

sađlk akademisyenleri

Health Care Academician Journal

DERGİSİ

YIL: 2019 CİLT: 6 SAYI: 1 (3 Ayda Bir Yayınlanır)

ISSN: 2148-7472

"Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar"



KÜNYE

Dergi Adı	SAĞLIK AKADEMİSYENLERİ DERGİSİ
ISSN	Print : 2148-7472 Online : 2636-757
Ana Tema	Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği ile Sağlık Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar
Yayın Türü	Sürelili Yayın, 3 Ayda Bir Yayınlanır
İmtiyaz Sahibi	DÜNYA BİLİMSEL ARAŞ. YAY. PROJ. KONG. ORG. SAN. T.C. LTD. ŞTİ.
İrtibat	Tel : 0312.419 86 50 - 467 14 24 Fax : 0312.419 86 49 www.dunyacongress.com
Başeditör	Prof. Dr. Seval AKGÜN SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği, Başkan - TÜRKİYE
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü	Müzeyyen BAYDOĞRUL muzeyyen@dunyacongress.com / 0507.291 59 49
Abone ve Reklam Sorumluları	Havva ÇAKMAK bilgi@dunyacongress.com / 0545.231 31 00
Baskı ve Tasarım	AYDEDE MATBAASI, Hüseyin AYDIN ve Serdal DEDEOĞLU Kazım Karabekir Cad. N:93/36 -37 İskitler - ANKARA
Açıklama	<p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2014 yılında yayın hayatına başlayan çok geniş bir uluslararası bilimsel danışma kurulu ile yayın hayatına devam eden, Hakemli bir dergi olup, sağlık bilimleri alanında yapılan araştırmaları yayımlama ve bilim insanlarının hizmetine sunmayı amaçlamaktadır.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisi yılda dört kez yayımlanmaktadır. İlk sayıdan itibaren yayınlanan tüm makaleler DOI numarası almaktadır. Sağlık Akademisyenleri Dergisi açık erişimli bir dergi olup, "ScopeMed, IndexScholar ve Akademik Dizin" tarafından indekslenmekte olup, diğer ulusal ve uluslararası kuruluşlarla alan indeks çalışmaları devam etmektedir.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yer alan makale ve yazı metinleri ve makalelerin sorumluluğu yazarların kendisine aittir.</p> <p>Sağlık Akademisyenleri Dergisinin tüm basım ve yayın hakları Dünya Bilimsel Araş. Yay. Proj. Tur. Kongre Org. San. Tic. Ltd. Şti' ne aittir.</p>

BİLİMSEL HEYET**BAŞEDİTÖR**

PROF. DR. SEVAL AKGÜN
SAD - Sağlık Akademisyenleri Derneği Başkanı, Ankara, Türkiye

EDİTÖRLER

DR.ÖĞT. ÜYESİ ALİ ARSLANOĞLU
SBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi AD., İstanbul, Türkiye
aliarslanoglu18@gmail.com

DR. FATİH ORHAN
SBÜ Gülhane SYMO, Ankara, Türkiye
fatih.orhan@sbu.edu.tr

ÖĞT. GÖR. UZM. SELAHATTİN TUNCER
SBÜ Gülhane SYMO, Ankara, Türkiye
selahattin.tuncer@sbu.edu.tr

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

A.F. AL-ASSAF, ABD	EMEL FİLİZ, TÜRKİYE	NEFİSE BAHÇECİK, TÜRKİYE
ABDALLAH EDDAAL, SUUDİ ARABİSTAN	ERDAL AKALIN, TÜRKİYE	NEVZAT KAHVECİ, TÜRKİYE
ABDURRAHMAN ŞİMŞEK, TÜRKİYE	FATİH ORHAN, TÜRKİYE	NIECK KLAZINGA, HOLLANDA
ADEM SEZEN, TÜRKİYE	FIMKA TOZİJA, MAKADONYA	OLIVER RAZUM, ALMANYA
AHMED AL-KUWAITI DEAN, SUUDİ ARABİSTAN	GÜLAY YAZICI, TÜRKİYE	PELİN YILIK, TÜRKİYE
ALİ ARSLANOĞLU, TÜRKİYE	GÜRBÜZ AKÇAY, TÜRKİYE	RASHİD BIN KHALFAN AL ABRI, UMMAN
ALİ ERDOĞAN, TÜRKİYE	GÜRKAN ÖZEL, TÜRKİYE	RAZVAN CHERECHES, ROMANYA
ALİ EKŞİ, TÜRKİYE	GÜVEN BEKTEMUR, TÜRKİYE	REHAT FAİKOĞLU, TÜRKİYE
ALİ ÜNAL, TÜRKİYE	GÖKHAN OSMANOĞLU, TÜRKİYE	ROBERT BROYLES, ABD
ALPER GÜZEL, TÜRKİYE	HENRIETTE SINDING, NORVEÇ	SAKINA ISMAYILOVA, AZERBEYCAN
ALLAN KRASNİK, DANİMARKA	HESHAM NEGM, MISIR	SEBAHATTİN TEKİNGÜNDÜZ, TÜRKİYE
ALLEN C. MEADORS, ABD	HÜLYA SARAY KILIÇ, TÜRKİYE	SELAHATTİN TUNCER, TÜRKİYE
ANTONIO CHIARENZA, İTALYA	İBRAHİM HALİL KAYRAL, TÜRKİYE	SELİN ERTÜRK ATABEY, TÜRKİYE
ARILD AAMBO, NORVEÇ	İSMAİL ÜSTEL, TÜRKİYE	SEMRİN TİMLİOĞLU, TÜRKİYE
ATHENA LİNOS, YUNANİSTAN	JÜLİDE YILDIRIM ÖCAL, TÜRKİYE	SERDAL KEÇELİ, TÜRKİYE
ATILLA ARAL, TÜRKİYE	KADRIYE KAHVECİ, TÜRKİYE	SEZER KORKMAZ, TÜRKİYE
ATTILA DOBOS, MACARİSTAN	K.R. NAYAR, HİNDİSTAN	ŞEFİK GÖRKEY, TÜRKİYE
AUSTIN LEAHY, BİRLEŞİK KRALLIK	KEZİBAN AVCI, TÜRKİYE	ŞEMSETTİN VAROL, TÜRKİYE
AYSUN YILMAZLAR, TÜRKİYE	KHALİD AL-AİBAN, SUUDİ ARABİSTAN	ŞUAYİP BİRİNCİ, TÜRKİYE
BAKR NOUR, ABD	KHALİD ESKÄNDER, SUUDİ ARABİSTAN	TAWFİK KHOJA, SUUDİ ARABİSTAN
BEATRİZ PADİLLA, PORTEKİZ	LİNAS SUMSKAS, LİTVANYA	THEDA BORDE, ALMANYA
BİRKAN TAPAN, TÜRKİYE	MANUEL GARCİA RAMİREZ, İSPANYA	UĞUR YOZGAT, TÜRKİYE
BÜNYAMİN ÖZGÜLEŞ, TÜRKİYE	MARTİN RUSNAK, AVUSTURYA	UMUT BEYLİK, TÜRKİYE
CARİN BJÖRNGREN, İSVEÇ	MECİT CAN EMRE ŞİMŞEKLER, İNGİLTERE	URSULA KARL-TRUMMER, AVUSTURYA
CEM DİKMEN, TÜRKİYE	MEHMET ÇETİN, TÜRKİYE	VİERA RUSNAKOVA, SLOVAKYA
CHARLES BRUNEI, FRANSA	MEHMET N.KURUTKAN, TÜRKİYE	WALTER DEVİLLÉ, HOLLANDA
CHARLES D SHAW, BİRLEŞİK KRALLIK	MENDERES TARCAN, TÜRKİYE	YANNİS SKALKİDİS, YUNANİSTAN
ÇAĞATAY GÜLER, TÜRKİYE	MERVE AKIN, TÜRKİYE	YUSUF ÇELİK, TÜRKİYE
DATO SHEIKH OMAR ABDUL RAHMAN, MALEZYA	METE EDİZER, TÜRKİYE	ZAREMA OBRADOVIC, BOSNA HERSEK
DAVID INGLEBY, HOLLANDA	METİN DİNÇER, TÜRKİYE	ZEKAI ÖZTÜRK, TÜRKİYE
DİNA BAROUDİ, SUUDİ ARABİSTAN	MOHAMAD-ALİ HAMANDİ, LÜBLAN	
DİLAVER TENGİLİMOĞLU, TÜRKİYE	MONTHER LETAİF, TUNUS	
DİNA BAROUDİ, ALMANYA	MUSTAFA BERKTAŞ, TÜRKİYE	
EMİNE ORHANER, TÜRKİYE	MUSTAFA KEMAL BALCI, TÜRKİYE	

MAKALE YAZIM KURALLARI

Sağlık Akademisyenleri Dergisinde yayımlanacak yazıların, sağlık hizmeti sunucularına mesleklerini uygularken yol gösterici nitelikte olması beklenir.

1. Sağlık Akademisyenleri Dergisinde Yayın politikaları aşağıdaki ilkeleri içermektedir:

- Hastane Yönetimi,
- İkinci ve Üçüncü Basamak tedavi hizmetleri ile ilgili araştırma yazıları, derlemeler ve editöre mektup yazıları,
- Sağlık hizmetlerinde kalite, akreditasyon, hasta ve çalışan güvenliği,
- Sağlık hizmeti sunumunu etkileyen sağlık politikaları ile ilgili yazılar öncelikle tercih edilir.

2. Dergide Türkçe ve İngilizce makaleler yayımlanacaktır. Türkçe yazılar Türk Dil Kurumu yazım kurallarına uygun olmalıdır.

3. Yazılar daha önce hiçbir yerde yayımlanmamış olmalıdır. Herhangi bir kongrede tebliğ edilmişse bu yazı başlığına bir yıldız konularak ve kapak sayfasında yıldız ile işaretlenerek sunulan kongrenin adı, tarihi ve yeri belirtilerek işaretlenmelidir.

4. Yayımlanması için dergiye gönderilen yazı kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye aittir.

5. Gönderilen tüm yazılar öncelikle Sağlık Akademisyenleri Dergisi Editörleri tarafından şekil ve içerik yönünden ön incelemeye alınmakta, genel olarak dergide yayınlanmaya değer olup olmadığına karar verilmekte ve daha sonra Bilimsel Danışma Kurulundan alanı ile ilgili 2 (iki) hakeme gönderilmektedir. Yayın ilkelerine uygun bulunmayan yazılar hakemlere gönderilmeyecektir.

6. Hangi makalenin hangi hakemlere gönderileceğine hakemlerin ve makalelerin ilgi alanlarına göre karar verilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, gönderilen makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmez. Hakem raporları gizlidir.

7. Makalenin gönderildiği iki hakemden de olumlu görüş bildirilmesi durumunda makale yayınlanmak üzere sıraya alınmaktadır. İki hakemden de olumsuz görüş bildirilmesi durumunda makale hiçbir surette yayınlanmaz. İki hakemin birbirinden farklı görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü bir hakeme gönderilir; üçüncü hakemin vereceği cevaba göre yayınlanmasına veya yayınlanmamasına karar verilir. Hakemlerden gelen raporlara göre, makalenin aynen yayınlanmasına (kabul), düzeltme, ekleme veya çıkarma istenmesine veya yayınlanmamasına (ret) karar verilmekte olup, bu karar yazar veya yazarlara bildirilmektedir.

8. Hakemlerin düzeltme yönünde görüş bildirmeleri durumunda yazara başvurulur ve yazarın gerekli düzeltmeleri tamamlayarak göndermesi istenir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Düzeltme verilen makaleler yazarı veya yazarları tarafından belirtilen süre içerisinde düzeltilmedikçe yayınlanmaz. 6 gün içerisinde yazar tarafından düzeltilip gönderilmeyen makaleler sistem tarafından reddedilir.

9. Yazılar Microsoft Word programında yazılmalı tablo, şekil, grafik ve fotoğrafları ile birlikte gönderilmelidir.

10. Yazılar, yazının tüm yazarlarca okunup onaylandığını, başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olduğunu belirten bir mektupla birlikte gönderilmelidir.

11. Sisteme yüklenen makale dosya içeriğinde yazarlara ait isim bulunmamalıdır. Yazarlara ait isimler, sadece eJmanager sisteminde makaleye ait bilgiler ile birlikte girilmelidir.

12. Araştırma makalelerinden etik kurul onayı gereken çalışmalarda, etik kurul onayı makale eki olarak sisteme ayrıca yüklenmelidir.

13. Resim ve tablolar dahil olmak üzere çalışmalar 20 sayfayı geçmemelidir.

14. Yazılar 12p Times New Roman fontu ile yazılmalı. Yazı kağıdı düzeni A4 boyuta, sayfanın solundan 3, sağından 2, üst ve altından 2 cm bırakılmalıdır.

15. Kaynakçaya atıflar "ISO 690 - Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır.

Makale Yazısının Hazırlanmasında Dikkat Edilecek Hususlar

Makalenin başlığı: Başlık makalenin içeriğini yansıtabilecek karakterde olmalıdır. Bununla birlikte 12 kelimedenden daha uzun olmamalıdır.

Yazarlar : Yazar isimleri Makale yazısında bulunmayacaktır. Yazarların tam olarak isimleri, akademik dereceleri ve kurumları kayıt esnasında makale yükleme sistemine yazılmalıdır.

İletişim Adresi : İletişime geçilecek yazarın isimleri makale yazısında bulunmayacaktır. İletişime geçilecek yazarın isimleri ünvanı, adı soyadı, iletişim adresi, elektronik posta adresi kayıt esnasında makale yükleme sisteminde belirtilmelidir.

Özet Sayfası: Özet: Bu bölümde makalenin ana bölümlerinin kısa bir özeti verilmelidir. Özet Türkçe ve İngilizce olarak hazırlanmalıdır. Özet bölümü 250 kelimedenden daha fazla olmamalıdır. Özet bölümü; Giriş ve amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Sonuç başlıkları altında verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Türkçe ve İngilizce özetlerden sonra en az 3, en fazla 5 adet Index Medicus'a uyar şekilde anahtar kelime yer almalıdır.

Araştırma Makaleleri:

Ana Metin: Araştırma makaleleri geleneksel form olan, giriş ve amaç, gereç ve yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç, kaynaklar ve tablo ve şekiller başlıklarında yazılmalıdır. Ana metin (Özet, tablo ve şekiller, kaynaklar hariç) 3000 kelimedenden fazla olmamalıdır.

Giriş bölümü, okuyucunun konuyla ilgili önceki yayınlara bakmaya ihtiyaç duymaksızın, şimdiki çalışmaların sonuçlarını anlayıp değerlendirmesine imkân tanıyacak, yeterli ölçüde bilgi temin etmelidir. Ayrıca giriş bölümü, çalışmanın gereklerini, mantığını ve kısa ve uzun vadede amaçlarını da belirtmelidir.

Gereç ve Yöntem bölümü, başka araştırmacıların çalışmayı tekrarlayabilecekleri ayrıntıda yazılmalıdır. Dolayısıyla yöntem tüm ayrıntıları ile yazılmalıdır. Kullanılan gözlem teknikleri, anketler ve diğer ölçüm şekilleri tarif edilmeli, veri elde etme biçimleri ve deney grupları tanımlanmalıdır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinin nasıl yapıldığı belirtilmelidir. Klasikleşmiş yöntemler kullanılmış ve yöntemde herhangi bir değişiklik yapılmamış ise sadece yöntemin ismi ve alındığı kaynak verilmelidir.

Bulgular bölümünde, araştırmada elde edilen veriler belli bir mantıksal-analitik bütünlük ve akış içinde, şekil ve tablolar verilerek açıklanmalıdır. Verilerin uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmesi gereklidir. Gerekirse şekil, fotoğraf ve benzeri görüntüler kullanılabilir.

Tartışma aşağıda verilen ana başlıkları içerecek şekilde yapılmalıdır.

- Çalışmanın temel bulgularının özeti,
- Çalışmanın güçlü tarafları ve sınırlılıkları,
- Elde edilen bulgularının literatür karşılaştırmalarını,
- Elde edilen bulguların gelecekteki çalışmalara ve uygulamaya olası yansımalarını içermelidir.

Tablo ve şekiller: Makalede yer alacak tablo ve şekillerin sayısı altıyı geçmemelidir. Tablolar ve Şekiller metin içinde geçen sırasıyla numaralandırılmalı, metin ile ilişkilendirilmeli, bir başlığa sahip olmalı ve bir yerden alıntı ise mutlaka altında kaynağı belirtilmelidir.

Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

Derleme Makaleleri:

İncelenen konu ile ilgili temel görüşleri ortaya koyan, bu görüşlerin dayandığı analizleri irdeleyen ve bunlara dayanılarak yazarın bir sonuca vardığı yazılar olmalıdır. 4000 kelimedenden daha uzun olmamalıdır. Yazar konu ile ilgili olarak okuyuculara temel bilgileri verme içgüdüğü içerisinde olmalıdır.

Kısa Rapor:

İstisna durumlar haricinde orijinal makaleler için rehber aynı şekilde kalacaktır

Editöre Mektup:

Dergide yayımlanmış makalelerin gerek içeriği, gerekse biçimsel özellikleri ile ilgili yapılan tartışmalar ve okuyucunun katkılarını içeren yazılardır. Kongre, Sempozyum, Panel Bildirileri ya da Raporları: Derginin yayın ilkeleri kapsamına giren bilimsel faaliyetlerin sonunda yapılan bildiri ya da raporlardır.

Metin içi Atıf

Makale metinleri içerisinde kaynaklara yapılan atıflar "ISO 690- Sayısal Başvuru" şeklinde olmalıdır. Örneğin (1) gibi. Atıf numaraları 1 den başlayarak toplam kaynak sayısı kadar olan rakam ile bitmelidir.

Kaynaklar:

Makale içinde atıfta bulunulan her kaynak, Kaynaklar dizininde mutlaka bulunmalıdır. Kaynaklar metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, dergi isimleri kısaltılmadan yazılmalıdır. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda 50, olgu sunularında 20, derlemelerde 80 adeti geçmemelidir. Eğer birden çok kaynağa atıf varsa: (1, 5, 12-16) şeklinde olmalıdır. Yazarlar 10 adetten az kaynak kullanmamalıdır.

Burada "12-16", 12. kaynaktan 16. kaynağa kadar olan 5 yayını kapsamaktadır.

Kaynakların yazılışı aşağıdaki örneklerle göre yapılmalıdır:

Dergi:

- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Makale Başlığı, Dergi İsmi, Derginin Sayısı; Makalenin sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları.
- Davis, R., Revak J. R., & Crislip, K. E. (2006). Organizational downsizing: a review of literature for planning and research. *Journal of Healthcare Management*, 23, 170-184
- Kathuria C., Al-Assaf A.F., Akgün S.,(2007), Hasta Güvenliği Nasıl sağlanabilir? Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Hataların
- Bildirilmesi Nasıl Etkin Hale Getirilebilir?, *Hospital&Life Hastane Formu Dergisi*, Ocak-Şubat;13-21.Kitap Bölümü:
- Yazar A.A, Yazar B.B.(Soyadı Adının Baş harfi), (Yıl), Bölüm Başlığı. A.Editör, B.Editör, Kitap Adı; Bölüm sayfalarının ilk ve son sayfa numaraları, Basım yeri.
- Henken, J. (1999). The dynamic capacities of firms. In: M. L. Dupuis, C. E. Falcon, & C. K. Lovett(Eds.), *Technology, organization, and competitiveness* (pp. 10-24). Washington, DC: National Academy Press.

Kitap:

- Yazar A.A.(Yıl), Kitap Başlığı, Yayın Yeri ve Yayın Evi.
- Zweizig, K. A., Pinkus, R. M., & Vecchioni, T. L. (2000). *Health care management: organization design and behavior*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Elektronik Adres:

- Yazar, A.A, (Yıl), Çalışmanın Başlığı, Kaynağın alındığı tarih (Gün/Ay/Yıl), İnternet Adresi.
- Simons, D. Gone in 60 seconds: an innovative chain is trying to reinvent the way you get treated for routine ailments. Retrieved June 14, 2005, from www.ensuringsolutions.org.

Açıklama;

- Hazırlanan yazılardaki tüm sorumluluk yazar(lar)ın kendisine aittir.

