kullanılan teknik kriterler (HKS) hekimin değil hastane yönetimlerinin yerine getirmekle yükümlü oldukları kriterlerdir. Hekimler sadece yaptıkları işten hastalarına karşı sorumludurlar. Kalite denetlemelerindeki HKS standartlarında yer alan ve sistemle ilgili eksiklikler doğrudan hastane yönetiminin sorumluluğundadır.....*’ (TDB 2011) ifadesidir ve bu ifade Toplam Kalite Yönetimi’nin ruhuna uygun bir bakış açısı değildir. Kalite yönetim sistemleri doğası gereği, bir sistemin tüm unsurlarının birlik halinde hareket etmesini, iç iletişimi ve ortak değerleri ifade eder. Hiçbir sağlık yöneticisi, çalıştığı sağlık kuruluşu içerisinde yetkisi ve sorumlulukları dâhilinde, kendisini sağlık iş süreçlerinin dışında tutamayacağı gibi hiçbir sağlık personeli de kalite yönetim kültürünün bir parçası olan kalite hedeflerini kendi dışında kalan bir çabanın unsuru olarak görmemelidir. Belki de bu noktadan hareketle gerek diş hekimliğinde gerekse diğer sağlık uzmanlıkları eğitiminde Toplam Kalite Yönetimi derslerinin zorunlu olması düşünülmelidir.

İkinci olarak; TDB 2016 yılı verilerine göre mevcut diş hekimlerinin %55’inin muayenahanelerde hizmet vermesine karşın (TDB 2017a), yine söz konusu raporda belirtildiği üzere, Türkiye’de diş hekimliği hizmetlerinin özellikle 2003 yılından itibaren ağırlıklı olarak kamu sağlık kuruluşları tarafından karşılandığı görülmektedir. 2008 yılı verilerine göre, AB-32 ülkelerinde ADS hizmetlerinin ortalama %83’ünün özel muayenahaneler tarafından sağlandığı göz önünde bulundurulduğunda, AB ülkelerinde bir diş hekiminin günde ortalama 15 - 20 hastaya bakarken Türkiye’de bir diş hekiminin günde 5-6 hastaya bakarak %30-%40 gibi bir kapasite ile çalıştığı sonucuna varılabilir (TDB 2011). Özel ve kamu kaynaklarının verimli kullanılması ve toplumun ADS hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin kaldırılması amacıyla, tam ve/veya yarı zamanlı olarak karma bir istihdam modelinde ‘aile diş hekimlerinin’ birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde rol alabileceği TDB tarafından belirtilmiştir (TDB 2016). T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sunum raporunda ise, koruyucu diş hekimliği uygulamalarının birinci basamakta yer alacağı vurgulanmıştır (SB 2003). Yeni Kamu Yönetimi (YKY) yaklaşımıyla devlet organlarının hareket kabiliyetinin iyileştirileceği görüşüne (Acar 2016) paralel olarak, SDP’nin de YKY ilkeleriyle şekillendirilmiş olduğu görülmektedir (Demirci 2015). Günümüzde, özel hizmet sunucularından hizmet satın alımı yoluyla aile hekimliği hizmeti verilmesinin yarattığı sonuçlar (sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak istihdam edilmesi, sağlık ocağı uygulamasındaki ekip anlayışından uzaklaşarak aile hekiminin odağa alındığı bir hizmet sunumunun getirilmesi gibi) değerlendirildiğinde (Doğan 2017; Lağarlı ve diğerleri 2011), hâlihazırdaki aile hekimliği modeline öykünerek ‘aile diş hekimliği’ hizmetlerini kurgulamamakta fayda vardır.

Dünya’da ağız ve diş hastalıklarının ve bu hastalıklarla mücadelenin önemi yeteri düzeyde anlaşılammış olduğu gibi, Türkiye’de de bu alandaki mevcut boşluğun bir an evvel gerçekçi devlet politikalarıyla giderilmesi gerekmektedir. Kamu sağlığının bir parçası olarak görülmesi gereken ağız ve diş sağlığı, hem hizmetin sunumunda hem de finansmanında toplumun sosyoekonomik durumuna uygun planlanmalıdır. Bu planlama yapılırken, uluslararası sağlık örgütlerinin belirlediği küresel sağlık hedefleriyle beraber, Türkiye’nin epidemiyolojik özellikleri dikkate alınmalı ve ortak hedefler için sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği içerisinde hareket edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Acar E. (2016) Dünyada ve Türkiye’de İdareyi Özelleştirmeye İten Nedenler. **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** Afro-Avrasya Özel Sayısı, 147-159.
2. Atasever M. ve Örnek M. (2018) **Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri ve Çalışan Sorunları Analizi**. SASAM Enstitüsü , Ankara.
3. Buse K., Mays N. and Walt G. (2012) The Health Policy Framework. **Making Health Policy**. In: Plowman R. and Thorogood N. (ed.) pp: 4-20. Second Edition, Mc Graw-Hill, London.
4. Çelik Ş. (2013) Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye’deki İllerin Sınıflandırılması. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** 14(2): 175-194.
5. Damaskinos P., Koletsi-Kounari H., Economou C., Eaton K.A. and Widström E. (2016) The Healthcare System and The Provision of Oral Healthcare in EU Members States. Part 4: Greece. **British Dental Journal** 220(5): 253-260.
6. Demirci B. (2015) Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor? **Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi** 30: 122-135.
7. Doğan B. Ş. (2017) Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi. **V. Anadolu International Conference in Economics**, Eskişehir, Türkiye.
8. European Data Portal (2018). **Health Data**. <https://www.europeandataportal.eu/data/en/group/health> (Erişim Tarihi: 10.05.2018).
9. Hayran O., Mumcu G., Sur H., Yıldırım C., Söylemez D. and Atlı H. (2004) Financing of Dental Services in Turkey: Opinions and Expectations of Dentists, Resident and Patients. **Journal of Public Health Dentistry** 64(2): 82-87.
10. Hobdell M., Petersen P. E., Clarkson J. and Johnson N. (2003) Global Goals for Oral Health 2020. **International Dental Journal** 53:285-288.
11. FDI (2015) **The Challenge of Oral Disease - A Call for Global Action: The Oral Health Atlas**, Second Edition, FDI, Geneva.
12. Karabekiroğlu S., Öncü E., Kaplanoğlu K. ve Ünlü N. (2015) Okul Çağındaki Çocuklarda Diş Hekimi Ziyaret Sıklığının Çürük Deneyimi ve Ağız Sağlığı Faktörleri Üzerine Etkisi. **Selçuk Dental Journal** 2: 58-64.
13. KNOEMA (2018a) **World Data Atlas: Turkey – Current Expenditure on Health**. <https://knoema.com/atlas/Turkey/topics/Health/Health-Expenditure/Expenditure-on-health> (Erişim Tarihi: 16.05.2018).
14. KNOEMA (2018b) **World Data Atlas: Turkey – Total Population**. <https://knoema.com/atlas/Turkey/Population> (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
15. Lağarlı T., Eser E., Akdeniz M., Aydoğdu B., Baklaya Ü., Fıra C., Saatçioğlu A., Sönmez B., Taner E., Tıgılı S., Topçu K., Yıldız B., Yılmaz N. ve Yorgun H. (2011) Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme

- Ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi** 9(1): 16-32.
16. Mohanta A. (2017) Oral Health 21st Century; An Emerging Challenge. **EC Dental Science** 8(1): 12-14.
  17. Mumcu G., Sur H., Yıldırım C., Söylemez H., Atlı H. and Hayran O. (2004) Utilisation of Dental Services in Turkey: A Cross-Sectional Survey. **International Dental Journal** 54(2): 90-96.
  18. Nikolovska J. (2008) An Analytic Study of Oral Healthcare System in Some EU Countries. **Balk J Stom** 12: 47-50.
  19. OECD (2018) **OECD.Stat**. <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30177#> (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
  20. OECD and EU (2016) **Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle**. OECD Publishing, Paris.
  21. Özcan C., Kılınç S. ve Gülmez H. (2013) Türkiye’de Okul Sağlığı ve Yasal Durum. **Ankara Medical Journal** 13(2): 71-81.
  22. Pegon-Machat E., Faulks D., Eaton K. A., Widstörn E., Hugues P. and Tubert-Jeannin S. (2016) The Healthcare System and The Provision of Oral Healthcare in EU Members States: France. **British Dental Journal** 220(4): 197-203.
  23. Petersen P. E. (2003) The World Oral Health Report 2003: Continuous Improvement of Oral Health in 21st Century – The Approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dent Oral Epidemiol** 31(1): 3-24.
  24. Petersen P. E. and Kwan S. (2011) Equity, Social Determinants and Public Health Programmes – Case of Oral Health. **Community Dent Oral Epidemiol** 39: 481-487.
  25. Righolt A. J., Jevdjevic M., Marcenes W. and Listl S. (2018) Global-, Regional-, and Country-Level Economic Impacts of Dental Diseases in 2015. **Journal of Dental Research** 97(5): 501-507.
  26. Resmi Gazete (2013) **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğ**. Yayımlı Tarihi: 24.03.2013, Sayı: 28597.
  27. Resmi Gazete (2015) **Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**. Yayımlı Tarihi: 03.02.2015, Sayı: 29256.
  28. Resmi Gazete (2018a) **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ**. Yayımlı Tarihi: 04.02.2018, Sayı: 30322.
  29. Resmi Gazete (2018b) **Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik**. Yayımlı Tarihi: 25.05.2018, Sayı: 30431.
  30. SB (2003) **Sağlıkta Dönüşüm**. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 23.09.2018)

31. Tatar M., Mollahaliloğlu S., Şahin B., Aydın S., Maresso A. and Hernández-Quevedo C. (2011) Turkey: Health System Review. **Health Systems in Transition** 13(6):1–186.
32. TCMB (2015) **Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Kurları**. <http://www.tcmb.gov.tr/kurlar/201511/17112015.xml> (Erişim Tarihi: 16.05.2018).
33. TDB (2011) **Meslek Sorunları Sempozyumu**. [http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Egitim\\_Dizisi/egitimdizisi\\_16.pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Egitim_Dizisi/egitimdizisi_16.pdf) (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
34. TDB (2014) **Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi**. [http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma\\_Dizisi/arastirmadizisi\\_9.pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_9.pdf) (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
35. TDB (2015a) **Sürekli Diş Hekimliği Eğitimi Tanıma ve Kredilendirme Yönergesi**. [http://www.tdb.org.tr/sag\\_menu\\_goster.php?Id=250](http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=250) (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
36. TDB (2015b) **Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanım Araştırması, Araştırma Dizisi:7**. [http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma\\_Dizisi/arastirmadizisi\\_7.pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_7.pdf) (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
37. TDB (2016) **Merkezi Yönetim Kurulu 15. Dönem Çalışma Raporu**. [http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/TDB\\_Calisma\\_Raporu/15.Donem\(May15-Kas16\).pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/TDB_Calisma_Raporu/15.Donem(May15-Kas16).pdf) (Erişim Tarihi: 22.09.2018).
38. TDB (2017a) **Diş Hekimlerinin Çalışma Şekilleri: Kurumlarda ve İl / İlçelerde 2016 Yılı Dağılımı**. [http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi\\_Dagilim\\_Kitapciklari/2016YiliDishDaKitapcigi.pdf](http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Dishekimi_Dagilim_Kitapciklari/2016YiliDishDaKitapcigi.pdf) (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
39. TDB (2017b) **Diş Hekimliği Günü ve Toplum Ağız Diş Sağlığı Haftası**. [http://www.tdb.org.tr/icerik\\_goster.php?Id=2819](http://www.tdb.org.tr/icerik_goster.php?Id=2819) (Erişim Tarihi: 16.05.2018).
40. TDB (2018) **Genelge Konu: Hasta Verilerinin Sağlık Bakanlığına Gönderilmesi**. Türk Diş Hekimleri Birliği, Ankara.
41. TKHK (2017) **Kamu Hastane Birlikleri - 2017 Raporu**. <https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/0d914d7e2f024c36be25ef4000dbd1bd.pdf> (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
42. TSB (2015) **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu**. [https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlay%C4%B1c%C4%B1\\_Sa%C4%9Fl%C4%B1k\\_Sigortas%C4%B1-Final%20\(1\).pdf](https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlay%C4%B1c%C4%B1_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-Final%20(1).pdf) (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
43. UN General Assembly (2012) **Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases**. [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf) (Erişim Tarihi: 12.05.2018).

44. WHO (2010) **Adelaide Statement on Health in All Policies**. [http://www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf) (Erişim Tarihi: 12.05.2018).
45. Yanık F. (2009) Diş Tedavi Maliyetlerinin Özel ve Kamusal Tedavi Kurumları Açısından İrdelenmesi ve Buna Yönelik Alan Çalışması. **Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
46. Yıldırım H. H. ve Yıldırım T. (2015) **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Sağlık Sistemleri**. 3. Baskı, ABSAM Yayınları, Ankara.
47. YÖK (2018) **Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi**. <https://istatistik.yok.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 13.05.2018).
48. Ziller S., Eaton K. E. and Widström E. (2015) The Healthcare System and The Provision of Oral Healthcare in European Union Member States. Part 1: Germany. **British Dental Journal** 218(4): 239-244.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Özyavaş, S. (2018). *Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Politikası: Mevcut Durum Analizi*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 789-805.

# Özel Sağlık Sigortalarının Vergisel Boyutu ve Muhasebeleştirilmesi

Günay Deniz DURSUN\*  
Reyhan KARAMAN\*\*

## ÖZ

Sağlıklı bireyler ve bu bireylerin oluşturduğu sağlıklı toplumlar, ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, sağlık sektörünün finansmanı, işleyişi, vergi teşvikleri ve muhasebe işlemleri sistemin işleyişi üzerinde son derece etkilidir. Devletin, sosyal sigortalar yanında özel sigortalar konusunda yaptığı muafiyet ve teşvikler bu etkinin bir sonucudur. Bu çalışmanın amacı, özel sağlık poliçelerinin vergisel boyutu ve muhasebeleştirilmesinin çalışan, işveren ve devlet açısından incelenerek, mevzuattaki farklılıklara bir çözüm geliştirmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sigorta, Sağlık Sigortası, Muhasebeleştirme.

## Tax Size and Accounting of Private Health Insurance

### ABSTRACT

Healthy individuals and healthy societies formed by these individuals are considered as one of the indicators of development in the countries. Therefore, the financing, operation, tax incentives and accounting procedures of the health sector are very effective on the functioning of that system. The exemption and incentives of the state on private insurance as well as social insurance are a result of this effect. The aim of this study is to develop a solution to the differences in legislation by examining the tax size and accounting of private health insurance policies in terms of employee, employer and government.

**Keywords:** Insurance, Health Insurance, Accounting.

## I. GİRİŞ

Gelecekte olma olasılığı olan ancak ne zaman olacağı ve yaratacağı zararın etkisi bugünden kestirilemeyen riskin transfer edilmesi olarak ifade edilen sigorta, sigortalı ve sigorta şirketi arasında bir sözleşmeye (poliçe) dayalı olarak ortaya çıkan bir anlaşma temeline dayanmaktadır.

Sigortacılık, riskleri transfer ederek, ortaya çıkma ihtimali olan zararların ve kayıpların etkisini azaltmakta, yarattığı fonlar sayesinde ödemeler dengesine katkı sağlamaktadır. Poliçe döneminde, finansal kayıp riski poliçe kapsamında kabul edilen şartlarla sigorta şirketine transfer edilmektedir. Böylece sigortalının bireysel yükü azalmaktadır (Çiftçi 2004).

Sigorta; devletin, toplumun karşılaştığı ortak risklere karşı güvence sağlama amacı ile uygulamaya koyduğu sosyal sigortalar ile gerçek veya tüzel kişilerin risklerini transfer ettiği özel sigortalar olarak iki temel ayrıma tabidir. Özel sigortaların tercih edilmesinin artırılması adına çeşitli indirim, muafiyet ve avantajlar devlet tarafından sunulmakta,

\*Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Muhasebe ve Finans Yönetimi Bölümü, gunaydenizdursun@aydin.edu.tr

\*\* İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muhasebe ve Denetim Yüksek Lisans Öğrencisi

böylelikle ekonomik tasarrufların artışı yaratılırken diğer taraftan da sektörün gelişimine katkı sağlanmaktadır.