İÇİNDEKİLER

Kişisel sağlık verilerinin hukuki korunması <i>Legal protection of personal health information</i> Gürbüz Yüksel	1-10
Patoloji sonuçlarının zamanında çıkmasına yönelik kademeli SMS uygulamaları Dışkapi modeli <i>Stage SMS applications for timing out of pathology results Diskapi model</i> Elif Özyurt, Deniz Uğurlu, Seyhan Erduran, Metin Aykutluğ, Semih Dinçer Yetiş, İlhan Aydın, Yeşim Akar, Onur Açıköz, Murat Alper	11-17
Hasta mahremiyetinin değerlendirilmesi <i>Evaluation of patient confidentiality</i> Yeşim Akar, Elif Özyurt, Seyhan Erduran, Deniz Uğurlu, İlhan Aydın	18-24
Halk sağlığı bilgi kaynağı olarak gazeteler: Sağlıkla ilgili haberlerin analizi <i>Newspapers as a source of public health information: Analysis of health-related news</i> Hasim Çapar, Cuma Çakmak	25-33
Ankara'da yaşayan kişilerin özel sağlık sigortalarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi <i>Evaluation of viewpoint of people living in Ankara about private health insurance</i> Emine Orhaner, Nazmiye Ekinci	34-42
1990'dan 2014'e kadar dünyada ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihleri ve alınan önlemler: Teorik bir inceleme <i>Health policy choices and countermeasures taken in times of economic crisis from 1994 to 2014 in the world: A theoretical review</i> Ümit Çıraklı, Hasan Hüseyin Yıldırım	43-51
Türkiye'de sağlık sisteminin gelişiminin analizi <i>Analysis of the development of health systems in Turkey</i> Hatice Sarı	52-57
Tanı ilişkili gruplara dayalı geri ödeme simülasyonu: Türkiye ve Avustralya karşılaştırması <i>Diagnosis related groups-based simulation: comparison of Turkey and Australia</i> Umut Beylik, Ümit Çıraklı	58-66
HIPAA standartları açısından elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyet uygulamaları: Türkiye'de bir vaka çalışması <i>T Security and privacy practices of electronic health records in terms of HIPAA standards: A case study in Turkey</i> Vedat Mehmet Paksoy	67-73
Üniversite Öğrencilerinin Akran İlişkilerinde Sosyal Beceri ve Çatışma Yönetme Becerisi Durumunun İncelenmesi <i>Investigation of social skill and conflict management skill status in peer relations of university students</i> Ali Ekşi, Fulya Atalay Yalçın, Gülce Kirazlı, Ebru Kalyoncu, İsmail Cem Kantarlı	74-80



Kişisel sağlık verilerinin hukuki korunması

Legal protection of personal health information

Gürbüz Yüksel

Sağlık Bakanlığı, Ankara

Anahtar Kelimeler:
Kişisel Veri, Hassas Veri,
Mahremiyet, Veri Koruma

Key Words:
Personal Data, Sensitive Data,
Privacy, Data Protection

**Yazışma Adresi/Address for
correspondence:**
Gürbüz Yüksel,
Sağlık Bakanlığı, Ankara
gurbuz_yuksel@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
12.06.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
09.01.2019

**Yayımlanma Tarihi/Published
Online:**
31.03.2019

ÖZET

Kişisel verilerin önemini, bilişim ve iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve internetin yaygınlaşması daha da ön plana çıkarmıştır. Özellikle "hassas veri" olarak nitelendirilen sağlık verilerinin hukuka aykırı olarak işlenmesi diğer verilere göre ilgili kişi bakımından daha ciddi zararlar ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu bilgilerin paylaşılması kişinin özel hayatının gizliliğinin, hastanın mahremiyet hakkının ve doktorun hastasına karşı sır saklama yükümlülüğünün ihlaline yol açmaktadır. Kişisel sağlık verilerinin yeterince korunmadığı endişesi hastaların sağlık kuruluşlarına başvurmada çekingenlik göstermelerine neden olabilecektir. Bu da sağlık hakkının yanında, daha da önemli olan yaşam hakkının ihlali anlamına gelecektir. Bu çalışmamızda genelde kişisel verilerin, özelde ise "Kişisel Sağlık Verilerinin" korunmasına ilişkin uluslararası düzenlemeler ile konuya ilişkin ulusal mevzuatımızdaki düzenlemeler ülkemiz uygulamaları ışığında ele alınmıştır. Bu çalışma literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır.

ABSTRACT

The importance of personal data has come to the forefront with the development of information and communication technologies and the spread of the internet. In particular, the illegal processing of health data, which are referred to as "sensitive data", may cause more serious harm to the person concerned than to other data. However, sharing these information is a violation of right to private life, patient privacy right and the obligation of doctor - patient confidentiality. The concern that personal health data is not adequately protected may cause patients to hesitate to apply to health care facilities. This, in addition to the right to health, will mean more violation of the right to life. In our study, the international regulations on the protection of personal data in general, in particular the "Personal Health Data" and the regulations in our national legislation on the subject have been taken up in the light of the implementation in our country. This study is based on literature.

GİRİŞ

Bilişim ve iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle birlikte, kâğıt ortamdaki sistemlerden mevcut hizmetleri daha hızlı, etkin ve ekonomik bir şekilde veren dijital ortamlara geçiş hızlanmıştır. Bilgiye erişimi ve bununla bağlantılı olarak hayatımızı kolaylaştıran bu dijital ortamlar birtakım kişisel haklar bakımından ciddi riskleri de beraberinde getirmektedir. Zira özel hayatımızın bir parçasını oluşturan kişisel verilerimiz bu dijital ortamlarda toplanmakta, işlenmekte ve paylaşılmaktadır. Gerçek hayatta yaptığımız hemen hemen her hukuki işlemde TC Kimlik numaramızın istenilmesi bunu en bilinen örneğidir. Kişisel verilerin hukuka aykırı olarak işlenmesinin temel insan hakları bağlamında özel hayatın gizliliğini ihlali suçunu oluşturduğu ifade edilmekle birlikte, artık günümüzde kişisel verilerin ihlali halleri kişilik hakları kapsamında ayrı bir suç olarak tanımlanmaktadır.

Bireyin kişisel verilerinden bir kısmını oluşturan kişisel sağlık verileri ise, "nitelikli/hassas veriler" içerisinde yer

almaktadır. Bu veriler, bireyin sağlıklı olduğuna ilişkin bilgileri içerdiği gibi bireyin ölümüne ilişkin bilgileri de içerebilir. Ancak, hastane, poliklinik, dispanser gibi sağlık verisi toplayan çeşitli bilgi sistemlerinde yer alan bu verilerin hangi amaçlarla, hangi durumlarda ve nasıl kullanılacakları konusunda yeterli denetim mekanizmalarının olmaması, kişinin kendi verisi üzerindeki erişimleri kontrol etmesini zorlaştırmakta ve veri mahremiyetinin korunmasına yönelik endişelerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Diğer taraftan, bireyin, sağlık verilerinin yeterli düzeyde korunmadığına yönelik şüphesi, sağlık hizmetlerinden faydalanmaktan kaçınması sonucunu doğuracak ve bu durum hem bireysel hem de toplumsal düzeyde oldukça ağır zararlara yol açabilecektir (1). Zira hasta ile hekim arasındaki güven bağı hem teşhis, hem de tedavi sürecinde büyük önem taşır.

Bu çalışmada; hassas veri olarak tanımladığımız kişisel sağlık verilerinin korunmasına ilişkin güncel ulusal ve uluslararası düzenlemeler hakkında bilgi verilecektir.

TEMEL KAVRAMLAR

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda; "Kişisel Veri, kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ait her türlü bilgi." olarak tanımlanmış olup, ulusal ve uluslararası birçok hukuki düzenlemede benzer şekilde tanımlanmaktadır.

Kişisel Verilerin Otomatik İşleme tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair 108 sayılı sözleşmede ise, "Kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişi ("ilgili kişi") hakkındaki tüm bilgileri ifade eder." şeklinde tanımlanmıştır.

Avrupa Birliği 95/46/AT sayılı Veri Koruma Yönergesinde; "Kişisel veri, tanımlanmış veya tanımlanabilir bir gerçek kişi ile ilgili herhangi bir bilgi" olarak tanımlanmıştır.

Görüldüğü gibi her üç tanımda da sadece "gerçek kişilere" ilişkin veriler kapsama alınmıştır. Ancak, halen yürürlükte olan "Elektronik Haberleşme Sektöründe Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Gizliliğinin Korunması Hakkında Yönetmeliğin" 3 üncü maddesinde kişisel veri; "Belirli veya kimliği belirlenebilir gerçek ve tüzel kişilere ilişkin bütün bilgiler" olarak tanımlanmıştır. Yani bu tanımda tüzel kişilere ait verilerde kişisel veri kapsamında değerlendirilmiş ve hukuki koruma altına alınmıştır.

Doktrinde ise kişisel veri, bireyin şahsi, mesleki ve ailesine ilişkin özelliklerini gösteren, o bireyi diğer bireylerden ayırmayı ve niteliklerini ortaya koymayı sağlayan her türlü bilgi şeklinde tanımlanmaktadır (2).

Belli bir kimsenin adı, adresi, doğum tarihi, medeni hali, kimliği, tabiiyeti, inançları, kanaatleri, etnik kökeni, fiziksel özellikleri, mesleği, fotoğrafı, e-posta adresi, banka bilgileri, ikameti, kredi kartı bilgileri, öğrenim ve çalışma durumu, mali bilgileri, sosyal ağ ve web sitelerindeki mesajları, sağlık bilgileri, DNA, genetik ve biyometrik verileri, bilgisayarının IP adresi, bireysel ve aile içi yaşantısına ilişkin bilgiler, başkaları ile gerçekleştirdiği haberleşmeler, alışveriş alışkanlıklarına ilişkin bilgiler kişisel veri kapsamında yer almaktadır.

Sonuç olarak kişisel veriden bahsedebilmek için verinin bir gerçek kişiye ilişkin olması ve bu kişinin de belirli veya belirlenebilir olması gerekmektedir.

Hassas Veri (Özel Nitelikli Veri)

Hassas veri, uluslararası pek çok düzenlemede farklı bir veri türü olarak kabul edilmiş olup, kişisel verilerin daha fazla korunması gereken bir alt kümesidir. Kanun koyucu, veri sahibinin öğrenilmesini istemeyebileceği, öğrenilmesi halinde ise kişileri ayrımcılık ile karşı karşıya bırakabilecek ve mahrem alanlarını açığa

çıkarmak verileri özel olarak korumuştur. Kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veridir (3). Kanun koyucu hassas verileri sınırlı sayıda tutmuş olup, yorum yoluyla hassas veriler kategorisini genişletmek mümkün değildir.

Kural olarak özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesi yasaktır. Ancak, bu veriler ilgili kişinin açık rızası ile ya da Kanun'da sayılan sınırlı hallerde işlenebilir. Hassas verilerin işlenmesinde "minimumluk ilkesi" esas alınmalıdır.

Kişisel Sağlık Verisi

Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü sağlık bilgisi (4) olarak tanımlanmıştır. Bunlar bireyin sağlığı ile ilgili her türlü verilerdir. Sağlık verileri, 108 sayılı Sözleşmede ve Veri Koruma Yönergesinde *tıbbi veri* olarak tanımlanmıştır.

Kişisel verilerin işlenmesi

Kişisel verilerin tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olmak kaydıyla otomatik olmayan yollarla elde edilmesi, kaydedilmesi, depolanması, muhafaza edilmesi, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hâle getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veriler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlemi (3) ifade eder. Kişisel verilerin işlenmesi, konuyla ilgili uluslararası sözleşmelerde ve düzenlemelerde benzer şekilde tanımlanmıştır.

Gizlilik (Confidentiality)

Gizlilik, bilginin yetkisiz kişilerin eline geçmesi ve yetkisiz erişime karşı korunmasıdır. Bilginin, bilgisayar sistemlerinde, saklama ortamlarında, ağ üzerinde gönderici ve alıcı arasında taşınırken yetkisiz erişimlerden korunmasıdır. Tıpta gizlilik hastanın hekimine güvenerek açıkladığı bilgilerin sır olarak korunması sürecidir. Hekimin hastasına bir çeşit söz vermesi sayılan *tıbbi gizlilik*; her türlü bilgiyi içeren tıbbi kayıtların hastaya ait olduğu ve onun mülkiyet haklarıyla güvence altına alındığını varsayar (5).

Mahremiyet (Privacy)

Türk Dil Kurumuna göre "kişisel gizlilik" olarak açıklanan mahremiyet, özel hayata dair bilgilerin uygun görülen kişiler dışındaki kişilerin görmesinden uzak tutulması durumudur. Kişisel verilerin korunması,

bilgi güvenliğinin sağlanması ve bireyin özgür hareket etmesi mahremiyet kavramının sağladığı durumlardır. Bireyin kendisiyle ilgili kişisel bilgilere, öteki bireylerin erişimine yönelik sınır koyduğu yerler, mahremiyet hakkının başladığı alanlardır ve “izne” tabidir. Örneğin, hasta odasına girmeden önce kapıya vurmak gibi (6). Mahremiyet, hastanın hekime açıkladığı bilgilerin bir başkasına anlatılmayacağına inanmasına imkân sağlar ve hasta hekim arasındaki güven ilişkisini pekiştirir.

Amerikalı Yargıç L. Brandeis, mahremiyeti “yalnız bırakılma hakkı” (the right to be left alone) olarak tanımlıyor ve özgür insanlar tarafından en çok değer verilen hak olarak nitelendiriyor. Brandeis’a göre, mahremiyete yönelik saldırılar, hem “yalnız bırakılma hakkı”nı hem de her bireyin dokunulmaz bir kişiliğe sahip olma hakkını ihlâl eder (7).

Açık rıza

Belirli bir konuya ilişkin, bilgilendirilmeye dayanan ve özgür iradeyle açıklanan rızayı, ifade etmektedir (3). Adalet Komisyonu Raporu’nda ifade edilen gerekçede: Açık rıza, 95/46 EC sayılı Direktif dikkate alınarak tanımlanmaktadır. Buna göre, açık rıza ilgili kişinin kendisiyle ilgili veri işlenmesine, özgürce, konuyla ilgili yeterli bilgi sahibi olarak, tereddüde yer bırakmayacak açıklıkta ve sadece o işlemle sınırlı olarak verdiği onay beyanı şeklinde anlaşılmalıdır. Açık rızanın geçerli olabilmesi için;

- Rızanın belirli bir konuya ilişkin olması gerekir. “Verilerimin işlenmesini kabul ediyorum” şeklinde açık uçlu bir rıza kanun anlamında “açık rıza” kabul edilmeyecektir.
- Kişinin rıza gösterdiği konu hakkında açık, anlaşılır bir şekilde ve yeterli düzeyde bilgilendirilmesi gerekir. İşlemenin amacı, süresi, hukuki sebebi gibi.
- Kişinin rızasının özgür iradesi ile alınması gerekir. Aldatma, korkutma, baskıya maruz kalma özgür iradeyi sakatlar (8).
- 6698 sayılı Kanun’un yayımı tarihinden önce hukuka uygun olarak alınmış rızalar, bir yıl içinde aksine bir beyanda bulunulmaması halinde Kanun’a uygun kabul edilecektir.

KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN TOPLANMASI

Günümüzde bilgi sistemleri ve iletişim teknolojilerinde meydana gelen gelişmeler sayesinde, sağlık alanındaki veriler sayısal ortamlarda saklanabilmekte ve istenildiğinde de erişilebilmektedir. Sağlık hizmetinin tüm süreçlerinde sağlık verilerinin kayıt altına alınması birçok açıdan ihtiyaç haline gelmiştir. Toplanan bu

bilgiler tedavinin sürekliliğinin yanı sıra bilimsel ve istatistiksel değerlendirmeler için de önemli kaynak işlevi görmekte, toplum sağlığına önemli katkılarda bulunmaktadır. Ayrıca bilgi sistemlerinde kayıtlı olan bu bilgiler hukuksal anlamda da belge-delil niteliği taşımaktadır. Nihayetinde bu veriler anonimleştirilerek analiz edilmekte ve sonuçlar sağlık hizmetlerinin planlanmasında, finansmanında ve sağlık politikalarının oluşturulmasında kullanılmaktadır (9). Dijitalleşen sağlık sistemleri vatandaşların sağlık hizmetlerine daha kolay erişimine imkân sağlamakla birlikte, sağlık verilerinin güvenliği ve mahremiyetinin korunması sorunları da önem kazandı.

Kişisel Sağlık Verileri Toplanması Hukuki Dayanakları

Türkiye’de kişisel sağlık verilerinin toplanmasına ilişkin yetki ve görevlerin tanımlandığı çeşitli seviyelerde düzenlemeler yürürlüktedir. Ancak, burada kişisel sağlık verilerinin en fazla toplandığı iki önemli kurum olan Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumuna ilişkin temel düzenlemeleri esas alacağız.

Sağlık Bakanlığı Bakımından

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun (3/f) maddesinin, “Herkesin sağlık durumunun takip edilebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi amacıyla, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sistem, e-Devlet uygulamalarına uygun olarak elektronik ortamda da oluşturulabilir. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığınca, bağlı kuruluşları da kapsayacak şekilde ülke çapında bilişim sistemi kurulabilir.” hükmü ve 1 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin, “Bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisi” başlıklı 378 inci maddesinin birinci fıkrasının, “Sağlık hizmeti almak üzere, kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat edenlerin, sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları veya kendilerine verilen hizmete ilişkin kişisel verileri işlenebilir” hükmü (10) gereğince, yine aynı maddenin ikinci fıkrasında öngörülen amaçlarla kişisel sağlık verileri Sağlık Bakanlığınca toplanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuş olan çeşitli bilgi sistemleri (Sağlık.NET, USBS, USS, HBYS, MHRS, e-Nabız gibi) vasıtasıyla toplanan Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde tanımlı verilerin bazıları şunlardır: Hasta muayene bilgisi, Hastaya verilen malzeme/ilaç bilgisi, Hasta Laboratuvar sonuç bilgisi, Hasta patoloji sonuç bilgisi, 15-49 yaş kadın izlem verisi, Ağız ve Diş sağlığı bilgisi, Gebelik izlem bilgisi, Anne ve bebek sağlık verisi, Kadına yönelik şiddet verisi, Aşı Takip Sistemi, Bulaşıcı hastalıklara ait veri setleri, İntihar vakalarına

ait bilgiler, Hamilelik testleri, Gebelik tespiti sonuçları, Kullanılan aile planlaması yöntemi, Özürlülük durumu, Sağlık geçmişi, Alkol-madde-sigara kullanımı (11) gibi veriler.

Sosyal Güvenlik Kurumu Bakımından

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 78 inci maddesinde; "Kurum ile sözleşmesi olan, tüm sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait sözleşme hükümlerinde yer verilen bilgileri, belirlenen yöntemlere ve süreye uygun biçimde elektronik ortamda veya yazılı olarak Kuruma göndermek zorundadır. Bu bilgiler gönderilmeksizin talep edilen sağlık hizmeti bedelleri, bilgiler gönderilinceye kadar ödenmez..." şeklinde bir düzenleme mevcuttur.

Bu yetkiye istinaden Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), MEDULA sistemi ile ödeme kapsamı içindeki bireylerin sağlık bilgilerini elektronik ortamda kayıt altına almaktadır. SGK tarafından toplanan verilerden bazıları şunlardır; Hasta kabul kayıt, Hizmet kayıt, E-reçete web servisi, Fatura bilgisi kayıt, Rapor bilgisi kayıt, Takip formu kayıt (12) gibi verilerdir.

Kişisel Sağlık Verilerine Kimler Erişebilir

Hasta verilerine erişimde genel olarak aşağıdakilerden söz etmemiz mümkündür:

- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK),
- Sağlık Bakanlığı (SB),
- Hastaneler: Özel, Devlet, eğitim ve araştırma veya üniversite hastaneleri, poliklinikler,
- Eczaneler,
- Özel ve diğer kamu sigorta kurumları (Sandıklar, TSK, vb.),
- İlaç firmaları: Hasta bilgilerine anonim olarak da olsa ulaşmak isteyen kurumlar,
- Sigorta Firmaları: Özel sigorta birimleri sağlık kurumları ile yaptıkları sözleşme kapsamında tek taraflı bilgi aktarımı ile yapılmaktadır.
- Adli ve İdari Kolluk Makamları: Mahkemelerden hastalara ait tetkik ve ilaç/malzeme geçmişi bilgileri dökümü istekleri gelebilmektedir. Milli İstihbarat Teşkilatı (MİT) ya da Emniyet Müdürlüğü'nden hastaneye başvuru yapan bazı hastalar hakkında bilgi istenebilmektedir (13).

KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN HUKUKİ KORUMASI

Kişisel verilerin korunması hem uluslararası hukuk

açısından bir insan hakkı, hem de ulusal hukuk açısından Anayasa normu ile düzenlenmiş bir temel hak ve özgürlüktür (14). Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler, günlük hayatımızı kolaylaştırmış, zaman ve emekten tasarruf etmemizi sağlamış olmakla birlikte, kişisel verilerin hukuka aykırı olarak elde edilmesi, kaydedilmesi kullanılması, değiştirilmesi, açıklanması ve üçüncü şahıslarla paylaşılması gibi olumsuz sonuçları da beraberinde getirmiştir. Bu nedenlerle kişisel verilerin korunması en üst düzeyde normlarla sağlanmalıdır. Yaptığımız bu çalışmada gerek uluslararası alanda ve gerekse ülkemizde veri koruma hukukunun pozitif düzenlemelere konu olduğu görülmektedir. Bu başlık altında kişisel verilerin korunmasına ilişkin pozitif düzenlemeleri hem uluslararası hukuk normları ekseninde hem de ulusal mevzuatımız açısından inceleyeceğiz.

Uluslararası Düzenlemelerde Kişisel Verilerin Korunması

Kişisel verilerin korunması hususunda yasalastırma süreçlerini en aktif yürüten devletler Avrupa devletleri olmuştur. Kişisel verilerin korunması süreci Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi m. 8 ile koruma altına alınan özel hayatın gizliliği hakkı ile başlamış olmakla beraber, Kişisel Verilerin Korunmasına yönelik ilk uluslararası çalışma OECD'nin 1980 yılında yayınladığı "Özel Yaşamın Gizliliğinin ve Sınır Ötesi Kişisel Veri Kullanımının Korunmasına İlişkin Rehber İlkeleri"dir. Konunun önemi ve AİHS'de kişisel verilere yönelik özel bir madde bulunmaması nedeniyle 1981 yılında Avrupa Konseyi 108 sayılı "Kişisel Verilerin Otomatik Olarak İşlenmesi Sırasında Gerçek Kişilerin Korunmasına İlişkin Sözleşme"yi yayınlamıştır. 1995 yılında Avrupa Konseyi'nin 24 Ekim 1995 tarihli ve 95/46/AT sayılı Kişisel Verilerin Korunması Yönergesi yayınlamıştır. 2000 yılında kabul edilen AB Temel Haklar Şartı'nda ise kişisel verilerin korunmasına ait özel bir madde konulmuştur. Üye ülkeleri bağlayıcı anlamda ki son düzenleme ise 24.05.2016 tarihinde yürürlüğe girmiş olmasına rağmen, 25 Mayıs 2018 tarihinde uygulanmaya başlanan Genel Veri Koruma Tüzüğüdür (GDPR).