Özel sigortalar içerisinde sağlık sigortalarının prim üretimlerinin artmasının nedenleri olarak; sağlık harcamalarının ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile karşılaştırılması, gelişen teknoloji ile birlikte sağlık hizmet sunumundaki maliyet artışları, artan ortalama yaşam süresi ülkelerin sağlık harcamalarında artış gösterilmektedir (Koçkaya ve diğerleri 2016). Bu artışlar karşısında özel sağlık sigortaları sisteminin düzenlenmesine ilişkin birçok yasal düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemelerden bir tanesi de özel sağlık sigortası poliçe tutarlarının vergisel indirim ve muafiyetlerine ilişkindir.

Gelir Vergisi Kanunu ve ilgili tebliğleri, Sosyal Güvenlik Kanunu, Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ve Damga Vergisi Kanunu ile gelen düzenlemeler uygulayıcılar arasında özel sağlık sigortası poliçe tutarlarına ilişkin vergisel hesaplamalar ve muhasebeleştirilmesi konusunda farklı yorumlanmasına neden olmaktadır. Bu farklılığı ilgili yasal çerçevede incelemek ve özel sağlık sigortası poliçe tutarlarının çalışan ve işveren tarafından ödenmesi durumunda hesaplanacak vergiler ile muhasebeleştirilmesi konusunda öneriler geliştirme amacı ile bu çalışma hazırlanmıştır.

## II. ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ VERGİSEL BOYUTU

Özel sağlık sigortasının uygulamadaki en önemli faydası, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmeleri ile sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için tahsis edilebilirliğini sağlamasıdır. Ayrıca özel sağlık sigortası, sigortalıların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sonucu yapacakları yüksek maliyetli harcamaların finansal yükünü azaltmaya ve dolayısıyla sigortalıyı finansal riske karşı korumaya imkân tanımaktadır (Uğurluoğlu, Özgen 2008).

Kişilerin, özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı teminat altında alınmasının serbest iradeleri ile sağlandığı özel sağlık sigortaları (Tiryaki, Tatar 2000) primlerinin vergilendirilmesine ilişkin birçok yasal düzenleme mevcuttur. Bu yasal düzenlemeler ile devlet, sosyal sigortalar yanında özel sağlık sigortalarının teşvikini amaçlamaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 60. Maddesinde yer alan “devletin, vatandaşlarının sosyal güvenlik hakkını sağlayacak gerekli tedbirleri aldığı” ifadesi, bu teşviklerin temel dayanak noktasını oluşturmaktadır.

Özel sağlık sigortası primlerinin indirim oranı, 29.06.2012 tarih 28338 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 6327 sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile düzenlenmiştir. Söz konusu kanunun 5. Maddesinde “*şahıs sigortalarına ödenen primlerden indirim konusu yapılabilecek tutar yüzde on beş*” olarak düzenlenmiştir.

6327 sayılı bu kanun ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 40.ve 63.maddelerinde değişiklik yapılmış ve sağlık sigortasının vergiden indirilecek limitleri belirlenmiştir. Ancak sigortanın ücretli çalışan kişinin kendisi, çocukları ve eşine olması ve ücretin yüzde on beşlik kısmını aşamayacağı şartları ile gerekli düzenleme yapılmıştır.

23.10.2012 tarihli 85 Sayılı Bireysel Emeklilik Sistemi ve Şahıs Sigortalarına Ödenen Katkı Payı ve Primlerin Vergi Matrahının Tespitinde İndirimi ve Elde Edilen Gelirlerin Vergilendirilmesi sirkülerinde de işverenin çalışan adına şahıs sigortası ödemesi durumunda vergi indirimi yapabileceği yönünde bir açıklama bulunmadığından işverenin gelir vergisi indirimi yapıp yapmayacağı konusunda görüş ayrılıkları ortaya çıkmıştır.



Uygulamada bazı görüşler 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 63.maddesinde yapılan değişiklik ve tebliğde yer alan ifadeler doğrultusunda hareket ederek işverenin yalnızca şahsına, eşine ve küçük çocuğuna yapılan özel sağlık sigortası ödemelerinde vergi indirimi olacağı, çalışan adına sağlık sigortası poliçesi ödemesi yapması halinde vergi indiriminden yararlanamayacağını savunurken, bir diğer görüşe göre; 256 Seri No'lu Gelir Vergisi Genel Tebliğ'de yer alan ifade vergi indiriminden yararlanılacağını ileri sürmektedirler. Söz konusu tebliğde işverenin, çalışanın ücretinden kesinti yapılması ile vergi matrahında indirim yapılabileceği belirtilmiştir.

Ayrıca işverenler 193 sayılı Gelir vergisi Kanunu'nun 40.maddesi gereği çalışanları adına ödemiş oldukları özel sağlık sigortaları poliçe tutarlarını sınırsız olarak ticari kazançlarından indirebilmektedirler.

Özel sağlık sigortası ödemesi ile tanınan bir diğer vergi avantajı ise prime esas kazançların belirlenmesinde uygulanmaktadır. 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu'nun 80. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi gereği, sigortalıya ait olan ay içinde ödenen özel sağlık sigortası primi asgari ücretin %30'una denk gelen kısmı prime esas kazançta dahil edilmemekte %30'unu geçen tutar ise ödendiği ayın prime esas kazancına tabi tutulmaktadır.