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS)

1950 tarihli Sözleşmenin m.8/1'de, "Herkes, özel ve aile yaşamına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir." Denilmekte, ikinci fıkrada ise istisnalara yer verilmektedir. Burada doğrudan kişisel verilerin korunmasına ilişkin bir düzenleme olmamakla beraber Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, AİHS'nin 8 inci maddesindeki özel hayatın gizliliğine saygı gösterilmesi hakkından hareketle bireyle ilgili

verilerin toplanması ve bunların depolanmasının özel yaşamın koruma alanına müdahale oluşturduğunu ve ancak yasayla düzenlenebileceğini öngörmüştür.

Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunması Sözleşmesi (108 Sayılı)

Türkiye sözleşmeyi üye devletlerle birlikte 1981 yılında imzalamış olmasına rağmen, sözleşmeyi 17.02.2016 tarihinde onaylamıştır. Sözleşmenin 1 inci maddesinde, “İş bu Sözleşmenin amacı, her bir tarafın ülkesinde, uyruğu veya ikamet yeri ne olursa olsun her gerçek kişinin temel hak ve özgürlüklerini ve özellikle kendisiyle ilgili kişisel verilerin otomatik işleme tabi tutulması karşısında özel hayata saygı hakkını güvence altına almaktır.” Denilmektedir. Sözleşmenin 2 nci maddesinde kişisel veri kavramı, 4, 5, 6 ve 7 nci maddelerinde ise verilerin korunması, niteliği, özel veriler ve veri güvenliği düzenlenmiştir.

108 sayılı sözleşmede temelde özel hayata saygı ilkesinden hareket edilmiş olmakla birlikte kişisel veriler ayrı bir hak başlığı olarak ele alınmıştır (15).

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi-Amsterdam

1994 tarihli Bildirgenin m.4.1’de; “Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümünden sonra bile korunmalıdır” denilmekte, m.4.2 de; “hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın tedavisi ile ilgili diğer sağlık personeline ihtiyaç söz konusu olduğunda hastanın onamı olduğu varsayılarak açıklanır” denilmekte, m.4.5’de; “Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir.” Denilmektedir. Bildirgenin m. 4.6’da; “Hastanın tanısı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe hastanın özel ve aile hayatına girilemez.” Denilmekte, m.4.7’de ise; “Tıbbi girişimler ancak kişinin özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir.” Denilmekte olup burada, önerilen girişimin hastanın izni veya isteğine göre ve kişinin ihtiyacı durumunda ancak yapılabileceği düzenlenmiştir.

95/46/AT sayılı AB Veri Koruma Direktifi

Avrupa’da kişisel verilerin korunmasına ilişkin ilk genel düzenleme 1995 yılında yürürlüğe giren 95/46 sayılı AB Veri Koruma Direktifi’dir. Bu direktif, kişisel verilerin korunması alanında tüm dünyada kabul gören genel

bir çerçeve sunmuştur. Direktifin önemi, veri koruma konusunda üye ülkelerin uyum yükümlülüğü altında olmaları noktasına belirginleşir. Yine uluslararası belgelerin bir kısmı, kişisel verilerin otomatik şekilde işlenmesine özgülenmişken, 95/46 sayılı direktif, tüm formlardaki kişisel verilerin toplanması ve işlenmesi konusunda uygulanabilecek hükümler içermesi nedeniyle de ayrı bir öneme sahiptir. Yönergede kabul edilen önemli bir ayırım, kişisel veri-hassas kişisel veri konusundadır (16). Direktifin 8 inci maddesinde kişilerin sağlık durumları ve cinsel yaşamlarına ilişkin verilerin de içinde yer aldığı “Özel nitelikli kişisel veriler” düzenlenmektedir. Kural olarak bu verilerin işlenmesi yasaktır. İstisnaları ise m.(8/f.3) te düzenlenmiştir. Bunlar;

- Kamu sağlığının Korunması,
- Koruyucu hekimlik,
- Tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi,
- Sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanıdır.

Birey rıza göstermese dahi m. (8/f.3) teki açık yetkiye dayanarak ilgili devletin kişisel sağlık verilerini sır saklama yükümlülüğü altındaki sağlık çalışanları tarafından işlenmesi öngörülmüştür. AB yönergelerinin bağlayıcı niteliği olmamasına rağmen, 6698 sayılı Kanun’un hazırlanmasında 95/46/AT sayılı AB Direktifi esas alınmıştır. Direktifin 8. maddesi Kanun’un 7 nci maddesine aynen aktarılmış olup, bu noktada AB ile uyum gözetilmiştir.

Dünya Tabipler Birliği Bildirgeleri

1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi m.4’te; “Hasta, hekiminin kendi tıbbi bakımı ve kendisiyle ilgili edindiği bilgilerin gizliliğine saygı göstermesini bekleme hakkına sahiptir” denilmiştir. 1995 tarihli Bali Bildirgesi m. 8/1’de ise; “Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümünden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.” Denilmekte, ikinci fıkrada, “İstisna olarak hasta yakınlarının kendileri ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşabilme hakkı olabilir. Gizli bilgiler sadece hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler sadece bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık personeline verilebilir.” şeklinde istisnalara yer vermiştir

1997 tarihli Dünya Tabipler Birliği Kalite Bildirgesi m.13’de; “Tıbbi kayıtlar gizli tutulmalı ortak kullanım şekline sokulmalıdır ve uygun olmayan kişilerin erişemeyeceği halde tutulmalıdır. Tüm raporlar, fotoğraflar, video görüntüleri ve karşılaştırmalı

veriler ilgili hastanın bir değerlendirme içerisinde belirlenemeyeceği bir şekilde sunulmalıdır.” ifadesi ile kişisel sağlık verilerin anonimleştirilmesi düzenlenmiştir.

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (Oviedo-Avrupa Biyotıp Sözleşmesi)

Avrupa Konseyi bünyesinde 4 Nisan 1997 tarihinde imzaya açılan “Oviedo-Avrupa Biyotıp Sözleşmesi:” 03.12.2003 tarih ve 5013 sayılı kanun ile onaylanmasının uygun bulunması ile Türk Hukuku bakımından bağlayıcı hale gelmiştir. Biyolojik ve tıbbi uygulamalarda insanların temel hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almak amacıyla hazırlanmış olan Oviedo Sözleşmesi, Anayasanın 90 ncı maddesinde ifade edilen temel haklara ilişkin bir sözleşme olup, Türkiye iç hukukuna ve özellikle tıp hukukuna güçlü etkileri olan bir sözleşmedir. Sözleşmenin 10 uncu maddesi; “Herkes, kendi sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.” şeklindedir. Burada özel hayata saygı bağlamında kişisel sağlık verilerinin gizliliğinin önemine vurgu yapılmaktadır.

Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı (2000)

AB Temel Haklar Şartının 8 inci maddesinde, “Herkes, kendisine ilişkin kişisel bilgilerinin korunmasını isteme hakkına sahiptir (m.8/1). Bu tür bilgiler, belirtilen amaçlar için ve ilgili kişinin muvafakatine veya yasada öngörülen başka meşru temele dayalı olarak adil şekilde kullanılmalıdır. Herkes, kendisi hakkında toplanmış olan bilgilere erişme ve bunlarda düzeltme yaptırma hakkına sahiptir. (m.8/II). Denilmektedir (16).

AB Genel Veri Koruma Tüzüğü-General Data Protection Regulation

Veri kullanımının ve öneminin gittikçe artması ile yeni teknolojik gelişmeler, 95/46/AT sayılı Veri Koruma Direktifinin güncellenmesi ve dijital dünya ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu gerekliliklerden hareketle Avrupa Parlamentosu tarafından hazırlanarak 14 Nisan 2016 tarihinde onaylanmış olan Genel Veri Koruma Tüzüğü (GDPR) 24.05.2016 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ancak söz konusu metin için iki yıllık bir geçiş süreci öngörülmüş olup, uygulanmaya başlama tarihi 25.05.2018 olarak belirlenmiştir. Bu tüzük tüm AB ülkelerini bağlayıcı niteliktedir.

GDPR'nin köklü yenilikler öngördüğü dört temel

özelliği ön plana çıkmaktadır (18);

- Kişisel verilerin ve veri sahiplerinin daha etkin korunması,
- Veri işleyenler ile veri kontrolörlerinin artırılmış sorumlulukları,
- Uygulanma alanı bakımından daha güçlü düzenlemelere sahip olması,
- 95/46 sayılı Direktife göre çok ağır tazmin yaptırımları (20 milyon avroya kadar veya şirketin dünya çapındaki cirosunun yüzde 4'üne ulaşan para cezası) olması.

Tüzüğün 5 inci maddesinde temel ilkeler, 9 uncu maddesinde, ise “Özel nitelikli kişisel veriler” düzenlenmektedir. Tüzükte kural olarak bu verilerin işlenmesinin yasak olduğu belirtiltikten sonra, m. 9/II de istisnalar düzenlenmiştir. Bunlar;

- Koruyucu hekimlik,
- Tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi,
- Kamu sağlığı konusunda kamu yararı,
- Sağlık sigorta sisteminin kalitesi ile maliyet etkinliğini sağlamak,

Hallerine münhasıran olmak üzere, işlenebilecektir.

AB üyesi tüm ülkelerde doğrudan etki doğuracak olan bu tüzüğün uygulamaya girmesi ile birlikte, üye ülkeler arasında iç hukuk düzenlemelerinden kaynaklanan farklılıklar giderilmiş ve yeknesaklık sağlanmış olacaktır.

ULUSAL MEVZUATTAKİ DÜZENLEMELER

Ülkemizde kişisel verilerin korunması hukukunun tarihi çok eski değildir. Türkiye “Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunması”na dair 108 sayılı sözleşmeyi 1981 yılında imzalamış olmasına rağmen, bu Sözleşmeyi ancak geçtiğimiz yıl içerisinde onaylamıştır. Ülkemizde kişisel verilerin korunmasını talep etme hakkı ise 2010 yılında Anayasada yapılan değişiklikle güvenceye kavuşmuştur. Anayasa'nın “Özel hayatın gizliliği” başlıklı 20 nci maddesine eklenen fıkra gereğince çıkarılması gereken “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” ise 07.04.2016 tarihli Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle Türkiye'nin Avrupa Birliği nezdinde veri koruma bakımından güvenilir ülke statüsüne kavuşması konusunda önemli bir kıstas yerine getirilmiştir (19).

Anayasa

1982 Anayasa'sının “Özel hayatın gizliliği” başlıklı (Değişik: 7/5/2010-5982/2 md.) 20/III maddesinde; “Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını

isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir.” hükmü yer almaktadır. Bu hüküm ile kişisel verilerin korunmasını talep etme hakkı, temel hak ve özgürlükler arasına dâhil edilerek, Anayasal güvenceye kavuşmuştur. Ancak, Anayasamızda bu maddenin istisnalarına yer verilmemiştir.

Söz konusu Anayasa maddesi dışında; Anayasanın kişinin dokunulmazlığı, kişiliğinin geliştirilmesi hakkı, maddi ve manevi varlığı, kişi hürriyeti ve güvenliği ile ilgili maddeleri de kişisel verilerin korunmasını ilgilendiren diğer düzenlemelerdir.

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu

Taslak anlamında çalışmalarına 2000’li yıllarda başlanan Kişisel Verilerin Korunması Kanunu 6698 sayılı ile 07.04.2016 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanun daha ziyade 95/46 sayılı AB Veri Koruma Direktifi esas alınarak hazırlanmıştır. Ancak 2018 yılı itibarıyla daha güncel olan Genel Veri Koruma Tüzüğü’nün uygulamaya girmiş olması nedeniyle mevcut kanunun da bu tüzükteki ilkeler ve esaslar doğrultusunda güncellenmesi gerekmektedir.

Pek çok uluslararası düzenlemelerde olduğu gibi 6698 sayılı Kanunda da kişisel veriler, “*kişisel veri*” ve “*özel nitelikli kişisel veri*” şeklinde ayrıma tabi tutulmuştur.

6698 sayılı Kanun’un “Özel nitelikli kişisel verilerin işleme şartları” başlıklı 6 ncı maddesinin ilk fıkrasında, özel nitelikli kişisel veriler düzenlenmiş ve sağlık verileri özel nitelikli kişisel veriler arasında yer almıştır. Aynı maddenin ikinci fıkrasında özel nitelikli kişisel verilerin ilgili kişinin açık rızası olmaksızın işlenemeyeceği, üçüncü fıkrasında ise, *sağlık ve cinsel hayata* ilişkin verilerin hangi hâllerde ilgili kişinin açık rızası olmaksızın işlenebileceği düzenlenmiştir. Bu istisnai haller;

- Kamu sağlığının korunması,
- Koruyucu hekimlik,
- Tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi,
- Sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla,

Sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin *açık rızası aranmaksızın* işlenebileceği öngörülmektedir.

Kanunun 7 nci maddesinde, kişisel verilerin silinmesi, yok edilmesi veya anonim hâle getirilmesi düzenlenmiştir. Daha sonra yürürlüğe giren Yönetmelikle bu kavramlar yeniden tanımlanmıştır.

Kanun’un 8 inci maddesinin birinci fıkrasında, kişisel verilerin ilgili kişinin *açık rızası olmaksızın* aktarılamayacağı, ikinci fıkrasında ise kişisel verilerin hangi hâllerde ilgili kişinin açık rızası olmaksızın aktarılabileceği düzenlenmektedir.

Kanunun 9 uncu maddesinin birinci fıkrasında, kişisel verilerin ilgili kişinin *açık rızası olmaksızın* yurt dışına aktarılamayacağı ve ikinci fıkrasında ise, Kişisel verilerin hangi hâllerde ve şartlarda yabancı ülkelere aktarılabileceği düzenlenmiştir.

Kanunun 17 nci maddesinde “*suçlar*”, 18 inci maddesinde ise “*kabahatler*” düzenlenmiştir.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu

Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu’nun 35 inci maddesinin altıncı fıkrasında; “*Kurum, bu Kanun ve diğer kanunlarla verilen görevleri yerine getirmek amacıyla işlediği kişisel veriler ile ticari sır niteliğinde olan verileri, veri sahibinin noter onaylı muvafakati olmadan gerçek veya tüzel kişilerle paylaşamaz.*” Denilmektedir. Aynı fıkranın devamında ise, *sağlık verisi* dışındaki kişisel verilerin *kanunda belirtilen hâllerde* paylaşılabilirliği düzenlenmiştir.

Diğer kamu kurumlarının veri talepleriyle ilgili olarak da, aynı maddede, 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununun eki (I), (II), (III) ve (IV) sayılı cetvellerde yer alan kamu idarelerinin, kanunlarında belirtilen görevleri yapabilmeleri için ihtiyaç duydukları veriler için Kuruma başvurabilecekleri, ancak, söz konusu kamu idareleri ile *kişisel sağlık verilerinin* hiçbir şekilde paylaşılmayacağı, belirtilen kamu idareleri ile kişisel sağlık verisi içermeyecek şekilde anonim hale getirilmiş veriler ile kişisel sağlık verisi dışındaki ticari sır niteliğindeki verilerin paylaşılabilirliği belirtilmiştir. Kişisel sağlık verilerinin ise ancak;

-Kişinin kendisi veya noter onaylı açık rızası ile diğer gerçek veya tüzel kişiler,

-Mahkeme kararı ile kişinin verilerine erişim izninde yetkilendirilmiş kişiler,

-Müvekkili tarafından verilen vekâletnamede avukatın kişisel sağlık verilerini talep edebileceğinin belirtilmiş olması şartıyla avukatı ile ücretsiz paylaşılabilirliği düzenlenmiştir.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Kanunun “Sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve

bildirim zorunluluğu” başlıklı m.78/2’de, “Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişinin sağlık bilgilerinin gizliliği esastır.” hükmüyle kişisel sağlık verilerinin gizliliği hususunda güvence verilmiştir.

4982 Sayılı Bilgi Edinme Hakkı Kanunu

Kanunun 21 inci maddesi; “Kişinin izin verdiği hâller saklı kalmak üzere, özel hayatın gizliliği kapsamında, açıklanması hâlinde kişinin sağlık bilgileri ile özel ve aile hayatına, şeref ve haysiyetine, mesleki ve ekonomik değerlerine haksız müdahale oluşturacak bilgi veya belgeler, bilgi edinme hakkı kapsamı dışındadır.” Hükmü ile sağlık verileri bilgi edinme hakkı kapsamında tutulmuştur.

1 No’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi

Kararnamenin “Bilgi toplama, işleme ve paylaşma yetkisi” başlıklı 378 inci maddesinin birinci fıkrasında kişisel sağlık verilerinin Sağlık Bakanlığı tarafından işlenebileceği ifade edilmiş, ikinci fıkrasının, “Sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması amacıyla Bakanlık, birinci fıkra kapsamında elde edilen verileri alarak işleyebilir” Hükmü ile de kişisel sağlık verilerinin işleme amaçları açıkça belirtilmiştir.

Kararnamenin 378 inci maddesinin üçüncü fıkrasının “Bakanlık, ikinci fıkra gereğince toplanan ve işlenen kişisel verilere, ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin erişimlerini sağlayacak bir sistem kurar.” hükmü ile kişisel sağlık verilerine ilgililerinin erişimi için gerekli sistemin bakanlık tarafından kurulacağı belirtilmiştir;

Aynı maddenin dördüncü fıkrasında ise, “Üçüncü fıkraya göre kurulan sistemlerin güvenliği ve güvenilirliği ile ilgili standartlar. Kişisel Verileri Koruma Kurulunun belirlediği ilkelere uygun olarak Bakanlıkça belirlenir. Bakanlık, ilgili mevzuat uyarınca elde edilen kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Bu amaçla, sistemde kayıtlı bilgilerin hangi görevli tarafından ne amaçla kullanıldığının denetlenmesine imkân tanıyan bir güvenlik sistemi kurar” Denilmek suretiyle, işlenen kişisel verilerin gizlilik ve güvenliğinin sağlanması için gerekli teknik, idari ve hukuki düzenlemelerin bakanlık tarafından yapılması öngörülmüştür.

Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik

Sağlık Bakanlığı tarafından 663 sayılı KHK’nın (8/j) maddesi, 47 nci maddesi ve 3359 sayılı Kanunun (3/f)

maddesine dayanılarak hazırlanmış olan Yönetmelik ilk olarak 20/10/2016 tarihinde yürürlüğe girmiş, ancak Yönetmeliğin bazı maddelerinin iptali talebiyle açılmış olan dava neticesinde verilen Danıştay kararı ile iptal edilen maddeler güncellenerek tekrar 28 Ekim 2017/30224 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur.

Yönetmelik, kişisel verilerin korunması ve veri mahremiyetinin sağlanmasına, kişisel sağlık verilerinin işlenmesine, bu verilere erişim için kurulacak sisteme, kişisel sağlık verisi kaydı tutulan sistemlerin güvenliği ve denetimi ile sağlık hizmeti sunumundaki personel hareketlerinin Bakanlığa bildirilmesine ilişkin işlemlerde uyulacak usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Yönetmeliğin 5 inci maddesinin birinci fıkrasında, “Kişisel sağlık verileri, ancak Kanunda ve bu Yönetmelikte öngörülen usul ve esaslara uygun olarak işlenebilir.” Denilmek suretiyle kişisel sağlık verilerinin işlenmesinin genel bir çerçevesi çizilmiştir.

Yönetmeliğin 6 ncı maddesinin birinci fıkrasında veri işleyenin sorumlulukları düzenlenmiş, 17 inci maddesinin birinci fıkrasında “Bu Yönetmelikle korunan kişisel verilere ilişkin suçlar bakımından” 6698 sayılı Kanunun 17 nci maddesi delaletiyle 5237 sayılı Türk Ceza Kanununa, özel hukuk gerçek ve tüzel kişileri bakımından aynı kanunun 18 inci maddesi delaletiyle de 5326 sayılı Kabahatler Kanununa gönderme yapılmıştır.

Yine bu Yönetmelik gereklerinin, kamu kurum ve kuruluşunda görev yapan memurlar ve diğer kamu görevlileri ile kamu kurum niteliğindeki meslek kuruluşlarında görev yapanlar tarafından yerine getirilmemesi hâlinde, Kurulun yapacağı bildirim üzerine disiplin hükümlerine göre işlem yapılacağı ve neticesinin Kurula bildirileceği düzenlenmiştir.

Yönetmelik, yayımlandığı tarihten bu yana çeşitli platformlarda tartışılmış, birçok açıdan eleştirilmiş, değişiklikler yapılmış ve son olarak bazı sivil toplum kuruluşları tarafından Danıştay nezdinde açılan davada, Yürütmeyi Durdurma kararı verilmiş olup, karar gereğince Sağlık Bakanlığı yeni bir düzenleme yapılacaktır.