Ayrıca 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu'nun 4. Maddesine göre, işverenler tarafından ödenen özel sağlık sigortalarının damga vergisi matrahına eklenip damga vergisi hesaplanması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Özel sağlık sigortasında vergi indirimi ve sigorta muafiyetinden yararlanabilmek için 256 Seri No'lu Gelir Vergisi Genel Tebliği'nde belirtilen bazı şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. Söz konusu şartların taşınmaması halinde, özel sağlık sigortası poliçe tutarlarına ilişkin herhangi bir vergi indirimi ya da muafiyetinden yararlanılması söz konusu değildir. Sigorta poliçesinin bulunması, prim ödemesinin belgelendirilmesi, sigorta şirketinin merkezinin Türkiye'de olması, ödenen prim tutarının çalışanın ücretinin yüzde on beşini ve yıllık kazancının yüzde otuzunu aşmaması, ödenen prim tutarının o yılki asgari ücretin yüzde otuzunu aşmaması vergi indiriminden yararlanmanın şartlarıdır.

Özel sağlık sigortalarının sigortalının risk düzeyinin yüksek olması, primlerin artışı, sigorta şirketinin gelir gider dengesizliğine neden olabileceği gibi gerekçeleri ile sağlık sistemi içerisinde yoğun olarak kullanılmaması önerilmektedir. Sağlık sisteminin finansmanında özel sigortalar vergiler ya da sosyal sigortalar ile desteklenerek bu durumun önüne geçileceği belirtilmiştir (Tatar 2011).

### III. ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARININ MUHASEBELEŞTİRİLMESİ

Bu çalışmada, özel sağlık sigortalarının muhasebeleştirilmesi iki ayrı başlıkta ele alınmaktadır. Uygulamada, özel sağlık sigortalarına ilişkin prim tutarı çalışan tarafından ödenerek işletmeye poliçe ibraz edilebilir veya çalışana ait özel sağlık sigortası primi işveren tarafından ödenebilir. Her iki durumun incelenmesi ve vergisel hesaplamaları ile muhasebe kayıtları aşağıda örneklendirilerek açıklanmıştır. Uygulamanın karşılaştırılabilir olması açısından çalışanın brüt ücreti, özel sağlık sigortası prim tutarı, poliçe dönemi gibi veriler aynı kabul edilerek poliçenin sigortalı tarafından ödenmesi ile poliçe tutarının işveren tarafından ödenmesi durumları aşağıda örneklendirilmiştir.

### 3.1. Sigorta Priminin Çalışan Tarafından Ödenmesi Halinde Özel Sağlık Sigortalarının Muhasebeleştirilmesi

Sigorta poliçe tutarının işletme personeli tarafından ödenerek, işletmeye ibrazı halinde yapılacak hesaplamalar ve muhasebe kayıtlarına ilişkin durum aşağıda varsayımları belirtilmiş örnek üzerinden aktarılmıştır.

Eğitim sektöründe mali işler departmanında çalışan muhasebe personelinin 2.500 TL maaşla 01.01.2017 tarihinden itibaren çalıştığı, 12.01.2018 tarihinde X Sigorta A.Ş.' den kendisi adına özel sağlık sigortası poliçesi yaptırdığı varsayılmıştır. Poliçe tutarının ilk taksiti olan 241,63 TL'nin personel tarafından ödenerek ödemeye ilişkin dekontun mali işler departmanına ibraz edildiği kabul edilmiştir. Mali işler departmanı tarafından yapılacak bordro hesaplamasında; Tablo 1'de detayları verilen %14 Sosyal Güvenlik Kurumu işçi payı, %1 Sosyal Güvenlik Kurumu işçi işsizlik payı kesintileri yapılmıştır. Brüt ücretten bu kesintilerin toplamı ve ödenen özel sağlık sigortası prim tutarı düşüldükten sonra bulunan gelir vergisi matrahı üzerinden gelir vergisi hesaplanacaktır.

Ödenen sağlık sigortası tutarı, 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'na göre brüt ücretin yüzde on beşi (2.500 TL x 0,15 ) olan 375 TL'yi ve 2018 yılı için asgari ücretin yıllık tutarı olan (2.029,50 x 12) 24.354,00 TL'yi aşmadığı sürece gelir vergisine tabii değildir.

**Tablo 1. Ücret Tahakkuku**

Brüt Ücret		2.500,00 TL
SGK İşçi Payı	(2.500 x 0,14)	350,00 TL
SGK İşçi İşsizlik Payı	(2.500 x 0,01)	25,00 TL
Gelir Vergisi	(2.500,00 – (241,63+350,00+25,00)) x 0,15	282,51 TL
Damga Vergisi	(2.500,00 x 0,00759)	18,98 TL
Net Ücret		1.823,51 TL
Aile Geçim İndirimi		152,21 TL
<b>Personele Ödenecek Net Ücret</b>		<b>1.975,72 TL</b>
SGK İşveren Payı	(2.500 x 0,205)	512,50 TL
SGK İşveren İşsizlik Payı	(2.500 x 0,02)	50,00 TL

Ücret tahakkuku çalışan açısından değerlendirildiğinde; ödenen sağlık sigortası taksit bedeli gelir vergisi matrahını azaltmaktadır. Özel sağlık sigortası poliçesine ilişkin ödeme hiç yapılmıyaydı gelir vergisi matrahı brüt ücret üzerinden SGK işçi primleri düşerek hesaplanacak ve bu durumda gelir vergisi matrahı (2.500,00 -350 -25) 2.125,00 TL olacaktır. Bu matrah üzerinden gelir vergisi ise (2.125,00 x 0,15) 318,75 TL olarak hesaplanacaktır. Özel sağlık sigortası ödemesi yokken hesaplanan gelir vergisi 318,75 TL özel sigorta ödemesi yapıldığında 282,51 TL'ye düşmüş ve böylelikle aradaki fark olan (318,75 - 282,51) 36,24 TL kadar ücret fazla tahakkuk edilerek personelin eline geçen tutarı arttırmıştır.