Hasta Hakları Yönetmeliği

Yönetmeliğin “Mahremiyet” başlıklı m.5/f de, “Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.” Denilmek suretiyle özel hayatın gizliliğine ve mahremiyete saygı gösterilmesi gerektiği vurgulanmakta; m. 23’de, “Sağlık hizmetinin verilmesi

sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.” Denilmekte, ikinci fıkrada ise; *Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.*” Denilmek suretiyle sağlık verilerinin kanunun öngördüğü haller dışında açıklanamayacağı ve kişi rıza göstermiş olsa bile temel haklardan vazgeçme sonucunu doğuracak hallerde açıklanmasının ilgilileri sorumluluktan kurtarmayacağı ve devamında, hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesinin ilgililerin hukuki ve cezai sorumluluğunu gerektireceği vurgulanmaktadır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği

Yönetmelik m.49/4 de; *“Özel hastaneler tarafından kayıt altına alınan kişisel sağlık verileri, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uygun bir şekilde işlenir ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun bir şekilde merkezi sağlık veri sistemine aktarılır. Bakanlık tarafından kurulan kayıt ve bildirim sistemine ve Bakanlıkça yapılacak diğer iş ve işlemlere esas olmak üzere, istenilen bilgi ve belgelerin Bakanlığa gönderilmesi zorunludur.”* Hükmü ile özel hastanelerin Sağlık Bakanlığına veri gönderme zorunluluğu ve sağlık verilerinin 6689 sayılı Kanuna uygun olarak işlenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

Tüzüğün 4 üncü maddesinde; *“Tabip ve dış tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz.”* Denilmekte; Yine Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü’nün 4 üncü maddesinde; *“Eczacı, meslek ve sanatının icrası sırasında öğrendiği sırları, kanuni zorunluluk olmadıkça ifşa edemez”* denilmek suretiyle sağlık meslek mensuplarının sır saklama yükümlülüğü düzenlemiş ve kanunda belirtilen haller dışında kişisel sağlık verilerinin ifşasını yasaklamıştır.

Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesinde Veri Sorumlularınca Alınması Gereken Yeterli Önlemler hakkında Kişisel Verileri Koruma Kurulu Kararı

6698 sayılı Kanun’un “Özel nitelikli kişisel verilerin işleme şartları” başlıklı 6 ncı maddesinin son fıkrası, özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesinde Kurul tarafından önlemlerin alınmasının şart olduğunu hüküm altına almıştır. Bu hüküm doğrultusunda

“Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenmesinde Veri Sorumlularınca Alınması Gereken Yeterli Önlemler” ile ilgili Kişisel Verileri Koruma Kurulu’nun 31.01.2018 tarihli ve 2018/10 sayılı Kararı, 07.03.2018 tarihinde yayınlanmıştır (20). Kişisel sağlık verileri de “Özel nitelikli kişisel veri” kapsamında olduğu için Kişisel Verileri Koruma Kurulu’nun bu kararı Sağlık Bakanlığının uygulamaları açısından ayrıca önem arz etmektedir.

Yukarıdaki açıklamalarımızdan da görüleceği üzere, ülkemizde kişisel sağlık verilerinin hukuki korunmasına ilişkin olarak çok farklı seviyelerde özel düzenlemeler veya genel düzenlemeler içinde çeşitli hükümler mevcuttur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Kaynağını “Mahremiyet” kavramından almış olan kişisel verilerin korunması, pek çok pozitif düzenlemede ve doktrinde özel hayatın gizliliği hakkının bir alt unsuru olarak ele alınıp değerlendirilmiş ise de, teknolojinin gelişmesiyle birlikte artık günümüzde kendine özgü bir insan hakkı olarak kavramlar arasında yerini almış ve başta insan onuruna saygı olmak üzere, kişiliğin serbestçe geliştirilmesi hakkının ön şartı olarak görülmeye başlanmıştır.

Özellikle kişisel sağlık verileri söz konusu olduğu zaman konu “yaşam hakkı” bağlamında önem kazanmaktadır. Zira kişisel sağlık verilerinin başkaları tarafından da öğrenilebileceği endişesi taşıyan hastaların sağlık kurumlarına gitmekten çekinmeleri veya teşhis veya tedavi sürecinde eksik veya yanlış bilgi vermeleri nedeniyle vazgeçilemez ve devredilemez temel haklardan olan yaşam hakları tehlikeye girecektir.

Kişisel verilerin kötüye kullanılması riskinin sürekliliği ve son yıllarda sağlık sektörüne yönelik gerçekleşen siber saldırılar, kişisel veri güvenliğinin önemini daha da artırmıştır. Bu nedenlerle kişisel sağlık verilerinin daha fazla, daha nitelikli, etkili ve üst seviyede korunmaya ihtiyacı bulunmaktadır.

Kişisel sağlık verilerinin hukuki korunması konusunda yaptığımız bu çalışmada, gerek uluslararası alanda ve gerekse ulusal mevzuatımızda çok çeşitli düzeylerde regülasyonların mevcut olduğu görülmektedir. Kişisel sağlık verilerinin korunmasına ilişkin bu yasal düzenlemelerin önemi yadsınmamakla birlikte yeterli olmadığı kanaatindeyim. Bu nedenle mevcut düzenlemelerin gözden geçirilerek ülke ihtiyaçlarına ve gelişen teknolojiye cevap verebilecek şekilde revize edilmesi, güncellenmesi ve veri güvenliği ihlallerine karşı caydırıcılığı olan idari ve cezai hükümlerle de desteklenmesi gerektiği düşüncesindeyim.

KAYNAKÇA

1. KUZECİ, E., Kişisel Verilerin Korunması, Ankara, Turhan Kitabevi, 2010, s.237
2. ŞEN, E., "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Tasarısı'nın Anayasa ve Türk Ceza Kanunu Hükümleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi", İstanbul Barosu Dergisi, Cilt:83, Sayı:3, 2009, s.1197.
3. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.6698&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=6698> E.T:07.01.2019 (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu)
4. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/11/20171124-1.htm> E.T:07.01.2019
5. ERSOY, N., Tıp'ta Mahremiyet: Kapsamı Ve İstisnaları s.3
6. ERSOY, N. a.g.e.s.4
7. YÜKSEL, M., Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 64-1 s.279
8. <http://www.kisiselverilerin korunmasi.org/acik-riza-nedir-nasil-alinir> /E.T:07.01.2019
9. <http://www.kisisesaglikverileri.org/32-saglik-hizmetlerinde-kisisel-veri-toplanmasi-korunmasi-ve-degerlendirilmesi.html>. Erişim Tarihi:07.01.2019,
10. Sağlık Bakanlığı web servisleri veri paketleri. <https://sys.sagliknet.saglik.gov.tr/dokumanonline/>. Çevrimiçi E.T: 07.01.2019,
11. SGK MEDULA web servisleri kılavuzu, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/0d00b6b7-09aa-41dd-8417-31b069ac76ef/MEDULA_Kullanim_Kilavuzu_201501014.pdf?MOD=AJPERES. (2015) E.T:11.03.2018
12. https://www.researchgate.net/publication/287975276_Elektronik_Saglik_Kayitlarinin_Gizlilik_ve_Mahremiyeti E.T:07.01.2019
13. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/03/20160317-2.pdf>. Çevrimiçi E.T: 26.01.2018
14. <http://bilgitoplumuhukuku.blogspot.com/2012/01/kisisel-verilerin-korunmas.html>. Çevrimiçi E.T: 07.01.2019
15. <https://www.avrupa.info.tr/tr/avrupa-birligi-temel-haklar-bildirgesi-708>. E.T:07.01.2019
16. Akıncı, A. Nur: Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Tüzüğü'nün Getirdiği Yenilikler ve Türk Hukuku Bakımından Değerlendirilmesi, Çalışma Raporu 6 Haziran 2017, Yayın No: 2968 s.4
17. Akıncı, A. Nur: a.g.e., s.4
18. KUZECİ, E: a.g.e., s.75.



Patoloji sonuçlarının zamanında çıkmasına yönelik kademeli SMS uygulamaları Dışkapı modeli

Stage SMS applications for timing out of pathology results Diskapi model

Elif Özyurt, Deniz Uğurlu, Seyhan Erduran, Metin Aykutluğ, Semih Dinçer Yetiş, İlhan Aydın, Yeşim Akar, Onur Açıkgoz, Murat Alper

SBÜ. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Anahtar Kelimeler:
Laboratuvar güvenliği, Hasta memnuniyeti, Cep telefonu SMS, Hasta güvenliği

Key Words:
Laboratory safety, Patient Satisfaction, Cellular SMS, Patient Safety

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Elif Özyurt,
SBÜ. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
elifdoruk85@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
01.08.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
03.01.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2019

ÖZET

Giriş ve Amaç: Bu çalışma patoloji sonuçlarının belirlenen sürelerde çıkması, hasta memnuniyetinin, hizmet verimliliği ve hızın artırılması, zaman ve iş gücü kayıplarının önlenmesi amacıyla ilgili hekime, klinik idari sorumlularına ve hastalara bilgilendirmek için kısa mesaj gönderme uygulaması sunulmuştur. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma 01.03.2017-31.10.2017 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniğinde tetkik sonuçlarına yönelik uygulanan Kısa Mesaj Sistemi (SMS) uygulamasının etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışma geriye dönük tanımlayıcı bir araştırma olup, veriler Microsoft Excel programında analiz edilmiştir. Kademeli SMS Uygulaması rapor süre aşımından itibaren ilk mesaj ilgili uzmana, 24 saat içinde rapor çıkmamışsa ikinci mesaj klinik idari sorumlusuna, 24 saat içinde hala rapor çıkmamışsa başhekim yardımcısına sırasıyla mesaj gönderilmektedir. Patoloji sonucu çıktığı zamanda hastalara standart formatta SMS bilgilendirme ve hatırlatma mesajı gönderimi uygulanmaktadır. **Bulgular ve Sonuç:** Çalışma sonucunda, az maliyetli, basit güncel teknoloji (cep telefonu- SMS) kullanılarak patoloji sonuçlarında süre aşımı olan tetkik raporu Mart ayında 756 iken, Ekim ayında 339'a düştüğü, patoloji sonuçlarındaki süre aşımı 8 ay içinde %10,5azalmıştır.

ABSTRACT

Introduction and Objective: In this study, a short message sending application was presented to inform physicians, clinical management officers and patients about pathology results in the determined time, patient satisfaction, service efficiency and speed increase, and time and labor loss losses. **Material and Method:** The study was conducted to evaluate the effectiveness of the Short Message System (SMS) application conducted in the Pathology Clinic of Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, between the dates 01.03.2017 - 31.10.2017. The study is a retrospective descriptive research and the data is analyzed in Microsoft Excel. If the first message is not reported within 24 hours from the report time-out, the first message is sent to the clinical supervisor of the second message, if the report has not been released within 24 hours, the message is sent to the assistant physician. SMS information and reminder messages are sent to patients in standard format at the time of pathology. **Findings and Conclusion:** As a result of the study, it was found that the outpatient report of the pathology results was 756 in March while it fell to 339 in October and the time out in the pathology results was 10.5% in 8 months.

GİRİŞ

Sağlık işletmeleri kar amacı gütmeyen kurumlar olmasının yanında pahalı hizmet sunan ve hizmet kalitesinin en üst düzeyde tutulması gereken kurumlar olarak bilinmektedir. Hastaların kaliteli hizmet beklentisi, sağlık sektöründe yaşanan değişimin beraberinde getirdiği artan rekabet ortamı sağlık hizmetlerinde kalite odaklı modern yönetim anlayışını zorunlu hale getirmiştir. Çağdaş yönetim anlayışı olarak kabul edilen Kalite Yönetimi sadece bireysel başlıklarla ilgilenmemekte, sistemin içerisinde sürekli ilerlemeyi de öngörmektedir(1).

Sağlık kuruluşları varlıklarını sürdürebilmek için müşteri beklentilerine odaklanmak, gelişmeleri takip etmek ve sürekli gelişmek, çalışanlarının tam katılımını sağlamak ve önce insan anlayışı ile hizmet üretmek zorundadırlar.

Sağlık kurumları müşteri potansiyelini arttırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadır. Hastaların sağlık kurumları hakkındaki olumlu ya da olumsuz düşünceleri, sağlık kurumunun pazar payının gelişmesinde çok önemli bir rol oynayacağından, kurumların hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklanması gerekmektedir. "Hasta sadakatini", hastanın

ihtiyaç duyduğunda aynı sağlık kurumunu tercih etmesi ve potansiyel hastalara o kurumu tavsiye etmesi olarak tanımlanmaktadır (2). Sağlık kurumları hasta sadakatini karşılamak için özellikli hizmet alanlarını geliştirmekte ve hizmet sunum kalitelerini artırmaya yönelik çalışmalar başlatmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde özellikli alanlardan biri de patoloji laboratuvarlarıdır. Patoloji tetkik hizmetlerinin zamanında sonuçlandırılması hastanın tedavi sürecini hızlandırmakta, yatış sürelerini kısaltmakta, hasta anksiyetesini azaltmakta ve kaliteli hizmet sunumunda önemli bir yer tutmaktadır.

Bir doku veya sıvı örneğinin patoloji laboratuvarı tarafından teslim alınmasından, raporun düzenlenmesine kadar geçen süre çok değişkendir. Bu süreyi; örneğin niteliği, hastalığın niteliği ve laboratuvarın niteliği gibi faktörler etkilemektedir. Patoloji raporu geniş bir ekibin ürünü olarak gerçekleşmekte ve ürün yani "patoloji raporu" oluşurken kişiler ve makineler aşamalı olarak çalışmaktadır(3).

Kalite ölçütlerinin belirlenmesinde bilişim teknolojilerinden yararlanmak çok önemli kolaylıklar sağlayacağı gibi bunlar olmadan veri sağlamak olanaksız hale gelmiştir. Sonuçların zamanında verilmesi ve patolojiden hizmet alanların memnuniyetlerinin belirlenmesi ölçütler arasındadır. Tüm bunlara ulaşma için bilişim teknolojileri son derece önemli yarar sağlayacaktır(4).

Sağlık kurumlarının etkili, hakkaniyetli, verimli ve maliyeti düşük hizmet verilebilmesi için bilgi ve iletişim teknolojilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Teknoloji ile birlikte bir taraftan sağlık hizmetlerinde daha kompleks tanı ve tedavi cihazları ile uygulamalar gündeme gelirken, diğer taraftan hastaların daha hızlı ve etkin hizmet almasını sağlayacak e-mail, SMS ya da internet sistemleri de kullanılabilirlerdir.

Bu bağlamda kurumumuzda hizmet kalitesini, verimliliği, hızı ve hasta memnuniyetini artırmak için iletişim teknolojilerinden yararlanılarak, patoloji sonuçlarının zamanında çıkması için kademeli bilgilendirme ve sonuçların çıktığı zaman hastalara bildirim (SMS yöntemi) yapılarak elde edilen sonuçlar çalışmada anlatılmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Uygulamanın Amacı

Bu çalışma ile hastanemiz patoloji laboratuvarında tetkik sonuçlarının belirlenen sürede çıkmadığı durumda ilgili hekim ve bölüm sorumlularına SMS uygulaması ile bilgi verilmesi, sonuç çıktığında ise

hasta ve/veya hasta yakınlarına da SMS uygulaması ile bilgilendirme yaparak kurum hizmetlerinin verimliliğinin ve hasta memnuniyetinin artırılması, zaman ve iş gücü kayıplarının en aza indirilmesi amaçlanmıştır.

Uygulama Hazırlık Süreci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2 aşamalı kısa mesaj sistemi uygulanması planlanmıştır. Birinci aşamada, "Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Gönderme" uygulamasıyla; belirlenen zamanda çıkmayan patoloji tetkik sonuçları için sırasıyla uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve ilgili başhekim yardımcısına bilgilendirme mesajı gitmektedir. İkinci aşamada, eş zamanlı patoloji sonucu çıktığı zaman HBYS'den hasta veya hasta yakınına bilgilendirme mesajı gönderilmesine yönelik çalışma başlatılmıştır.

Çalışmanın yapıldığı SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 770 yataklı, 68 yoğun bakım yatağı, 29 ameliyathane, yoğun bakım hizmetleri, patoloji, mikrobiyoloji, biyokimya, genetik ve doku tiplene laboratuvarları ve acil hizmetleri ile toplamda 174 ana dal ve yan dal poliklinik odasına sahip bir kurumdur.

Bu uygulama SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, patoloji kliniğinde yapılmıştır.

Patoloji kliniğinde 11 Uzman hekim, 7 asistan hekim, 15 laboratuvar teknisyeni ve 6 bilgi işlem personeli hizmet vermektedir. Patoloji laboratuvarına günlük ortalama 150-180 arası numune kabul edilmektedir.

SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi üst yönetimin desteği ve izni alınarak, süre aşımına uğrayan patoloji raporları için hekimlere yönelik Kademeli SMS uygulamasına, hastalara yönelik sonuç bilgilendirmeler için SMS uygulamasına başlanmıştır.

Çalışma ekibi bu sürecin en hızlı, etkin ve düşük maliyetle nasıl çözümlenebileceği konusunda beyin fırtınası ve kök neden analizi yöntemini kullanmıştır. Cep telefonu teknolojilerinin kullanılıp kullanılmayacağı konusunda ön çalışma yapılmasına karar verilmiştir.

1. Aşama; Patoloji hizmetlerinin düzenli işleyiş kontrolü laboratuvarlardan sorumlu başhekim yardımcısı ve klinik idari sorumlusunun kontrolü ile sağlanmaktadır. Hizmet sürecinde patoloji sonuç verme sürelerinde ve sonuçların iletilmesine yönelik bazı aksaklıkların olduğu tespit edilmiştir. Hizmet verilen alanın büyük olması ve hizmet alanının hızlı ve her gün düzenli

değerlendirilmesine yönelik zorlukların olması, zaman ve işgücü kaybı olması, standart ve geribildirim verebilecek bir takip sisteminin olmaması nedeniyle alternatif uygulama yapılması ihtiyacı doğmuştur. Cep telefonu teknolojilerinin kullanılıp kullanılmayacağı konusunda hizmet alınan bilgi işlem firması ile ön çalışma yapılmasına karar verilmiştir

2. Aşama; Kurumun hizmet aldığı bilgi işlem firması ile yapılan görüşmede, Hastane Üst Yönetiminin isteğiyle HBYS'den alınacak verilerin kullanılarak, analizlerini yapılabilecek, patoloji sonuçlarındaki gecikmelerde ve sonuçların çıktığı zaman otomatik olarak ilgili kişilere bilgilendirme SMS'i gönderilebilecek bir sistem oluşturulması, maliyetlerinin araştırılarak, sonucunun değerlendirilip uygunsa çalışmaların başlatılması kararı verilmiştir.

3. Aşama; SMS uygulamasının maliyeti; 500.000 adet SMS'i içeren paketin SMS başına yaklaşık 2 kuruş, toplamda KDV dahil 10.000 TL'dir.

4. Aşama; Uygulama öncesi hazırlıklarda; eşzamanlı olarak bilgi işlem firması tarafından HBYS verilerinin alt yapısının düzenlenme çalışması yapılırken, sisteme entegrasyonu için hastane personel servisinden patolojideki tüm hekimlerin, idari sorumlunun, hastane yöneticisinin cep telefonu numara listeleri alınmış, iletişim bilgileri güncellemesi yapılmış ve konu ile ilgili sistemde yer alacak kişilere bilgilendirme yapılmıştır. Eş zamanlı hasta kayıt biriminde çalışan personellere

eğitim verilerek kayıt esnasında hasta bilgilerinin tam ve doğru alınması sağlanmıştır.

5. Aşama; Patoloji hizmetlerinde tüm tetkiklerin hedeflenen sonuçlanma süreleri tanımlanmıştır.

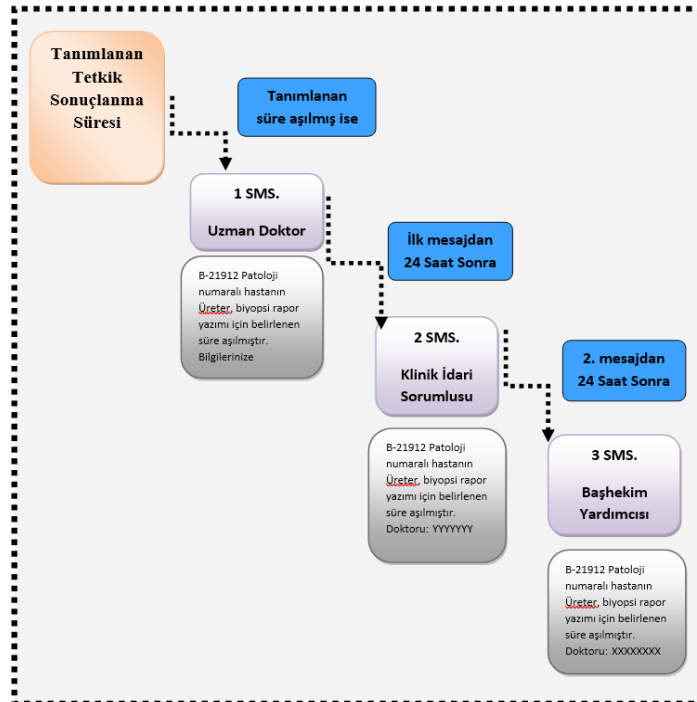
6. Aşama; Bilgi sistemleri altyapısı düzenlenmiş, standart formatta SMS içerikleri hazırlanmış, pilot uygulama yapılarak sistemin doğru çalışıp çalışmadığı kontrol edilmiştir.

7. Aşama; "Kademeli Kısa Mesaj (SMS) Gönderme ve Sonuç Bilgilendirme" uygulaması patoloji laboratuvarı için kullanılmaya başlanmıştır.

8. Aşama; Patoloji laboratuvarında, hasta tetkik sonuçlarının hekim tarafından son onayı yapıldığında (HBYS üzerinden) hazırlanan SMS içeriği hastanın cep telefonuna otomatik olarak sistem tarafından gönderilmektedir. Mesajda tetkik sonucunun içeriğine ilişkin bilgi verilmemekte hastaya sadece sonucun çıktığı bildirilerek, kurumun ilgili bölümüne davet edilmektedir. Örnek mesaj içeriği aşağıda şekil 2'de gösterilmektedir.

UYGULAMA

Patoloji Laboratuvar hizmetlerinde, patoloji sonuç verme sürelerindeki gecikmelerde HBYS üzerinden oluşturulan sistemle, Şekil 1'de görüldüğü gibi SMS gönderilerek "Kademeli SMS Gönderme" uygulaması yapılmaktadır.



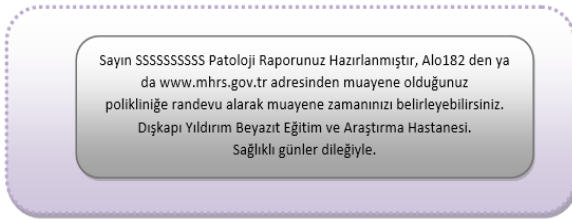
Şekil 1. Patoloji Laboratuvar Hizmetleri zamanında çıkmayan sonuçların bilgilendirmelerinde Kademeli SMS Aşamaları

İlk Mesaj; Patoloji Laboratuvarında hizmet veren hekime her tetkikin tanımlanan süre aşıldığında standart formatta hazırlanan içerikle hatırlatma yapılır.

İkinci Mesaj; tetkik tanımlanan sonuçlanma süresinden 24 saat sonra hala patoloji sonucu çıkmamışsa, laboratuvarın idari sorumlu hekimine uyarı mesajı gönderilir.

Üçüncü Mesaj; ikinci mesajdan 24 saat sonra hala patoloji sonucu çıkmamışsa, mesaj ilgili başhekim yardımcısına gönderilir.

Hasta Sonuç Bilgilendirme Mesajı: Patoloji sonuç raporu hazır olunca, standart olarak hazırlanmış bilgilendirme mesajları sonuç sisteme düştüğü an Şekil 2'de görüldüğü gibi HBYS sisteminden hastalara gönderilir.



Şekil 2. Patoloji Laboratuvarı Sonuç Hazır Hasta Bilgilendirme SMS'i

BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında (01.03.2017-31.10.2017) toplamda 24617 numune kabul edilmiştir. Bunlardan 5460 tanesi sitoloji, 19157 tanesi biyopsi numunesidir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi uygulama süresince toplam gelen 19157 adet biyopsi numunesinin 2911(%15,2) tanesi, 5460 adet sitoloji numunesinin 1505 (%27,6)'ü ve genel toplamda ise 24617 adet numunenin 4416 (%17,9)'ü süre aşımına uğradığı görülmektedir. Uygulamanın etkinliğini aylara göre değerlendirdiğimizde anlamlı bir düşüş görülmüştür. Biyopsi rapor süre aşımı Mart ayında %17,7 iken Ekim ayında %9,2'ye düşerek sistemde %8,5, sitoloji rapor süre aşımı Mart ayında %29,6 iken Ekim ayında %13,2'ye düşerek sistemde %16,4'lük iyileşme görülmektedir.

Tablo 2'de SMS uygulamasının ilk SMS ile ikinci SMS sisteminin etkinlik değerlendirilmesi yapılmış, 8 aylık değerlendirmede ilk SMS'de 4416 (%17,9) süre aşımına uğrayan tetkik raporu varken 2. SMS'de 2233 (%9,1) süre aşımı olan tetkik raporuna düştüğü ve toplamda 2183 (%49,4)'lük kazanım olduğu ve süre aşımına uğrayan tetkik raporu Mart ayında 756 iken, Ekim ayında 339'a düştüğü ve sistemde %10,1'lik bir iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Süre aşımına uğrayan raporların 2. SMS'lerinde Mart ayında 308 iken Ekim ayında 215 düştüğü ve sistemde %1,8'lik iyileşme olduğu görülmüştür. Kademeli SMS uygulamasının sistemde farkındalık yaratarak patoloji sonuçlarının süre aşımını 8 ay içerisinde %10,1 azalmıştır. SMS sonrası hala süre aşımında bulunma tetkik raporlarının farklı ayırıcı tanı yöntemlerine başvurulması gerektiği için raporlama sürelerinin birkaç gün daha uzayabileceği tespit edilmiştir.

Tablo 1. Patoloji Laboratuvarı Biyopsi Ve Sitoloji Numunelerinde Zamanında Raporlanan Ve Süre Aşımında Olan Numunelerin Dağılım Tablosu

2017 YIL AYLAR	Toplam Gelen Biyopsi Sayısı	Süre Aşım Sayısı	Yüzde %	Toplam Gelen Sitoloji Sayısı	Süre Aşım Sayısı	Yüzde %	Toplam Gelen Numune Sayısı	Toplam Süre Aşım Sayısı	Yüzde %
Mart	2880	510	17,7	832	246	29,6	3712	756	20,4
Nisan	2585	467	18,1	780	213	27,3	3365	680	20,2
Mayıs	2662	431	16,2	792	202	25,5	3454	633	18,3
Haziran	1966	372	18,9	507	208	41,0	2473	580	23,5
Temmuz	2543	354	13,9	611	206	33,7	3154	560	17,8
Ağustos	1952	304	15,6	509	150	29,5	2461	454	18,4
Eylül	2184	253	11,6	529	161	30,4	2713	372	13,7
Ekim	2385	220	9,2	900	119	13,2	3285	339	10,3
TOPLAM	19157	2911	15,2	5460	1505	27,6	24617	4416	17,9

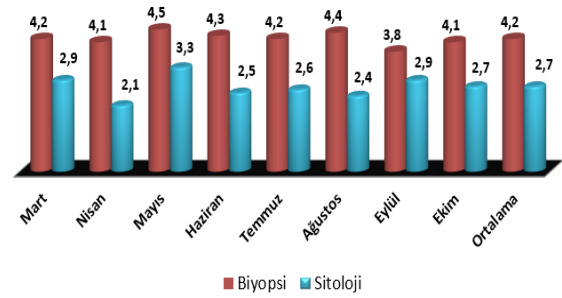
Tablo 2. Patoloji Laboratuvarı Kademeli SMS Uygulamasının Etkinlik Değerlendirme Tablosu

AYLAR	Toplam Numune Sayısı	1.SMS Uzman Doktor		2.SMS Klinik İdari Sorumlusu		1.SMS ve 2. SMS Etkinlik Farkı	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Mart	3712	756	20,4	308	8,3	448 ↓	59,3
Nisan	3365	680	20,2	261	7,8	419 ↓	61,6
Mayıs	3454	633	18,3	497	14,4	136 ↓	21,5
Haziran	2473	580	23,5	211	8,5	369 ↓	63,6
Temmuz	3154	560	17,8	210	6,7	350 ↓	62,5
Ağustos	2461	484	19,7	292	11,9	192 ↓	39,7
Eylül	2713	384	14,2	239	8,8	145 ↓	37,8
Ekim	3285	339	10,3	215	6,5	124 ↓	36,6
Toplam	24617	4416	17,9	2233	9,1	2183 ↓	49,4

Kurumumuzda Patoloji Laboratuvarı biyopsi sonuç verme süresi 7 iş günü, sitoloji sonuç verme süresi 3 iş günü olarak belirlenmiştir. Grafik 1'de uygulama süreci içerisinde ortalama sonuç verme süreleri görülmektedir. Kademeli SMS uygulaması ile ortalama sonuç verme süreleri; biyopsi için 4,2 iş günü, sitoloji için 2,7 iş günü içerisinde verildiği görülmektedir. Uygulamanın sistemde etkili ve verimli sonuçlar ortaya çıkardığı gözlemlenmiştir.

Sekiz ayın sonucunda yapılan değerlendirmede uygulama uyarıcı bir etki yarattığı ve patoloji laboratuvar hizmetlerinde verimliliği artırdığı görülmüştür. Sistem üzerinden sonuçların aylık analizi yapılarak, değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Tablo 3'de patoloji laboratuvarına gönderilen örnek sayısı ile hastalara gönderilen SMS sayıları arasında tutarsızlık olduğu görülmüştür. Kök neden analizi yapıldığında ilk olarak; bazı tetkik sonuçlarının hastalara SMS yöntemi ile bildirilmediği tespit edilmiştir. Nedeni incelendiğinde hastaların ilk kayıt esnasında cep telefonu numaraları vermedikleri ya da yanlış verdikleri tespit edilmiştir. Bu durum üzerine

**Grafik 1.** Patoloji Laboratuvarı Zamanında Sonuç Verme Sürelerinin Biyopsi Ve Sitoloji Olarak Ortalama Aylık Dağılımı

kayıt biriminde çalışan bilgi işlem çalışanlarına tekrar bilgilendirme yapılmıştır. Bilgilendirme yapılırken hastalardan istenen cep telefonu numaralarının hangi amaçla kullanılacağı anlatılması vurgulanmıştır. İkinci olarak; süre aşımına uğrayan raporların olduğu, aynı zamanda kademeli SMS uygulaması başlanmış raporlara yönelik hekimler tarafından tetkik raporlarının farklı ayrııcı tanı yöntemlerine başvurulması gerektiği için raporlama sürelerinin birkaç gün daha uzayabildiği tespit edilmiştir.

Tablo 3. Patoloji Laboratuvarına Gelen Toplam Numunelere Yönelik Gönderilen Hasta Sonuç Bilgilendirme Mesajların Aylara Göre Dağılımı

2017 Yılı	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Toplam
Toplam Gelen Numune	3712	3365	3454	2473	3154	2461	2713	3285	24617
Toplam Gönderilen Hasta Sonuç Bilgilendirme Mesajı	787	3198	2913	2215	2925	2052	2578	2528	19196
Yüzde (%)	21,2	95,0	84,3	89,6	92,7	83,4	95,0	77,0	78,0

SONUÇ

Kademeli SMS uygulamasının etkinliğini değerlendirdiğimizde; uygulamanın uyarıcı bir etki yarattığı, patoloji laboratuvar hizmetleri süreçlerinde verimliliği artırdığı, sistem üzerinde olumlu bir etki yarattığı, zaman tasarrufu sağladığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda çıkan tetkik raporlarının hasta tedavi süreçlerini de olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Çalışma kapsamında SMS uygulama süresince toplam gelen 19157 adet biyopsi numunesinin %15,2, 5460 adet sitoloji numunesinin %27,6'sı ve genel toplamda ise 24617 adet numunenin %17,9'unun süre aşımına uğradığı görülmektedir. Uygulamanın etkinliğini aylara göre değerlendirdiğimizde anlamlı bir düşüş görülmektedir. Biyopsi rapor süre aşımı Mart ayında %17,7 iken Ekim ayında %9,2'ye düşerek sistemde %8,5'lik, sitoloji rapor süre aşımı Mart ayında %29,6 iken Ekim ayında %13,2'ye düşerek sistemde %16,4'lük iyileşme görülmektedir.

Kademeli SMS uygulamasında 8 aylık etkinlik değerlendirmesinde, ilk SMS'de %17,9 süre aşımına uğrayan tetkik raporu varken 2.SMS'de %9,1 süre aşımı olan tetkik raporuna düştüğü ve toplamda %49,4'lük kazanım olduğu tespit edilmiştir. Süre aşımına uğrayan tetkik raporları Mart ayında 756 iken, Ekim ayında 339'a düştüğü ve sistemde %10,1'lik bir iyileşme olduğu tespit edilmiştir. Süre aşımına uğrayan raporların 2. SMS'lerin de Mart ayında 308 iken Ekim ayında 215 düştüğü ve sistemde %1,8'lik iyileşme olduğu görülmüştür. Kademeli SMS uygulamasının sistemde farkındalık yaratarak patoloji sonuçlarının süre aşımını 8 ay içerisinde %10,1 azalmıştır. SMS sonrası hala süre aşımında bulunan tetkik raporlarının farklı ayırıcı tanı yöntemlerine başvurulması gerektiği için raporlama sürelerinin birkaç gün daha uzayabileceği tespit edilmiştir.

Grafik 1'e göre kurumumuzda kademeli SMS uygulaması ile ortalama sonuç verme süreleri biyopsi için 4,2 iş günü, sitoloji için 2,7 iş günü içerisinde verildiği görülmektedir.

Patoloji laboratuvarında hastalara yönelik sonuç bilgilendirme uygulaması ile sağlık çalışanları ve hastalar için zaman israflarının azaldığı görülmektedir. Patoloji tahlil sonucu olduğu ve takip etmesi gerektiğini unutan hastalar için (tetkik sonuçları aynı gün çıkmadığından dolayı) SMS gönderiminin uyarıcı bir etki yarattığı ve hastaların kuruma gelerek sonuçlarını ilgili hekime gösterdikleri belirlenmiştir. Bu durumda uygulama dolaylı olarak, eğer tetkik sonucunda hastalık lehine bir bulgu varsa tedaviye geç kalınmadan başlanılmasına da olanak sağlamaktadır. SMS sistemi (günübirlik çıkmayan sonuçlar için) hastayı sonucu alma konusunda motive ederek, itici bir güç oluşturarak

tedavinin gecikebilme olasılığını da azaltmaktadır.

SMS uygulamasında dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri mesaj içeriğinin planlanması aşamasıdır. Mesajın içeriğinde sonuçlar hakkında bilgi verilmeden sadece sonucun çıktığı hakkında bilgi verilmesi amaçlanmıştır. Böylelikle hastaların sonuçları hekime göstermesi ve sonuçlar hakkında hekiminden bilgi alması sağlanmaktadır.

Uygulama ile düşük maliyetle, hem hasta hem çalışan için zamandan tasarruf edilebileceği, hizmetlerin hızlandırılacağı ve iş gücü kayıplarının önenebileceği görülmüştür.

TARTIŞMA

Hastanelerde maliyeti az, basit güncel teknolojilerin (cep telefonu - SMS) kullanılması ile sağlık hizmeti daha kolay, hızlı gerçekleşmekte, gereksiz iletişimler, uzun hasta bekleme süresi ortadan kaldırılmaktadır.

Az bir finansman ile memnuniyetlerin sağlanabileceği, hasta ve çalışanlar için zamandan tasarruf edilebileceği, hizmetlerin hızlandırılacağı hem de iş gücü kayıplarının önenebileceği görülmektedir.

SMS gönderiminin maliyetinin düşük olması ve teknik alt yapı açısından özellik arz etmemesi, HBYS'ne entegre edilerek otomatik olarak SMS gönderilebilmesi, dolayısıyla ekstra bir işgücüne ihtiyaç duyulmaması nedeni ile tüm kurumlarda rahatlıkla uygulanabilmesi mümkündür.

Sağlık hizmetlerinde yüksek performans elde etmek için verimlilik, kaliteli hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerine erişim Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin amaçlarındandır. Hasta beklentilerine cevap vererek hasta memnuniyetini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumlarının öncelikle yapması gereken faaliyetler, alternatif çözümler üretmek ve bu doğrultuda uygulamaya geçmektir.

Bilişim, patolojide giderek önemi artan bir alandır ve bu alanda kişisel gelişim yanı sıra eğitim sağlanması önem taşımaktadır. Araştırma ve geliştirmeye en açık alanlar arasında yer almaktadır.

Sağlık Kurumlarının teknolojik gelişmeleri tedavi süreçlerinde uygulamaları ile hem kalite hem de etkinlik-verimlilik açısından olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca kullanılan teknolojinin sürekli güncellenme gerekliliği, oluşabilecek teknolojik kaynaklı riskler ve günümüz koşullarında organizasyonların mümkün olduğu kadar yalın ve esnek olma ihtiyacı sağlık kurumlarını farklı arayışlara yöneltmiş ve dış kaynak kullanımı ile bahsedilen olumsuzluklar en aza indirilmeye çalışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Şükran Burçođlu Karaca (2014), "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama" (Aydın Devlet Hastanesi Üzerine Bir Çalışma). Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. s.50
2. Engiz (1999), "Sağlık Hizmetlerinde "Hasta Odaklı" Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları", Ed.: M. Coruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 411-413
3. Sülen Sarıoğlu, "Patoloji İçin Bilişim", Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, Cilt 30, Sayı 3,2016, s:139-143
4. Nakhleh RE.(2015), "Role of Informatics in Patient Safety and Quality Assurance Surg Pathol Clin", 8(2):301-307



Hasta mahremiyetinin değerlendirilmesi

Evaluation of patient confidentiality

Yeşim Akar, Elif Özyurt, Seyhan Erduran, Deniz Uğurlu, İlhan Aydın

SBÜ. Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH,
Ankara

Anahtar Kelimeler:

Hastane, Hasta Mahremiyeti, Sağlık Çalışanı

Key Words:

Hospital, Patient Confidentiality,
Health Worker

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Yeşim Akar,
SBÜ. Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH,
Ankara
yesim44akar@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
11.09.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
07.12.2018

Yayımlanma Tarihi/Published
Online:
31.03.2019

ÖZET

Hasta mahremiyeti insanlığın var olduğu zamanlardan beri konuşulan tarihsel süreç içerisinde önem kazanan, özellikle son yıllarda ise üzerinde durulan bir kavramdır. Bu çalışmanın amacı, ayaktan hizmet verilen poliklinik birimlerinde, acil serviste ve yatan hastalara anket uygulanarak hasta bakış açısı ile mahremiyete dikkat edilme durumunun belirlenmesidir.

Çalışmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Temmuz ayı içerisinde hastanede yatarak sağlık hizmeti alan 3313 hasta oluşturur. Örneklem grubunu ise yine Temmuz ayı içerisinde yatarak sağlık hizmeti alan 500 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak Akten tarafından (2017) geliştirilen "Hasta Mahremiyeti Envanteri" kullanılmıştır. Envanterde demografi veriler, mahremiyet bilgi düzeyinin sorgulandığı sorular ve hasta mahremiyetinin değerlendirildiği sorular yer almaktadır. Anketler SPSS 16 paket programı ile değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonucunda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hastaların değerlendirmesi ile tespit edilen sonuçlara göre; hastaların mahremiyet bilgi düzeylerinin ortalama %73,9 olduğu, mahremiyetin değerlendirilmesinin ortalama % 81,6 olduğu, kurum çalışanlarının hasta mahremiyetinin korunmasına dikkat ettikleri tespit edilmiştir.

ABSTRACT

Patient confidentiality is a concept that has gained importance in the historical process that has been spoken since mankind existed, especially in recent years. The purpose of this study is to determine the patient's point of view and the attentional state of attention by applying a questionnaire on emergency services and inpatient illnesses at the outpatient polyclinic units.

The universe of the study consists of 3313 patients who received health services in the hospital during July of Yıldırım Beyazıt Education and Research Hospital of Health Sciences University Dışkapı. The sample group also included 500 patients who received health services in July. "Patient Intimacy Inventory" developed by Akten (2017) was used as data collection tool. Demographics are given in the inventory, questions about the level of confidentiality information and questions about the evaluation of patient confidentiality. The questionnaires were evaluated with the SPSS 16 package program.

As a result of the study, according to the results determined by the evaluation of the patients in Healthcare University Dışkapı Yıldırım Beyazıt Education and Research Hospital; the average level of confidentiality of patients was 73.9%, the rate of confidentiality was 81.6% on average, and the employees of the institution were careful to protect patient confidentiality.

GİRİŞ

Mahremiyet Arapça'dan dilimize intikal etmiş ve gizlilik, gizli olma durumu anlamına gelen isimdir. Hasta mahremiyeti ise, hastalarımıza ait gizlilik, gizli olma durumunu ifade etmektedir. Bir hastanın mahremiyetine girmek onun hastalığı ile ilgili tüm bilgileri öğrenecek kadar ona yakın olmaktır (1).

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Versiyon 5.1 Hastane setinde mahremiyet kavramı "Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki tüm

diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etmektedir" olarak tanımlanmıştır (2).

Mahremiyet hakkı, insan haklarının ayrılmaz bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda mahremiyet, bireylerin yalnız kalabilmelerini; dilediklerini düşünüp, hareket edebilmelerini; istedikleri yer, zaman ve koşulda kimlerle ne ölçüde ilişki kurabileceklerine karar verebildikleri alanı ve bu alanda sahip olunan hakkı ifade etmek için kullanılmaktadır (3).

Bilindiği üzere hasta mahremiyeti, hastanın sağlığı ile ilgili bilgilerin gizliliği ile birlikte bedensel ve manevi

değerlerinin de mahremiyetini ve korunmasını güvence altına almayı gerekli kılar. Hasta mahremiyeti uluslararası sözleşmeler ve evrensel hukuk normları ile güvence altına alınmış ve bizim hukukumuzda da başta Anayasamız olmak üzere, birçok mevzuat ile söz konusu mahremiyetin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Anayasamızın 20'nci maddesinde herkesin, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahip olduğu belirtilerek, kişilerin hem özel hayat, hem de aile hayatı güvence altına alınmış ve diğer kişilere de bu hakka saygı gösterilmesi emredilmiştir (4).

Bu Sağlık hizmeti verilirken hastaların beden mahremiyetlerine önem göstermek son derece önemlidir. Beden mahremiyeti ihlal edildiğinde hasta psikolojik ve sosyal olarak da örselenecektir. Hasta sırrının korunması gibi hastanın beden mahremiyetinin gözetilmesi de, hastanın özel yaşamına saygının bir başka boyutudur (5)

Birey olabilmenin varoluşsal temelini özerklikle sağlanabilmesinin kanıtı ve ötekinin özerkliğine saygı gösterilmesinin ahlaki zorunluluğu özerklik kavramının tanımında yer almaktadır. Özerkliğin kullanılabilmesi ise bireyin mahremiyetinin sağlanabilmesiyle olanaklıdır. Görüldüğü gibi birey olabilmenin olanağı hem özerklik hem de mahremiyet kavramlarıyla doğrudan bağlantılıdır. Söz konusu bu bağlantı özerklik yanında giz, mülkiyet, özel yaşam, beden, cinsellik gibi birçok kavramın mahremiyetle birlikte anılmasına neden olmuştur. Ancak bu anılma mahremiyet kavramının yerini alma şeklinde algılanmamalıdır (6).