Yukarıdaki hesaplama, işveren açısından değerlendirildiğinde, personele ödenecek maaş tutarı toplamı özel sağlık sigortası olmaması durumunda 1.939,49 TL yerine 1.975,72 TL yani 36,24 TL daha fazla tahakkuk yapılmıştır. İşverenin personele olan ödeme tutarı artmış olsa da işveren açısından değişen bir durum söz konusu değildir. Çünkü personelin ödediği özel sağlık sigortası olmasaydı, aradaki fark kadar tutarı işveren personel adına devlete vergi olarak ödeyeceğinden işveren tarafından herhangi bir dezavantaj söz konusu değildir.

Çalışan tarafından özel sağlık sigortası poliçesinin işverene ibrazına ilişkin bu durum devlet açısından değerlendirildiğinde ise her ne kadar 36,24 TL daha az vergi tahakkuk etmiş

olsa da sosyal devlet algısı üzerinden değerlendirildiğinde, devletin vatandaşları için sağlayacağı sağlık harcamalarına katkı daha fazla olacaktır.

Tablo 1’de hesaplanan ücret tahakkukuna ilişkin ay sonunda yapılacak muhasebe kaydı ise şu şekilde olacaktır:

770 GENEL YÖNETİM GİDERLERİ Brüt Ücret 2.500 TL SGK İşveren Payı 512,50 TL SGK İşveren İşsizlik Payı 50,00 TL	3.062,50	
136 DİĞER ÇEŞİTLİ ALACAKLAR Asgari Geçim İndirimi 152,21 TL	152,21	
335 PERSONELE BORÇLAR		1.975,72
360 ÖDENECEK VERGİ ve FONLAR Gelir Vergisi 282,51 TL Damga Vergisi 18,98 TL		301,49
361 ÖDENECEK SOSYAL GÜVENLİK KESİNTİLERİ SGK İşveren Payı 512,50 TL SGK İşveren İşsizlik Payı 50,00 TL SGK İşçi Payı 350,00 TL SGK İşçi İşsizlik Payı 25,00 TL		937,50

### 3.2. Sigorta Priminin İşveren Tarafından Ödenmesi Halinde Özel Sağlık Sigortalarının Muhasebeleştirilmesi

Uygulamaya bir bütünlük teşkil etmesi açısından aynı varsayımlar altında ancak bu kez poliçe tutarının işveren tarafından ödenmesi halinde yapılacak hesaplamalar ile ücret tahakkuk kaydı aşağıda açıklanmıştır.

5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu’nun 80. Maddesi birinci fıkrası (b) bendinde; “Ayni yardımlar ve ölüm, doğum ve evlenme yardımları, görev yollukları, seyyar görev tazminatı, kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı veya kıdem tazminatı mahiyetindeki toplu ödeme, keşif ücreti, ihbar ve kasa tazminatları ile kurumca tutarları yıllar itibarıyla belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları, işverenler tarafından sigortalılar için özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin % 30’unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarları, prime esas kazançta tabi tutulmaz” ifadesi yer almaktadır. Buna göre, araştırmaya konu örnek için aylık toplamı asgari ücretin yüzde otuzu (2.029,50 x 0,30) 608,85 TL’yi geçmediği için prime esas kazançta tabi tutulmayacaktır. Aşağıda Tablo 2’de, 2.500 TL brüt ücret ve 241,63 TL özel sağlık sigortası poliçe tutarının işveren tarafından ödenmesi halinde ücret tahakkuk hesaplanması gösterilmiştir.

**Tablo 2. Ücret Tahakkuku**

Brüt Ücret		2.500,00 TL
SGK İşçi Payı	(2.500 x 0,14)	350,00 TL
SGK İşçi İşsizlik Payı	(2.500 x 0,01)	25,00 TL
Gelir Vergisi	$(2.500,00 - (350,00 + 25,00)) \times 0,15$	318,75 TL
Damga Vergisi	$(2.500,00 \times 0,00759) + (241,63 \times 0,00759)$	20,81 TL
Net Ücret		1.787,27 TL
Aile Geçim İndirimi		152,21 TL
<b>Personele Ödenecek Net Ücret</b>		<b>1.939,48 TL</b>
SGK İşveren Payı	(2.500 x 0,205)	512,50 TL
SGK İşveren İşsizlik Payı	(2.500 x 0,02)	50,00 TL

Gelir Vergisi Kanunu kapsamında ödenen sağlık sigortası poliçe tutarı gelir vergisinde bir indirim tabi değildir. Bu nedenle, gelir vergisi matrahında bu uygulamada herhangi bir indirim yapılmamıştır.