Hastanın mahremiyet hakkı önemli bir hak olup ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır. Türkiye'de de bu alanda yasal düzenlemeler yapılmıştır. Teknolojik gelişmeler, sağlık hizmet sunumunun çeşitlenmesi ve farklılaşması, insan hakları kavramına yeni eklenen haklar mahremiyet hakkını daha önemli bir hale getirmiştir. Bu hakkın sağlaması özellikle sağlık hizmeti alan hastaları açısından son derece önemlidir. Çünkü hastalar sağlık hizmeti alırken mahremiyetlerinin ihlal edilebileceği birçok sorunla karşılaşmaktadır. Gerek sağlık hizmeti alınan tesislerin fiziksel sorunları gerekse sağlık çalışanlarının hasta mahremiyete gösterdikleri özenin yeterli olmaması birçok mahremiyet ihlaline neden olabilmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda son 20 yılda baş döndürücü şekilde dijital kayıtlar hizmet sunumunu kaliteli hale getirirken aynı zamanda hasta bilgilerinin güvenliğini de tehlikeye atmıştır. Hasta mahremiyetinin korunması için; hastaların bilinçli hale gelmesi, çalışanların bu konuda eğitilmeleri, yasal düzenlemeler, sağlık tesislerinin uygun fiziki şartları sağlaması, bilgi

güvenliği ile ilgili gerekli düzenlemelerin birlikte yapılması ile hasta mahremiyeti en uygun şekilde korunabilecektir (7).

Mahremiyet kavramının iyece anlaşılması için, mahremiyet türlerinin açıklanması gerekir. Mahremiyet kavramının türlerini fiziksel, psikolojik ve bilişsel olarak üçe ayırmak mümkündür. Fiziksel mahremiyet ile bireylerin fiziki yaşam koşulları ile alakalı tüm bedeni ve çevresel faktörleri içerisinde barındırdığı alanın mahremiyetini, psikolojik mahremiyet ile bireylerin psikolojik ve ruhsal tüm mahremiyetleri ele alınır. Bilişsel mahremiyet ile son yıllarda devletlerin kişisel sağlık ve şahsi verilerin sağlandığı elektronik ve internet gibi sanal ortamlarda bulunan verilerin mahremiyeti olarak ele alınır (8).

Hasta mahremiyeti Sağlık Bakanlığı tarafından oldukça önemsenen bir kavramdır. Bununla ilgili olarak 2016 Sağlık Bakanlığı tarafından 15.07.2016 tarihinde "Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi" genelgesi yayınlanmıştır (4). Genelgede hastanın bedeni üzerinde yapılan tüm uygulamalarda, poliklinik, acil servis, gözlem ve hasta odaları ile kan alma gibi birçok hastanın bir arada bulunduğu alanlarda, hasta transferlerinde, ölümden sonra da mahremiyete dikkat edilmesi vurgulanmıştır.

GEREKÇE VE YÖNTEM

Çalışmanın Amacı

Araştırmanın amacı; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak sağlık hizmeti alan hastalara anket uygulanarak hasta bakış açısı ile mahremiyete dikkat edilme durumunun belirlenmesidir.

Çalışma içerisinde mahremiyet kavramı fiziksel mahremiyet, psikolojik mahremiyet ve bilişsel mahremiyet boyutlarında değerlendirilmiştir.

Metod

Araştırma tanımlayıcı türden bir çalışma olup yüz yüze anket tekniği uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Anket uygulamasına katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın istatistiksel hesaplaması SPSS 16 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma hastane yönetiminin izni ve desteği alınarak uygulanmıştır.

Çalışmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Temmuz ayı içerisinde hastanede yatarak sağlık hizmeti alan 3313 hasta oluşturur. Örneklem grubunu ise yine temmuz ayı içerisinde yatarak sağlık hizmeti alan 500 hasta oluşturmuştur. Basit rastgele

örneklem yöntemi kullanılarak örneklem grubu oluşturulmuştur. Örneklem grubunu içerisinde yatarak sağlık hizmeti alan 500 hastaya anket uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Araştırmada kullanılan anket formları Akten tarafından geliştirilen “Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği)” yüksek lisans tezinde kullanılan “Hasta Mahremiyeti Envanteridir (9).

Envanter üç bölümden oluşmaktadır. Envanterin ilk bölümünde demografik verileri içeren; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu ve medeni durumunu sorgulayan 4 soru yer almaktadır.

Envanterin ikinci bölümü hastaların hasta mahremiyeti hakkındaki bilgilerini ölçmeye yönelik 13 sorudan oluşmaktadır. “Soruların cevap şıkları 1-Evet, 2-Hayır, 3-Bilmiyorum seçeneklerinden oluşmaktadır.

Envanterin üçüncü bölümü 39 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde sağlık hizmet sunan personelin hasta mahremiyetine gösterdikleri özenin hasta bakış açısı ile değerlendirilmesine yönelik sorular bulunmaktadır. Sorulara verilen cevaplar, envanterin ikinci bölümünde olduğu gibi cevaplandırılmaktadır.

Envanterde yer alan soruların güvenilirliği Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ile test edilmiştir. Envanterin ikinci bölümünde yer alan 13 sorunun Cronbach's Alpha katsayısı 0.94, üçüncü bölümünde yer alan 39 sorunun Cronbach's Alpha katsayısı ise 0.82 olarak hesaplanmıştır.

Anket uygulaması 1-31 Temmuz 2018 tarih aralığında uygulanmıştır.

BULGULAR

Bulgular bölümünde ilk olarak demografik verilerin yer aldığı birinci bölüm soruları değerlendirilmiştir.

Tablo 1. incelendiğinde anket çalışmasına katılan 500 hastanın; 261'inin (%52,2) kadın, 126'sının (% 25,2) 40-49 yaş aralığında, 218'inin (%43,6) lise mezunu, 281'inin ise (%56,2) evli olduğu görülmüştür.

Aşağıda envanterin 2. bölümünü oluşturan hasta mahremiyetine ait bilgi düzeyinin sorgulandığı 13 soruya ait veriler yer almaktadır.

Tablo 2 incelendiğinde en fazla evet cevabı verilen sorunun % 96,4 (482) ile “Yakınlarımın beni ziyaret edebilmesi hakkım vardır” sorusunun olduğu, en fazla hayır cevabı verilen sorunun % 28,6 (143) ile “Ölmem halinde bile sağlığımla ilgili bilgilerin kimsenin öğrenmemesi hakkım vardır” sorusunun olduğu,

en fazla bilmiyorum sorusunun %33 (165) “Sağlık harcamalarımın kaynağının gizli tutulması hakkım vardır” ile sorusunun olduğu görülmüştür.

Tablo 1. Demografik veriler

Soru	Yatan Hasta	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	261	52,2
Erkek	239	47,8
Yaş		
-20	18	3,6
20-29	59	11,8
30-39	117	23,4
40-49	126	25,2
50-59	101	20,2
60 +	79	15,8
Eğitim		
Okuryazar olmayan	12	2,4
Okuryazar +	30	6
İlkokul	149	29,8
Lise	218	43,6
Üniversite ve üzeri	91	18,2
Medeni Durum		
Bekâr	109	21,8
Evli	281	56,2
Dul	92	18,4
Boşanmış	18	3,6

Aşağıdaki tabloda sağlık çalışanlarının mahremiyete ilişkin gösterdikleri özenin hasta bakış açısı ile değerlendirilmesi gösterilmiştir. Bu kısımda 39 soru ele alınmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde en fazla evet cevabı verilen sorunun % 97,8 (489) ile “Kaldığım oda da gerektiğinde kullanabileceğim perde ya da paravanlar vardı” sorusunun olduğu, en fazla hayır cevabı verilen sorunun % 57,8 (289) ile “ Serviste kaldığım sürece benimle ilgili sağlık bilgilerinin olduğu dosya yatağıma takılı ve herkesin görebileceği şekildeydi.” sorusunun olduğu, en fazla bilmiyorum sorusunun % 29,4 (147) ile “ Tedavi gördüğüm dönem başka hastanın kişisel sağlık bilgilerini istemeyerek de olsa duydum” sorusunun olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Mahremiyet Bilgi Düzeyi

SORULAR	CEVAPLAR					
	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Benimle ilgili bilgilerin başkasına anlatılmasını yasaklama hakkım vardır	396	79,2	31	6,2	73	14,6
Mahremiyetime saygı gösterilmesini isteme hakkım vardır	409	81,8	12	2,4	79	15,8
Sağlık durumum ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesi hakkım vardır	396	79,2	24	4,8	80	16
Muayenemin, teşhisimin, tedavimin ve benimle doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi hakkım vardır	409	81,8	36	7,2	55	11
Tibben bir sakıncası bulunmayan hallerde yanımda bir yakınımın bulunmasına izin verilmesi hakkım vardır	321	64,2	104	20,8	75	15
Tedavim ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmaması hakkım vardır	351	70,2	41	8,2	108	21,6
Hastalığının mahiyeti gerektirmedikçe şahsi ve ailevi hayatıma müdahale edilmemesi hakkım vardır	371	74,2	26	5,2	103	20,6
Sağlık harcamalarımın kaynağının gizli tutulması hakkım vardır	302	60,4	33	6,6	165	33
Ölmem halinde bile sağlığımla ilgili bilgilerin kimsenin öğrenmemesi hakkım vardır	181	36,2	143	28,6	176	35,2
Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, tedavim ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında benden izin alınması hakkım vardır	326	65,2	73	14,6	101	20,2
Tüm sağlık bilgilerimin gizli tutulması hakkım vardır	388	77,6	51	10,2	61	12,2
İnsani değerlerime saygı gösterilmesini isteme hakkım vardır	476	95,2	6	1,2	18	3,6
Yakınlarımın beni ziyaret edebilmesi hakkım vardır	482	96,4	5	1	13	2,6

TARTIŞMA

Mahremiyet olgusu hastaların duygu durumunu değiştirebilen stres ve kaygı düzeyini artıracak bir olgudur. Erbil ve arkadaşlarının (2008) çalışmasına göre, sağlık hizmet sunucularının olumsuz yaklaşımı ve mahremiyete özen göstermemeleri, ayrıca hastanın daha önceki olumsuz deneyimleri anksiyetenin artmasına ve ağrının daha fazla hissedilmesine neden olmaktadır (9).

Lemonidou ve arkadaşları (2003) çalışmalarında hemşirelik personelinin özellikle sık ihlal edilebilir özerklik, mahremiyet ve bilgilendirilmiş rıza ilkeleri açısından, tüm düzeylerde sistemik ve kapsamlı bir eğitim ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir (10). Bu çalışmada ise sadece hemşirelik personelinin değil tüm çalışanların mahremiyete özen gösterme durumları sorgulanmış ve genel anlamda hastanede mahremiyete özen gösterildiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Dülgerin çalışmasında (2014) ise bu eğitim konusu "sağlık mesleği mensupları bu konuda eğitilmeli hatta tıp fakültelerine Sağlık Hukuku dersleri konularak, kişisel verilerin korunması gerekliliği ve korunmamasının sonuçları hem hukuki hem de meslek etiği yönünden geleceğin hekimlerine daha ilk aşamada öğretilmelidir" şeklinde ele alınmıştır (11). Bu yaklaşım tüm çalışanlara mahremiyet eğitimleri

verilmelidir yaklaşımımızı desteklemektedir.

Öztürk ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada "Kişisel veriler ulaşımı engelleyici önlemlerin artırılması, hastanın istemi halinde aynı cinsiyette personel görevlendirme konusunda çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir" sonucuna ulaşılmıştır (12). Bu çalışmada da aynı öneride bulunulabilir.

Aydemir tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada "hastanelere başvuran hastaların mahremiyet gereksinimine tüm muayenelerde, tüm girişimsel işlemlerde ve tüm tıbbi tedavilerde azami düzeyde özen gösterilmektedir" ve "hastanelerin genelinde hastaların tıbbi kayıtlarının mahremiyet gereksinimine tüm muayenelerde, tıbbi müdahalelerde ve diğer tüm işlemlerde maksimum düzeyde özen gösterilmektedir" sonuçlarına ulaşılmıştır (13). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar yukarıda bahsedilen çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Akten tarafından 2017 yılında çalışmada (7) en az bilgi sahibi olunan hakkın "Sağlık harcamalarımın kaynağının gizli tutulması hakkım vardır" (%34,6), sorusu olurken bu çalışmada en az bilgi sahibi olunan hakkın "Ölmem halinde bile sağlığımla ilgili bilgilerin kimsenin öğrenmemesi hakkım vardır" (%35,2) olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Mahremiyetin değerlendirilmesi

SORULAR	CEVAPLAR					
	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Yardımcı sağlık personeli her türlü tıbbi müdahale öncesi kendini tanıttı.	401	80,2	70	14	29	5,8
Doktorlar her türlü tıbbi müdahale öncesi kendini tanıttı.	426	85,2	51	10,2	23	4,6
Çalışanlar kimlik kartı takıyordu.	480	96	7	1,4	13	2,6
Çalışanların kimlik kartları uzaktan okunabilecek şekildeydi.	426	85,2	49	9,8	25	5
Sağlık personeli odanın kapısı kapalıyken girmeden önce izin istedi.	399	79,8	47	9,4	54	10,8
Temizlik personeli temizlik için odaya girmeden önce izin istedi.	391	78,2	39	7,8	70	14
Elbiselerimi ve özel eşyalarımı koyabileceğim kilimli bir dolabım vardı.	396	79,2	71	14,2	33	6,6
Hastanede kullandığımız tuvaletler kadın ve erkek olarak ayrı şekildeydi.	488	97,6	6	1,2	6	1,2
Hastanede kullandığımız banyolar kadın ve erkek olarak ayrı şekildeydi.	486	97,2	7	1,4	7	1,4
Kaldığım oda da gerektiğinde kullanabileceğim perde ya da paravanlar vardı.	489	97,8	4	0,8	7	1,4
Röntgen bölümünde film çektirirken odada röntgen teknisyeninden başka kimse yoktu.	469	93,8	7	1,4	24	4,8
Röntgen bölümünde film çektirirken odada soyunma ve giyinme kabini vardı.	471	94,2	8	1,8	21	4,2
Röntgen çekilmeden önce bana neler yapmam gerektiği konusunda bilgi verildi.	425	85	42	8,4	33	6,6
Hastaneden ayrılırken taburculuk bilgi notu bana hekimim tarafından verildi.	431	86,2	33	6,6	36	7,2
Tıbbi müdahale öncesi onamım hekimim tarafından alındı.	479	95,8	4	0,8	17	3,4
Kaldığım odada hekimim ile görüşürken diğer hastalar beni ve hekimimi duyuyordu.	261	52,2	171	34,2	68	13,6
Servise yatmadan önce muayene olduğum Poliklinikte sağlık çalışanları dışında kimse yoktu.	466	93,2	24	4,8	10	2
Serviste kaldığım sürece benimle ilgili sağlık bilgilerinin olduğu dosya yatağıma takılı ve herkesin görebileceği şekildeydi.	115	23	289	57,8	96	19,2
Diğer hastaların mahremiyetini ihlal etmemem için bana bilgi verildi.	371	74,2	101	20,2	28	5,6
Kişisel sağlık bilgilerim başka bir hekim ya da hemşire ile paylaşılmadan önce benden izin alındı	298	59,6	108	21,6	94	18,8
Temizlik personeli temizlik yaparken mahremiyetime dikkat etti.	396	79,2	79	15,8	25	5
Kaldığım oda kişisel mahremiyetimi sağlayacak şekildeydi.	413	82,6	59	11,8	28	5,6
Kaldığım serviste mahremiyetimi ihlal etmeyecek şekilde kullanabileceğim banyo vardı.	429	85,8	43	8,6	28	5,6
Kaldığım odada bana tıbbi müdahale yapılırken diğer hastalar ve refakatçilerin görmeyeceği şekilde düzenlenmişti.	419	83,8	39	7,8	42	8,4
Kaldığım odada mahremiyetimi ihlal etmeden üzerimdekileri değiştirebildim.	458	91,6	11	2,2	31	6,2
Röntgen çektirirken elbiselerimi çıkarttıktan sonra üzerime giydiğim giysi mahremiyetimi sağlamaya yeterliydi.	418	83,6	21	4,2	61	12,2
Kaldığım serviste ziyaret saatleri düzenlenmiş ve buna uyulması sağlanmıştı.	471	94,2	9	1,8	20	4
Gelen ziyaretçilerin dikkat etmesi gereken hususlar onlara hatırlatılıyordu.	419	83,8	11	2,2	70	14
Ziyaret saatleri ve kuralları bana ve diğer hastalara anlatıldı.	438	87,6	19	3,8	43	8,6
Kaldığım odada kişisel sağlık bilgilerim ile ilgili bana bilgi verilirken diğer hastalar ve refakatçilerin duymayacağı şekilde düzenlenmişti.	379	75,8	27	5,4	94	18,8
Hemşireler birbirlerine benim hakkımda bilgi verirken odamdaki diğer hastalar anlatılanları duymadı.	388	77,6	66	13,2	46	9,2
Tedavi gördüğüm dönem başka hastanın kişisel sağlık bilgilerini istemeyerek de olsa duydum.	296	59,2	57	11,4	147	29,4
Hemşireler tedavi esnasında benim kişisel mahremiyetimi koruyacak tarzda davrandılar	445	89	17	3,4	38	7,6
İdrar boşaltımı için hemşireler bana sürgü / ördek verirken ve yardım ederken kişisel mahremiyetime özen gösterdi.	464	92,8	21	4,2	15	3
Hastanede tedavi olurken odamda başkalarının olması yüzünden sağlık çalışanlarına bazen soracağım soruları sormadım.	266	53,2	189	39,6	45	9
Bana tıbbi müdahale yapılması esnasında odada sağlık çalışanları dışında hasta ve yakını yoktu.	396	79,2	32	6,4	72	14,4
Ameliyata giderken hastalara giydirilen giysi mahremiyetlerini korumak açısından uygundu	401	80,2	32	6,4	67	13,4
Ameliyat sonrası hastalar odaya getirilirken kişisel mahremiyetlerine dikkat edilecek şekilde getirildi	447	89,4	18	3,6	35	7
Klinikte ameliyat elbiseleri ile gelen hastalar ilk ayağa kaldırıldığında üzerindeki kişisel mahremiyeti sağlayamaya uygun giysilerdi	408	81,6	17	3,4	75	15

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Mahremiyet geniş kapsamlı bir konudur. Sağlık sektöründe hasta mahremiyeti konu başlıklarından bazıları; poliklinik muayene alanında paravan kullanılması, muayene odasında hasta varken başka hasta alınmaması, muayeneye tek tek alınması, kan alma ünitesinde paravan kullanılması, görüntüleme ünitelerinde, diyaliz, kemoterapi ünitelerinde, emzirme odalarında mahremiyete uygun davranılması, kliniklerde, yoğun bakımlarda, müşahede odalarında perde veya paravan kullanılması, hasta dosyalarına ilgili kişiler dışında erişimin engellenmesi, çalışanların hastalar ile ilgili edindiği bilgileri saklamalarıdır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalara anket uygulanarak hasta bakış açısı ile mahremiyete dikkat edilme durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Demografik verilerden elde edilen sonuçlara göre araştırmaya katılan 500 hastanın; 261'inin (%52,2) kadın, 126'sının (% 25,2) 40-49 yaş aralığında, 218'inin (%43,6) lise mezunu, 281'inin ise (%56,2) evli olduğu,
- Hasta mahremiyeti envanteri 2. bölümünde hastaların mahremiyete bilgi düzeyleri sorgulanmıştır. Veriler değerlendirildiğinde; yatan hastaların en çok evet yanıtı verdikleri soru, %96,4 (482) ile "Yakınlarımla beni ziyaret edebilmesi hakkım vardır" sorusu olmuştur. En çok hayır cevabı verilen soru, %20,8 (104) ile "Tıbben bir sakıncası bulunmayan hallerde yanımda bir yakınımın bulunmasına izin verilmesi hakkım vardır" sorusudur. En çok bilmiyorum cevabı verilen sorunun %33 (165) ile "Sağlık harcamalarımla kaynağının gizli tutulması hakkım vardır" sorusu olmuştur.
- Hasta mahremiyeti envanterinin 3. bölümünde hasta mahremiyetinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Veriler değerlendirildiğinde; en çok evet yanıtı verilen sorunun, %97,8 (489) ile "Kaldığım oda da gerektiğinde kullanabileceğim perde ya da paravanlar vardı" sorusu olduğu, en çok hayır cevabı verilen sorunun, %57,8 (289) "Serviste kaldığım sürece benimle ilgili sağlık bilgilerinin olduğu dosya yatağıma takılı ve herkesin görebileceği şekildeydi" sorusu olduğu, en çok bilmiyorum cevabı verilen sorunun ise %29,4 (147) ile "Tedavi gördüğüm dönem başka hastanın kişisel sağlık bilgilerini istemeyerek de olsa duydum" sorusudur.

Çalışmanın sonucunda Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hastaların değerlendirmesi ile tespit edilen sonuçlara göre; hastaların mahremiyet bilgi düzeylerinin ortalama %73,9 olduğu, mahremiyetin değerlendirmesinin ortalama % 81,6 olduğu, yatan hastaların, kurum çalışanları tarafından, mahremiyetlerine özen gösterildiğini düşündükleri tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara paralel olarak aşağıdaki öneriler değerlendirilmelidir:

-Mahremiyet konusu denilince sadece fiziksel mahremiyet anlaşılmalı bilgi mahremiyeti de ayrı bir başlık halinde ele alınmalıdır.