Özel sağlık sigortası poliçe tutarının işveren tarafından ödenmesi durumu işveren açısından değerlendirildiğinde; ödenen sağlık sigortası poliçe tutarı, Gelir Vergisi ve Sosyal Güvenlik Kanunu açısından kanunda belirtilen sınırları aşmadığından kanundan yer alan muafiyetlerden yararlanılarak gelir vergisi hesaplanmamış ve prime esas kazançta dâhil edilmemiştir. Sadece ilave olarak damga vergisi tahakkuk ettirildiğinden bu tutar işveren tarafından devlete ödenecektir. İşveren ayrıca ödenen bu poliçe taksit tutarını gider olarak muhasebeleştirerek ticari kazancından indirebilecektir.

Poliçenin işverence ödenmesi çalışan açısından değerlendirildiğinde; eline geçen maaş tutarında bir azalma olmadan, özel sağlık sigortasının sağlayacağı olanaklar ile herhangi bir hastalık halinde katlanması gereken giderler karşılanacaktır.

Söz konusu durum devlet açısından değerlendirildiğinde ise uygun görülen sınırlar dâhilinde işveren vergi muafiyetlerinden yararlanmış ancak devlet açısından herhangi bir vergi kaybı olmamıştır. Devletin teşvik ettiği sağlık sigorta sistemine, işverenler tarafından talep gelerek, sigorta sektörü sağlık harcamaları devlet tarafından desteklenmiş olacaktır.

Özel sağlık sigortası poliçe tutarının işveren tarafından ödenmesi halinde, yukarıda detaylı hesaplaması Tablo 2'de yer alan ücret ve kesintilerine ilişkin yapılacak ücret tahakkuk kaydı ise şu şekilde olacaktır:

770 GENEL YÖNETİM GİDERLERİ Brüt Ücret 2.500 TL Sosyal Yardımlar 243,46 TL SGK İşveren Payı 512,50 TL SGK İşveren İşsizlik Payı 50,00 TL	3.305,96	
136 DİĞER ÇEŞİTLİ ALACAKLAR Asgari Geçim İndirimi 152,21 TL	152,21	
335 PERSONELE BORÇLAR		1.939,48
360 ÖDENECEK VERGİ ve FONLAR Gelir Vergisi 318,75 TL Damga Vergisi 20,81 TL		339,56
361 ÖDENECEK SOSYAL GÜVENLİK KESİNTİLERİ SGK İşveren Payı 512,50 TL SGK İşveren İşsizlik Payı 50,00 TL SGK İşçi Payı 350,00 TL SGK İşçi İşsizlik Payı 25,00 TL		937,50
369 ÖDENECEK DİĞER KESİNTİLER Özel Kesintiler 241,63 TL		241,63

Ücret tahakkuk kaydında yer alan sosyal yardımlar tutarı olan 243,46 TL, özel sağlık sigortası poliçe tutarı ve poliçe tutarı üzerinden hesaplanan damga vergisi toplamına aittir.

#### IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Devletin de teşvik ettiği özel sağlık sigortaları gerek vergisel avantajları gerekse sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına katkısı sayesinde günümüzde çalışanlar ve işverenler tarafından tercih edilen bir sigorta paketidir. Çalışan ve işveren açısından da avantajları olan bu paket aynı zamanda sosyal devlet algısına da hizmet etmektedir.

Özel sağlık sigortalarının vergilendirilmesi ve muhasebeleştirilmesinde, uygulamada iki farklı görüş ortaya çıkmıştır. Bir görüş, yapılan özel sağlık ödemelerinin sadece çalışan tarafından yapılması halinde Gelir Vergisi indiriminin yapılması gerektiği yönündedir. Bir diğer görüş ise mevzuatta uygun görülen sınırlar dâhilinde vergi indiriminden yararlanılması gerektiğini savunmaktadır. Uygulamada yaşanan bu ikili durumu ortaya koymak ve mevzuat açısından inceleme yaparak vergisel avantajları irdelemek ve özel sağlık sigortalarının çalışan ve işveren tarafından karşılanması durumunda poliçenin nasıl muhasebeleştirilmesi gerektiğini aktarmak amacı ile bu çalışma yapılmıştır.

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nun 63.maddesinde yapılan değişiklik ve 256 Seri No'lu Gelir Vergisi Genel Tebliğ esas alınarak, işveren aracılığı ile yapılan özel sağlık sigortalarının vergi matrahında indirim olarak dikkate alınmasının uygulamada esas kabulü, sigorta sektörünün desteklenmesi için oldukça önemlidir. Türkiye'de özel sağlık sigortalarının brüt prim üretimlerinin Türkiye Sigorta Birliği tarafından en son yayınlanan 2016 yılında bir önceki yıla göre %22 oranında artış göstermesi bu durumun bir sonucu olarak düşünülebilir.

Böyle bir uygulama ile sigorta sektörünün prim üretiminin artması, sektörün gelişimine, istihdam artışına, sigortalının tasarrufları sayesinde ekonomik büyümeye de katkı sağlayacaktır. Sağlık sektöründe riskin azaltılması ve sağlıklı bireylerin olması bu durumun bir diğer sonucudur. Finans piyasaları içerisinde önemli bir role sahip olan sigorta

sektörünün devlet tarafından vergi ve teşviklerle desteklenmesi ise aynı zamanda sosyal devlet anlayışına da katkı sağlayacaktır. Özel sağlık sigortalarını teşvik eden devlet, sağlık sektörü kaynaklarını özel sağlık sigortası tercih edemeyen düşük gelir düzeyine sahip kişilerin daha yoğun kullanımına ayırarak kaynakların etkin kullanımına da katkı sağlayacaktır.