-Kişisel veriler ulaşımı engelleyici önlemlerin artırılması

-Sağlık hizmetinin sunumunda, hastaların bilgi mahremiyetine özen gösterilmesi, hasta bilgilendirmeleri ve hastaların sorularının cevaplandırılması aşamalarında ortamda başka kimselerin olmaması konusunda hassasiyet gösterilmesi

-Hizmetin sürekliliği, hasta ve çalışan sirkülasyonunun fazla olmasından dolayı ayrıca çalışanlara hatırlatma olması nedeniyle tüm sağlık çalışanlarına, hiçbir meslek mensubunu ayırt etmeden, hasta mahremiyeti konulu eğitimler verilmeli ve eğitimlerin devamlılığı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Çetinalp,H.,“Hasta Mahremiyeti”,(Erişim Tarihi:24.10.2017)
2. <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hastamahremiyeti/>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015), Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Hastane Seti, Versiyon 5.1, s:9
4. Yüksel, Y.D. (2015) “Mahremiyet Hakkı ve Sosyo-Tarihsel Gelişimi”. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi, 58(1), 182.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (15/07/2016) Genelge, Hasta Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi, Sayı: 54567092-641-99-3104
6. Deryal Y. (1-3 Kasım 2007) Hastanın özel yaşamına saygı hakkının iki boyutu: Hasta sırrının korunması ve beden mahremiyeti, Ankara Barosu Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Sağlık Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, Ankara, 71-84.
7. İzgi M.C. (2014) Mahremiyet kavramı bağlamında kişisel sağlık verileri, Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(1):25-37.
8. Akten R. (2017) Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği), s:45-220
9. Aksoy, Ş., (2013) Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Hasta Haklarında Mahremiyet Ve Özel Hayatın Gizliliği, s:22
10. Erbil, N., Şenkul, A., Sağlam Y., & Ergül, N. (2008) Determination Of Attitudes With Gynecologic Examination And Anxiety Of Turkish Women Before Gynecologic Examination. International Journal of Human Sciences, 5 (1), 1-5.
11. Lemonidou, Chryssoula,- Merkouris, Anastasios,-Leino-Kilpi, Helena,- Välimäki, Maritta,- Dassen,Theo,- Gasull, Maria,- Scott, Anne P,- Tafas, Cheryl and Arndt, Marianne, (2003) A comparison of surgical patients’ and nurses’ perceptions of patients’ autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions, Clinical Effectiveness in Nursing, Vol. 7, No 2, June, pp. 73–83.
12. Dülger, Murat Volkan, (2014) Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması Ve Hasta Mahremiyeti, İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,: Cilt 1, No. 2, Sayfa: 43-81.
13. Öztürk, Havva,- Bahçecik, Nefise ve Özçelik, Kumral Semanur , (2014) “Hemşirelerin Hasta Mahremiyetine Özen Gösterme Durumu”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, , Cilt 30, No.3, sayfa: 19-31.
14. Aydemir, İ. (2010) Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara,160-178

Araştırma / Research Article



Halk sağlığı bilgi kaynağı olarak gazeteler: Sağlıkla ilgili haberlerin analizi

Newspapers as a source of public health information: Analysis of health-related news

Hasim Çapar¹, Cuma Çakmak²

¹İstanbul Sabahattin Zaim

Üniversitesi, İstanbul

²Hacettepe Üniversitesi, Sağlık
Yönetimi Bölümü, Ankara

Anahtar Kelimeler:

Gazete Sağlık Haberleri, Halk Sağlığı
Bilgi Kaynakları, Sağlık Haberleri
İçerik Analizi

Key Words:

Health news of newspapers, Public
health information sources, Health
news content analysis

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Hasim Çapar,
İstanbul Sabahattin Zaim
Üniversitesi, İstanbul
hasim.capar@izu.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
09.10.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
05.12.2018

Yayımlanma Tarihi/Published
Online:
31.03.2019

ÖZET

Giriş ve amaç: Bu çalışmada, tirajı yüksek üç ulusal gazetenin sağlıkla ilgili haberlerinin içeriği analiz edilerek, Türkiye’de basın sağlığı haberlerine yönelik algısına ışık tutmaktadır. **Gereç ve yöntem:** Bu çalışma, 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasındaki üç yıllık dönemde, Türkiye’de basılan yüksek tirajlı gazetelerde yer alan sağlık haberlerinin sistematik olarak içerik analizinin yapıldığı nitel bir araştırmadır. Araştırma kapsamına alınan gazetelerin internet sitelerindeki arama motorlarına “sağlık haberleri” yazılarak arama yapılmıştır. Çalışma kapsamında 3759 sağlık haberi analiz edilmiştir. Bu analizler sonucunda, gerek çalışmanın kapsamı gerek ise belirlenen değişkenler dikkate alınarak sadece 721 haberin analize uygun olduğu görülmüştür. **Bulgular:** İncelenen sağlık haberlerinin sırasıyla; çocuk sağlığı (% 68,5), halk sağlığı (% 66,7), yetişkin sağlığı (% 60,2), onkoloji (% 59,4) ve koruyucu sağlık hizmetleri (% 57) ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Bulaşıcı olma durumuna göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok bulaşıcı olmayan hastalıklar (%55,3), en az ise bulaşıcı olan hastalıklar (%31,6) ile ilgili olduğu görülmüştür. Haberin kaynağına göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok muhabir (%49,7) tarafından servis edildiği, en az ise haberin yapıldığı alandaki akademisyen tarafından servis edildiği (%25,1) görülmüştür. **Sonuç:** Koruyucu sağlık hizmetlerinde artışın olması ve diğer faktörlerin etkisi bulaşıcı olmayan hastalıkların artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Halkın sağlık bilincinin artmış olması ve halkın kendini kötü sağlık koşullarına karşı koruma isteği sonucu halkın ilgisinin koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmiş olabileceği düşünülmektedir. Son yıllarda tıp teknolojisinde yaşanan gelişmelerin bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık haberlerinin gündemini oluşturması tesadüfi değil, kaçınılmaz bir sonuçtur.

ABSTRACT

Introduction and objective: This study analyzed the content of the circulation of the three highest national newspaper articles about health, health news shed light on the perception of the press in Turkey. **Materials and methods:** In this study, the three-year period 1 January 2015 to 31 December 2017 is systematic research as a qualitative content analysis was made of the high-circulation printed located health news in the newspapers in Turkey. Search engines on the web sites of the newspapers that are covered by the research have been searched by typing “health news”. 3759 health reports were analyzed. As a result of these analyzes, only 721 news were found to be suitable for analysis considering both the scope of the study and the determined variables. **Results:** The review of health news; children’s health (68.5%), public health (66.7%), adult health (60.2%), oncology (59.4%) and preventive health care (57%) were found to be related. Health news, which is examined under the category of health news, is the most infectious diseases (55.3%) and at least infectious diseases (31.6%). According to the source of the news, Health News examined under the category of health reports, the most correspondents (49.7%) were served by the academicians in the area where the news was served (25.1%) was seen. **Conclusion:** The increase in preventive health services and the effect of other factors are thought to be related to the increase of noncommunicable diseases. It is thought that the public’s interest in health care may be directed towards preventive health care as a result of increased awareness of the people and the Public’s desire to protect themselves against poor health conditions. In recent years, the developments in medical technology in Turkey as well as the agenda of Health news is not coincidental, is an inevitable outcome.

GİRİŞ VE AMAÇ

Medya, kitlelere sağlıkla ilgili bilgi verme rolünü üstlendiği günden beri, takip edilen önemli bir sağlık iletişim platformu olarak görülmektedir. Teknolojik gelişmeler sonucunda, kitle iletişim araçlarının çeşitlendiği günümüzde; 21. yüzyılın en önemli dış bilgi kaynaklarından birisi olma durumunu koruyan

gazeteler, dijital habercilikle birlikte eski gücünü kaybetmiş olsa da hala en önemli dış bilgi kaynağı olarak görülmektedir. Gazete haberlerinin, halkı aydınlatma, bilgi verme ve sağlık gibi önemli bir kaynağının korunması sürecinde kitlelere bilgi verme gücü göz önüne alındığında gazetelerde yayınlanan sağlık haberlerinin ne kadar önemli olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Örneğin, Birleşik Devletlerde nüfusunun

yarısından fazlasının, gazeteleri en önemli sağlık bilgisi kaynağı olarak tanımladığı belirtilmektedir (1). Sağlık profesyonelleri ile toplum arasında var olduğu düşünülen bilgi asimetrisinin de kısmen de olsa ortadan kaldırılmasında payı olduğu ifade edilen gazetelerde yer alan sağlık haberlerinin, gerek kapsadığı konularla gerek ise içerikleri ile son yıllarda önemli hale geldiği ifade edilmektedir (2).

Gazetelerin bütün dünyada ortaya çıkan teknolojik değişim, dönüşüm ve gelişimin sonucunda etkisini kısmen de olsa yitirmesine karşın, kitlelerin sağlıkla ilgili tutum, davranış ve algılarını değiştirebilecek potansiyel güce sahip olduğu ifade edilmektedir (3). Gazete haberlerinin halk için önemli bir sağlık kaynağı haline geldiği ve bu nedenle bireylerin sağlık konuları hakkındaki görüş ve kararlarının oluşturulmasında da hayati önem taşıdığı ifade edilmektedir (4). Gazetelerin, bilgi aktarma aracı olarak kitlelerin tutum, davranış ve algılarını değiştirebilecek potansiyele sahip olduğu aşikârdır. Yazılı basın araçlarının bu denli etkili olan gücünden dolayı sağlıkla ilgili her haberin kapsamı ve içeriği bu kapsam ve içeriğin etik boyutu, içeriğin kimler tarafından hazırlandığı, gerçek bir haber olup olmadığı, daha çok hangi sağlık dalı ile ilgili olduğu da önemli hale gelmektedir (5).

Bir toplumun sağlık statüsünün iyileştirilmesinin, tek başına sağlık hizmetlerinin artırılması ile mümkün olmayacağı bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve niceliğini arttırmanın yanında kişilerin kendi sağlıklarını korumak için bilgilendirilip bilinçlendirilmeleri de önemli hale gelmektedir. Ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları bütçeler, her geçen gün artış göstermektedir. Ancak sağlığa ayrılan kaynakların artması ile doğru orantılı olarak sağlıklı bir toplumun da her zaman mümkün olamayacağı bilinmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha ucuz olduğu düşünüldüğünde, bireyin kendi sağlığını korumak için var olan bilgi kaynaklarına başvurması toplumun sağlık statüsünü arttıracacağı ifade edilebilir. Gazetelerde yayınlanan sağlık haberlerinin gerçek, etik ve etkili olarak ele alınan konu ile ilgili bilgilendirici olması toplumun sağlık eğitimini arttıracacağı, eğitimli bir toplumun da sağlık statüsünün artacağı belirtilebilir (6). Toplumun sağlık statüsünü olumlu veya olumsuz olarak değiştirme potansiyeline sahip olan yazılı medya türlerinden biri olan gazeteler, toplumun büyük bir kesiminin sağlığı ile ilgili bilgi aldığı önemli dış bilgi kaynaklarından biri olma özelliğini korumaktadır (7). Hernandez ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, Hollanda ve Birleşik Krallık'taki Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) kullanıcılarında meydana gelen zamansal bir düşüşünün medya kapsamı ve düzenleyici uyarıların birleşik etkisi ile ilişkili olduğu ortaya

koyulmuştur (8). Bir başka çalışmada ise, İrlanda'da reçete edilen Cotrimoxazole adlı ilaçtaki azalmanın, medya aracılığı ile ilacın negatif etkilerini bildirdiği zamanda ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu nedenle, "medyanın birçok durumda düzenleyici otoriteler tarafından sağlanan bilgilerden (Kamu spotları, halk için düzenlenen bilgi seminerleri ve eğitimler, konu ile ilgili broşür ve el kitapçıkları vs.) daha büyük bir etkiye sahip olduğu" iddia edilmektedir (9). Dolayısıyla, yazılı ve görsel medya aracılığı topluma sunulan sağlık bilgilerinin, sağlık profesyonellerinin sunduğu sağlık bilgisinden daha fazla etkiye sahip olduğu söylenebilmektedir (10).

Toplumun sağlık algısını etkilemede önemli bir güç olan gazetelerde servis edilen sağlık haberlerinin toplum üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir. Sağlık söz konusu olunca verilen kararların önemi artmaktadır. Bu bağlamda, sunulan sağlık haberlerinin gerçek haberler olması ve toplumu yanıltmaması önem arz etmektedir. Sağlık haberleri ile topluma sunulan bilgilerin telafisi olmayan sağlık hatalarına sebebiyet vermemesi, bilgi kirliliği yaratmaması için özenle hazırlanması hayati önem taşımaktadır (3).

Gazeteler vasıtası ile verilen sağlık haberlerinin toplum üzerindeki etki gücü dikkate alındığında, halk sağlığını olumlu veya olumsuz olarak etkileme gücüne sahip bu dış bilgi kaynakları ile ilgili akla şu sorular gelmektedir: Basın aracılığı ile sunulan sağlık haberlerinin içerikleri en çok ne ile ilgilidir? Sunulan sağlık haberleri kimler tarafından oluşturulmaktadır? Sağlık haberleri daha çok toplumun hangi kesimine hitap etmektedir? Sağlık haberleri daha çok hangi sağlık hizmeti türü ile ilgilidir? Sağlık haberleri etik, gerçekçi ve inandırıcı mıdır? Her ne kadar mevcut çalışma ile bütün bu soruları kesin olarak cevaplamak mümkün olmasa da kısmen de olsa bu soruların cevaplanması gerektiği bu çalışmanın problemi olarak ele alınmıştır.

Bu çalışmanın amacı, bahse konu olan sorular üzerinden tirajı yüksek üç ulusal gazetenin sağlıkla ilgili haberlerinin içerik analizi yapılarak, Türkiye'de basının sağlık haberleri algısına ışık tutmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasındaki üç yıllık dönemde, Türkiye'de basılan yüksek tirajlı gazetelerde yer alan sağlık haberlerinin sistematik olarak içerik analizinin yapıldığı nitel bir araştırmadır.

Araştırma kapsamına alınan gazetelerin seçiminde günlük tiraj miktarları kriter olarak belirlenmiştir (11). Günlük tiraj değerlendirilirken, Basın İlan Kurumu'nun resmi internet sitesindeki verilerden yararlanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gazetelerin internet sitelerindeki arama motorlarına “sağlık haberleri” yazılarak arama yapılmıştır. Arama sonucunda çıkan haberler, iki araştırmacı tarafından detaylı bir şekilde okunmuş ve önce hazırlanan, belirli değişkenleri içeren Excel dosyasına aktarılmıştır. Filtreleme sonucunda elde edilen sağlıkla ilgili haberler, Excel dosyasına girişleri belirlenen değişkenlerle ilgili olup olmaması durumuna göre ayrılmıştır. Excel dosyasına aktarılan her haber, yapılan içerik analizi sonucunda; ilgili değişken ile alakalı ise “1”, değil ise “2” şeklinde kodlanmıştır.

1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2017 tarihleri arasındaki üç yıllık dönemde toplamda 3759 sağlık haberlerine ulaşılmıştır. Bu analizler sonucunda, gerek çalışmanın kapsamı, gerek ise belirlenen değişkenler dikkate alınarak sadece 721 haber analize uygun olduğu görülmüştür.

Her çalışmada olduğu gibi bu çalışmanın da bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. En önemli kısıtlılardan

biri, gazetelerin asıl basılı nüshaları üzerinden değil internet sayfaları üzerinden taranmış olmasıdır. Sadece tirajı yüksek üç ulusal gazetenin çalışmaya dâhil edilmiş olması, Televizyon-radyo kanallarının, yerel gazetelerin dâhil edilmemiş olması bu çalışmanın başka bir kısıtını oluşturmaktadır. Bir diğer kısıt ise, basındaki sağlık haberlerinin içerik analizi ile ilgili tanımlanmış standart bir yöntemin olmamasıdır. Bu çalışmanın sonuçları, bu kısıtlılıklar çerçevesinde değerlendirilmelidir.

BULGULAR

Bu alt bölümde gazetelerin sağlık haberlerinden derlenen verilerin analizi gerçekleştirilecektir. Verilerin analizi temelde iki ayrı alt analiz şeklinde yapıldı. Bu analizlerin ilki, tanımlayıcı analizler, ikincisi ise, sonuca bağlayıcı analizlerdir. Analizlerin yapılmasında Microsoft Office Excel ve IBM SPSS 25 Paket Programı (12) kullanıldı.

Tablo 1. İncelenen Sağlık Haberlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Evet (%)	Hayır (%)	Değişkenler	Evet (%)	Hayır (%)
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	57,0	43,0	Acil Servis	40,1	59,9
Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	48,3	51,7	Kronik Hastalıklar	39,0	61,0
Tanı ve Teşhis	32,2	67,8	Vitaminler	31,2	68,8
Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	33,3	66,7	İyileştiren Bitkiler	26,8	73,2
Türkiye’de Olan Bir Tedavi	43,1	56,9	Ruhsatlı İlaç	30,8	69,2
Türkiye’de Olmayan Bir Tedavi	28,6	71,4	Ruhsatsız İlaç	15,8	84,2
Tıp Teknolojisi	47,2	52,8	Nöroloji	20,1	79,9
Halk Sağlığı	66,7	33,3	Kadınlar	21,9	78,1
Çocuk Sağlığı	68,5	31,5	Erkekler	21,8	78,2
Yetişkin Sağlığı	60,2	39,8	Eğitim	45,2	54,8
Bulaşıcı Hastalıklar	31,6	68,4	Göz Hastalıkları	38,3	61,7
Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar	55,3	44,7	Organ Nakli	42,6	57,4
Beslenme Sağlığı	28,6	71,4	Diş Hastalıkları	22,5	77,5
Yanlış Tıbbi Uygulama	30,8	69,2	KBB	14,1	85,9
Sağlık Sistemi	39,0	61,0	Üroloji	16,0	84,0
Sağlık Yönetimi	35,6	64,4	Araştırma	16,8	83,2
Personel	18,7	81,3	Tarım İlaçları	13,0	87,0
Yaralanma	11,8	88,2	Çevre Kirliliği	13,0	87,0
Ölüm	21,1	78,9	Yaşam Tarzı	10,7	89,3
İyileşme	33,6	66,4	Sosyo-Ekonomik Durumlar	10,1	89,9
Hastane	29,8	70,2	Aşılama	11,2	88,8
Akademik	25,1	74,9	İlaç	9,4	90,6
Uzman	31,6	68,4	Kozmetik	11,2	88,8
Muhabir	49,7	50,3	Geleneksel Tıp	15,4	84,5
Kalp-Damar	55,3	44,7	Psikoloji	4,9	95,1
Onkoloji	59,4	40,6	Dezavantajlı Gruplar	10,1	89,9
Kadın-Doğum	43,3	56,7	Sağlığı Etkileyen Diğer Faktörler	5,0	95,0
Dâhiliye	45,1	54,9	Sağlık Sigortası	2,4	97,6
Cildiye	35,9	64,1	Sağlık Ekonomisi	3,5	96,5
Ortopedi	36,8	63,2	Sağlık Harcamaları	6,4	93,6
Fizik Tedavi	42,6	57,4	Sağlık Politikaları	7,4	92,6

Tanımlayıcı Analizler

Tanımlayıcı analizler, var olan durumun fotoğrafını çekmektir. Bu bağlamda, belirlenen her bir değişken ile ilgili haberlerin olup olmadığının ortaya koyulması tanımlayıcı analiz kapsamında değerlendirilmektedir. Analiz edilen 721 haberin her bir değişken ile ilgili olma durumuna bakılmış ve her bir haber, değişkenle ilgili ise karşısına “evet”, değil ise “hayır” yazılarak yüzdeleri elde edilmiştir.

Tablo 1'e bakıldığında, incelenen sağlık haberlerinin en çok % 68,5'lik bir oran ile çocuk sağlığı ile ilgili, % 66,7'lik bir oran ile halk sağlığı ile ilgili, % 60,2'lik bir oran ile yetişkin sağlığı ile ilgili, % 59,4'lük bir oran ile onkoloji ile ilgili ve % 57'lik bir oran ile koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili olduğu görülmektedir. Ayrıca Tablo 1, detaylı incelendiğinde, incelenen sağlık haberlerinin en az % 2,4'lük bir oran ile sağlık sigortası ile ilgili olduğu, % 3,5'lik bir oran ile sağlık ekonomisi ile ilgili olduğu, % 4,9'luk bir oran ile psikoloji ile ilgili olduğu, % 5'lik bir oran ile sağlığı etkileyen diğer faktörler ile ilgili olduğu, % 6,4'lük bir oran ile sağlık harcamaları ile ilgili olduğu görülmektedir. Sağlık iletişimi açısından oldukça önemli olan gazete haberlerinin bilgilendirme işlevi, toplumun sağlık hakkındaki tutum ve düşüncelerini değiştirme potansiyeline sahiptir (13). Bu bağlamda Tablo 1'den elde edilen veriler ışığında, gazeteci ve muhabirlerin halkın tutum ve davranışlarını değiştirme potansiyeline sahip olan gazetelerin sağlık haberlerini, direkt olarak halk sağlığına yönelik olarak hazırladıkları söylenebilir. Ayrıca her ne kadar, toplumun sağlığını etkileyen önemli bir araç olsa da direkt olarak halkın ilgisini çekmediği için sağlık sigortasının en az haber konusu olduğu söylenebilir. Tablo 1'e bakıldığında incelenen sağlık haberlerinin, % 59,4'lük bir oran ile onkoloji ile ilgili haberler olduğu, ayrıca % 57'lik bir oran ile koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili olduğu görülmektedir.