Sigorta sektörünün paydaşları olan sigorta şirketleri, devlet, işveren, çalışan, finans piyasaları açısından özel sağlık sigortalarının vergi indirim ve teşvikleri ile desteklenmesi kamu yararı taşıması açısından da bütün taraflar açısından faydalı olacaktır.

## **KAYNAKLAR**

1. Çiftçi H. (2004) Türk Sigorta Sektörünün Sorunları; DEA Analizi İle Türk Sigorta Şirketlerinin Etkinlik Düzeylerinin Belirlenmesi. **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 13(1): 121-149.
2. Koçkaya G., Atikeler K. ve Yenilmez F. B. (2016) Türkiye Özel Ve Kamu Sağlık Sigortacılığı Prim / Hasar Sağlık Harcaması Değerlendirmesi. **Sosyal Güvence Dergisi** 5(9):82-101.
3. Maliye Bakanlığı Gelir İdaresi Başkanlığı, **85 Nolu Gelir Vergisi Sirküleri**, 23.10.2012.
4. Maliye Bakanlığı, **256 Seri No'lu Gelir Vergisi Genel Tebliği**, 25901 Sayılı Resmi Gazete, 09.08.2005.
5. Tatar M. (2011) Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. **Sosyal Güvenlik Dergisi** 1(1): 103-133.
6. Tiryaki D. ve Tatar M. (2000) Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 5(4): 122-138.
7. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 9.11.1982 Tarihli Resmi Gazete.
8. Türkiye Sigorta Birliği, **Resmi İstatistikler, Sağlık Analizleri**, <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909> (Erişim Tarihi: 05.05.2018)
9. Uğurluoğlu E. ve Özgen H. (2008) Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(2): 133-160.
10. 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu, 10700 Sayılı Resmi Gazete, 06.01.1960.
11. 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu, 11751 Sayılı Resmi Gazete, 11.07.1964.
12. 5510 Sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu, 26200 Sayılı Resmi Gazete, 16.06.2006.
13. 6327 Sayılı Bireysel Emeklilik Tasarruf ve Yatırım Sistemi Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 28338 Sayılı Resmi Gazete, 29.06.2012.

**Atıfta Bulunmak İçin / Cite This Paper:**

Dursun, G.D. & Karaman, R. (2018). *Özel Sağlık Sigortalarının Vergisel Boyutu ve Muhasebeleştirilmesi*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 807-815.

## HAKEMLER / REFEREES

Dergimizin 2018, Cilt-21'e gönderilen makaleleri değerlendiren hakemlerimize teşekkürlerimizi sunarız.

We gratefully acknowledge the referees who kindly helped us to evaluate the articles sent for the 2018, Volume-21 of the Journal.

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Mahmut AKBOLAT	Sakarya Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Pınar BAŞGÖZE	Hacettepe Üniversitesi
Umut BEYLİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Selin METİN CAMGÖZ	Hacettepe Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Sevilay ŞENOL ÇELİK	Girne Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Mesut ÇİMEN	Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayşe EDİZ	Gazi Üniversitesi
Dilek EKİCİ	Gazi Üniversitesi
Aykut EKİYOR	Gazi Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİĞÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Serap DURUKAN	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sergül DUYGULU	Hacettepe Üniversitesi
Nilay GEMLİK	Marmara Üniversitesi
Beyza GÜLTEKİN	Hacettepe Üniversitesi
Seval GÜVEN	Hacettepe Üniversitesi
Ömer Faruk İŞCAN	Atatürk Üniversitesi
Emre İŞÇİ	Marmara Üniversitesi
Emin KAHYA	Osmangazi Üniversitesi
Ahmet KAR	Kırıkkale Üniversitesi
Levent KIDAK	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Dilek KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Taşkın KILIÇ	Gümüşhane Üniversitesi
Harun KIRILMAZ	Sakarya Üniversitesi
Seda KUMRU	Medipol Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	Duquesne University
Rukiye NUMANOĞLU TEKİN	Başkent Üniversitesi
Saffet OCAK	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Nihal KALAYCI OFLAZ	Medipol Üniversitesi
Aygen OKSAY	Süleyman Demirel Üniversitesi
Emine ORHANER	Gazi Üniversitesi
Mine ÖMÜRGÖNÜLŞEN	Hacettepe Üniversitesi
Ömer Rıfki ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Musa ÖZATA	Ahi Evran Üniversitesi
Özlem ÖZER	Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Haluk ÖZSARI	Acıbadem Üniversitesi
Kayıhan PALA	Uludağ Üniversitesi



Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Nilgün SARP	İstanbul Bilgi Üniversitesi
Meltem SAYGILI	Kırıkkale Üniversitesi
Ferhat SAYIM	Yalova Üniversitesi
Abdullah SOYSAL	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Cenk SÖZEN	Başkent Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Fatih ŞANTAŞ	Bozok Üniversitesi
Emine ŞENER	Ahi Evran Üniversitesi
Bahar TANER	Mersin Üniversitesi
Menderes TARCAN	Osmangazi Üniversitesi
Yunus TAŞ	Kocaeli Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Nazan TORUN	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tarık TUNCA Y	Hacettepe Üniversitesi
İnci OKTAY	Altınbaş Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Aydın ULUCAN	Hacettepe Üniversitesi
Hatice ULUSOY	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Aygül YANIK	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Şükrü YAPRAKLI	Atatürk Üniversitesi
Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR	Ankara Üniversitesi
Gözde YEŞİLAYDIN	Osmangazi Üniversitesi
Türkan YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Volkan YILMAZ	Boğaziçi Üniversitesi