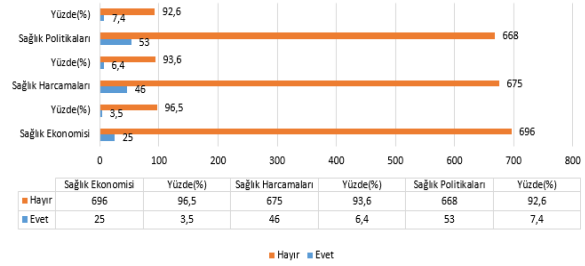
Sonuçta Bağlayıcı Analizler

Sağlık haberciliğinin analizi için daha önce belirlenmiş bütün değişkenlerin, araştırmacılar tarafından birbiri ile ilişkili olma durumlarına göre belirli kategorilerdeki alt başlıklara ayrılması kararlaştırılmıştır. Bu alt bölümde, daha önce belirlenmiş olan birbiri ile ilişkili alt başlıklar analiz edilmeye çalışılacaktır.

Sağlık Ekonomisi ve Politikaları

Sağlık ekonomisi ve politikaları kapsamına giren: *sağlık politikaları, sağlık harcamaları ve sağlık ekonomisi* değişkenlerinin sağlık ekonomisi adı altındaki analiz, *Grafik 1*'de gösterilmektedir. *Grafik 1*'e bakıldığında, incelenen *sağlık ekonomisi ve politikaları* kategorisi

altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok sağlık politikaları (%7,4) ile ilgili olduğu, en az ise sağlık ekonomisi (%3,5) ile ilgili olduğu görülmektedir.

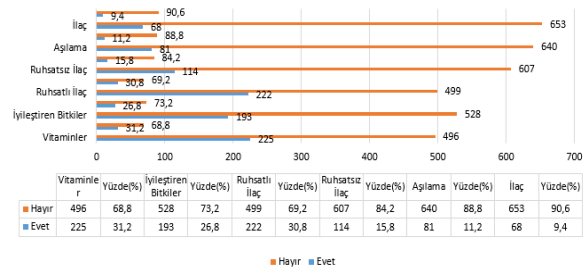


Grafik 1. Sağlık Ekonomisi ve Politikaları ile ilgili Haberlerin Analizi

Sağlık ekonomisi ve politikaları, toplumun sağlık statüsünü direkt olarak etkileyen önemli bir sağlık statüsü belirleyicisidir (14).

İlaç ve Vitaminler

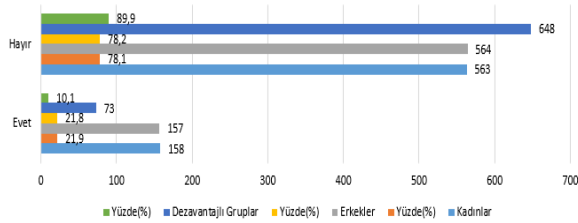
İlaç ve vitaminler kapsamına giren: *vitaminler, iyileştiren bitkiler, ruhsatlı ilaç, ruhsatsız ilaç ve aşılama* değişkenlerinin *ilaç ve vitaminler* adı altındaki analiz, *Grafik 2*'de gösterilmektedir. *Grafik 2*'ye bakıldığında, incelenen *ilaç ve vitaminler* kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok vitaminler (%31,2) ile ilgili olduğu, en az ise ilaç (%9,4) ile ilgili olduğu görülmektedir.



Grafik 2. İlaç ve Vitaminlerle ilgili Haberlerin Analizi

Toplumun Kesimleri

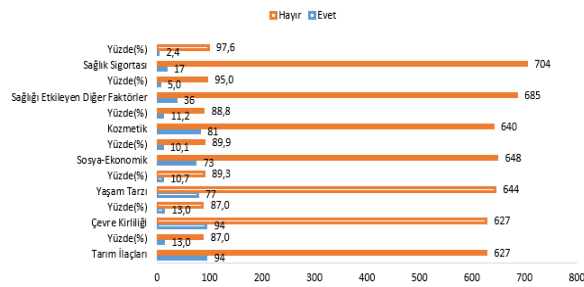
Toplumun kesimleri kapsamına giren: *erkekler, kadınlar ve dezavantajlı gruplar* değişkenlerinin *toplumun kesimleri* adı altındaki analiz, *Grafik 3*'te gösterilmektedir. *Grafik 3*'e bakıldığında, *toplumun kesimleri* kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok kadınlarla (%21,9) ile ilgili olduğu, en az ise dezavantajlı gruplarla (%10,1) ile ilgili olduğu görülmektedir. İncelenen sağlık haberlerinin toplumun kesimleri olan erkek (%21,8) ve kadınlarla (%21,9) neredeyse eşit sayıda ilişkili olduğu görülmektedir.



Grafik 3. Toplumun Kesimleri ile İlgili Haberlerin Analizi

Çevre ve Ekonomi ile İlgili

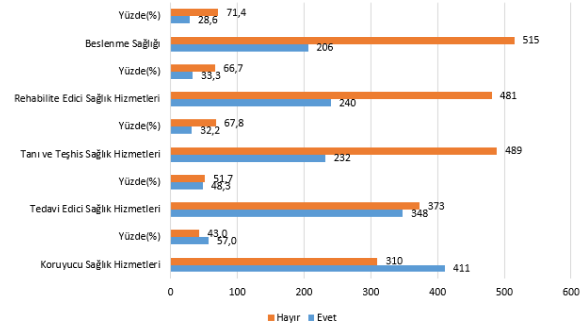
Çevre ve ekonomi kapsamına giren: *sağlık sigortası, sağlığı etkileyen diğer faktörler, kozmetik, sosyo-ekonomik, yaşam tarzı, çevre kirliliği, tarım ilaçları* değişkenlerinin çevre ve ekonomi adı altındaki analiz, Grafik 4'te gösterilmektedir. Grafik 4'e bakıldığında, çevre ve ekonomi kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok tarım ilaçları ve çevre kirliliği (%13,0) ile ilgili olduğu, en az ise sağlık sigortası (%2,4) ile ilgili olduğu görülmektedir. İncelenen sağlık haberlerinin *çevre ve ekonomi* ile ilgili olan kozmetik (%11,2) ve yaşam tarzı (%10,7) neredeyse eşit sayıda olduğu görülmektedir.



Grafik 4. Çevre ve Ekonomi ile İlgili Haberlerin Analizi

Hizmet Türüne Göre Sağlık Haberleri

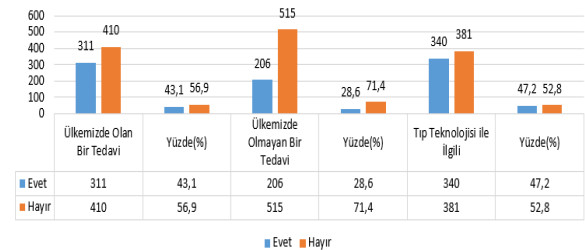
Hizmet türüne göre sağlık haberleri kapsamına giren: *koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, tanı ve teşhis ile ilgili sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve beslenme sağlığı ile ilgili sağlık haberleri* değişkenlerinin hizmet türüne göre sağlık haberleri adı altındaki analiz, Grafik 5'te gösterilmektedir. Grafik 5'e bakıldığında, hizmet türüne göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok koruyucu sağlık hizmetleri (%57,0) ile ilgili olduğu, en az ise beslenme sağlığı (%28,6) ile ilgili olduğu görülmektedir. Hizmet türüne göre incelenen sağlık haberlerinin, rehabilite edici sağlık hizmetleri (%33,3) ve tanı ve teşhis ile ilgili sağlık haberlerinin (%32,2) neredeyse eşit sayıda olduğu görülmektedir. Son yıllarda öz sağlıklarını korumak için e-sağlık okuryazarlık seviyesini arttırmaya çalışan bir toplum var (15).



Grafik 5. Hizmet Türüne Göre Analiz Edilen Sağlık Haberleri

Ülkede Bulunurluk Durumuna Göre Sağlık Haberleri

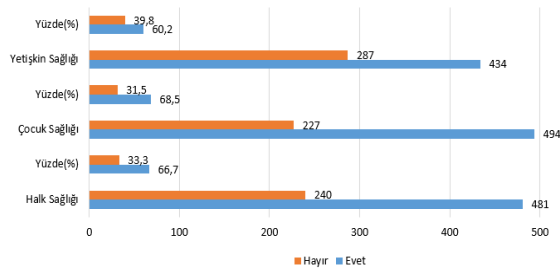
Ülkede bulunurluk durumuna göre sağlık haberleri kapsamına giren: *ülkemizde olan bir tedavi, ülkemizde olmayan bir tedavi ve tıp teknolojisi ile ilgili sağlık haberleri* değişkenlerinin ülkede bulunurluk durumuna göre sağlık haberleri adı altındaki analiz, Grafik 6'da gösterilmektedir. Grafik 6'ya bakıldığında, ülkede bulunurluk durumuna göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok tıp teknolojisi (%47,2) ile ilgili olduğu, en az ise ülkemizde olmayan bir tedavi (%28,6) ile ilgili olduğu görülmektedir. Ülkede bulunurluk durumuna göre incelenen sağlık haberlerinin, yalnızca % 43,1'i ülkemizde olan bir tedavi ile ilgili olduğu tespit edilmiştir.



Grafik 6. Ülkede Bulunurluk Durumuna Göre Analiz Edilen Sağlık Haberleri

Sağlık Haberlerinin Toplumun Alt Tabakalarına Göre Analizi

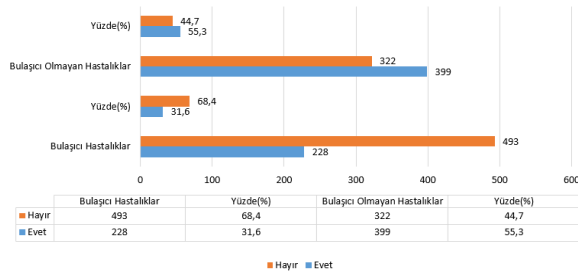
Toplumun alt tabakalarına göre sağlık haberleri kapsamına giren: *halk sağlığı, çocuk sağlığı ve yetişkin sağlığı* değişkenlerinin toplumun alt tabakalarına göre sağlık haberleri adı altındaki analiz, Grafik 7'de gösterilmektedir. Grafik 7'e bakıldığında, toplumun alt tabakalarına göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok çocuk sağlığı (%68,5) ve halk sağlığı (%66,7) ile ilgili olduğu, en az ise yetişkin sağlığı (%60,2) ile ilgili olduğu görülmektedir.



Grafik 7. Sağlık Haberlerinin Toplumun Alt Tabakalarına Göre Analizi

Bulaşıcı Olma Durumuna Göre Sağlık Haberlerinin Analizi

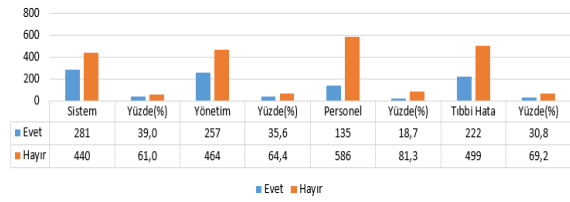
Bulaşıcı olma durumuna göre sağlık haberleri kapsamına giren: *Bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar* değişkenlerinin sağlık haberlerinin bulaşıcı olma durumuna göre sağlık haberleri adı altındaki analiz, *Grafik 8*'da gösterilmektedir. *Grafik 8*'a bakıldığında, bulaşıcı olma durumuna göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok bulaşıcı olmayan hastalıklar (%55,3) ile ilgili olduğu, en az ise bulaşıcı olan hastalıklar (%31,6) ile ilgili olduğu görülmektedir. Geçtiğimiz yüzyılın en önemli sağlık sorunları bulaşıcı olan hastalıklardı. Ancak günümüzdeki en önemli sağlık sorunları ise, bulaşıcı olmayan hastalıklardır (16).



Grafik 8. Bulaşıcı Olma Durumuna Göre Sağlık Haberlerinin Analizi

Yönetim, Sistem ve Tıbbi Hata ile İlgili Sağlık Haberlerinin Analizi

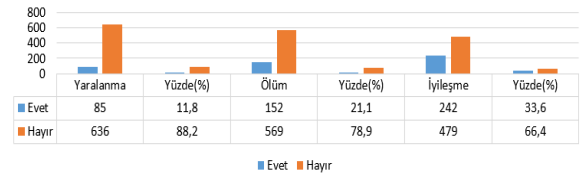
Yönetim, sistem ve tıbbi hata ile ilgili sağlık haberleri kapsamına giren: *sistem, yönetim, personel ve yanlış tıbbi uygulama* değişkenlerinin sağlık haberlerinin analizi, *Grafik 9*'da gösterilmektedir. *Grafik 9*'a bakıldığında, yönetim, sistem ve tıbbi hata ile ilgili olma durumuna göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok sağlık sistemi (%39,0) ile ilgili olduğu, en az ise sağlık personeli (%18,7) ile ilgili olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık haberlerinin analizi sonucu elde edilen veriler ışığında incelenen sağlık haberlerinin % 35,6'lık bir oran ile yönetim ile ilgili olduğu, % 30,8'lik bir oranla da tıbbi hatalarla ilgili olduğu tespit edildi.



Grafik 9. Yönetim, Sistem ve Tıbbi Hata ile İlgili Sağlık Haberlerinin Analizi

Yaralanma, Ölüm ve İyileşme ile İlgili Sağlık Haberlerinin Analizi

Yaralanma, ölüm ve iyileşme ile ilgili sağlık haberleri kapsamına giren: *yaralanma, ölüm ve iyileşme* değişkenlerinin sağlık haberlerinin analizi, *Grafik 10*'de gösterilmektedir. *Grafik 10*'e bakıldığında, yaralanma, ölüm ve iyileşme ile ilgili olma durumuna göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok iyileşme (%33,6) ile ilgili olduğu, en az ise yaralanma (%11,8) ile ilgili olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık haberlerinin analizi sonucu elde edilen veriler ışığında incelenen sağlık haberlerinin % 21,1'lik bir oran ile ölüm ile ilgili olduğu tespit edildi. Sağlık haberleri yapan muhabir ve gazetecilerin halk tarafından ilgi gördüğü için daha çok hastanelerde iyileşme gösteren vatandaşlarla ilgili haber yaptıklarından dolayı incelenen sağlık haberlerinin daha çok iyileşme ile ilgili sağlık haberlerinden oluştuğu düşünülmektedir.

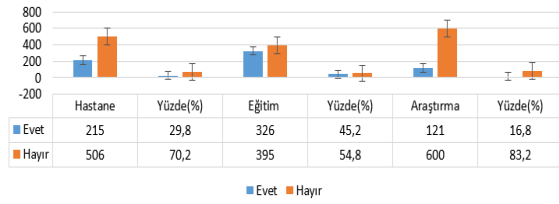


Grafik 10. Yaralanma, Ölüm ve İyileşme ile İlgili Sağlık Haberlerinin Analizi

Hastane, Eğitim ve Araştırma ile İlgili Sağlık Haberlerinin Analizi

Hastane, eğitim ve araştırma ile ilgili sağlık haberleri kapsamına giren: *hastane, eğitim ve araştırma* değişkenlerinin sağlık haberlerinin analizi, *Grafik 11*'de gösterilmektedir. *Grafik 11*'ye bakıldığında, hastane, eğitim ve araştırma ile ilgili olma durumuna göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok eğitim (%45,2) ile ilgili olduğu, en az ise araştırma (%16,8) ile ilgili olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık haberlerinin analizi sonucu elde edilen veriler ışığında incelenen sağlık haberlerinin % 29,8'lik bir oran ile hastanelerde meydana gelen durumlarla ilgili olduğu tespit edildi. İncelenen sağlık haberlerinin en çok sağlık eğitimi ile ilgili olması en az ise sağlık araştırmaları ile ilgili olmasının sağlık eğitiminin

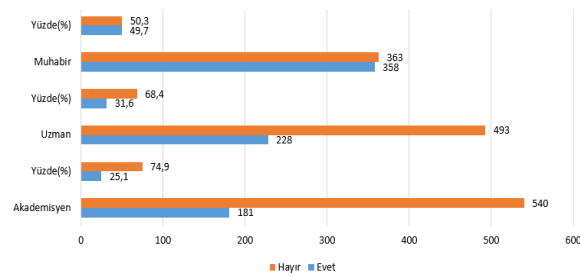
Türkiye’de son yıllarda önem kazanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.



Grafik 11. Hastane, Eğitim ve Araştırma ile İlgili Sağlık Haberlerinin Analizi

Haberin Kaynağına Göre Sağlık Haberlerinin Analizi

Haberin kaynağına göre sağlık haberleri kapsamına giren: *akademisyen, uzman ve muhabir* değişkenlerinin sağlık haberlerinin analizi, *Grafik 12*'te gösterilmektedir. *Grafik 12*'e bakıldığında, haberin kaynağına göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok muhabir (%49,7) tarafından servis edildiği, en az ise haberin yapıldığı alandaki akademisyen tarafından servis edildiği (%25,1) görülmektedir. Ayrıca sağlık haberlerinin % 31,6'lık bir oranın alanında uzman bir kişi tarafından servis edildiği tespit edildi. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de gazete haberlerinin kaynağı konusunda bir standardın olmaması ve çoğu zaman sağlık haberlerinin reyting kaygısı ile yapılıyor olması gibi nedenlerden dolayı incelenen sağlık haberlerinin daha çok gazete muhabirleri kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

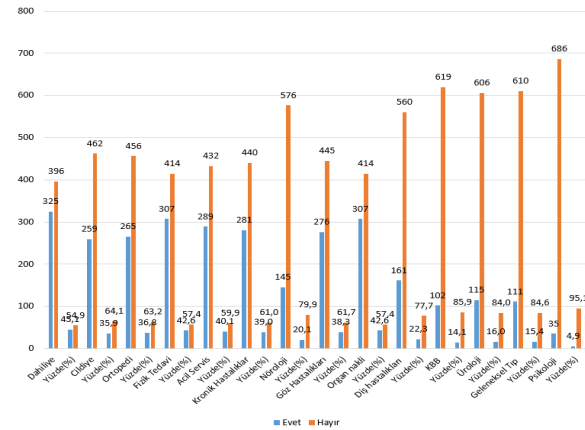


Grafik 12. Haberın Kaynağına Göre Sağlık Haberlerinin Analizi

Tıp Dalına Göre Sağlık Haberlerinin Analizi

Tıp dalına göre sağlık haberleri kapsamına giren: *dâhiliye, cildiye, ortopedi, fizik tedavi, acil servis, kronik hastalıklar, nöroloji, göz hastalıkları, organ nakli, diş hastalıkları, KBB, üroloji ve geleneksel tıp* değişkenlerinin sağlık haberlerinin analizi, *Grafik 13*'te gösterilmektedir. *Grafik 13*'e bakıldığında, tıp dalına göre sağlık haberleri kategorisi altında incelenen sağlık haberlerinin, en çok dâhiliye (%45,1) ile ilgili olduğu, en az ise psikoloji (%4,9) ile ilgili olduğu görülmektedir. Ayrıca bu çalışma kapsamında incelenen sağlık haberlerinin % 42,6'lık bir oranın fizik tedavi ile ilgili

olduğu, % 42,6'lık bir oranının organ nakli ile ilgili olduğu ve % 40,1'lik bir oranın da acil sağlık hizmetleri ile ilgili olduğu tespit edildi.



Grafik 13. Tıp Dalına Göre Sağlık Haberlerinin Analizi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Mevcut gelişim ve değişim sonucunda bile günümüzde 21. yüzyılın en önemli dış bilgi kaynaklarından birisi olma durumunu koruyan gazeteler, dijital habercilikle birlikte eski gücünü kısmen kaybetmiş olsa da hala en önemli dış bilgi kaynağı olarak kitlelere haber sağlayan yazılı basın yayın materyali olarak ilk sıralarda yer almaktadır.

Huang vd. tarafından 3,5 milyon haberin analizinin yapıldığı 1996/1997, 2008 ve 2016 yıllarını baz alan üçer yıllık dönemdeki bu analizlerin sonuçlarına göre, hastalık ve tıbbi durumlara değinen haber makalelerinin yüzdesi üçer yıllık dönem için sırasıyla; % 0,44, % 0,57 ve % 0,81'dir. Buna göre gazetelerde sağlıkla ilgili haber oranının kademeli olarak artış gösterdiği görülmektedir. Bu da, halkın sağlık haberlerine olan ilgisinin 1996 yılından bu yana arttığını göstermektedir. Bu haberlerde, malign neoplazm gibi bazı hastalıklar (% 34), diğer bulaşıcı hastalıklar (% 20) ve influenza (% 11) en çok haberlerde yer alan hastalıkları temsil etmektedir. 226 hastalık ve tıbbi durum ile ilgili (% 97,8) nötr veya olumsuz duygulara yer verildiği tespit edilmiştir (17).

Toplumun sağlık statüsünü çift yönlü (olumlu-olumsuz) olarak etkileme potansiyeline sahip olan yazılı medya türlerinden biri olan gazeteler, toplumun büyük bir kesiminin sağlığı ile ilgili bilgi aldığı önemli dış bilgi kaynaklarından biri olduğundan dolayı bu konunun toplumun sağlık statüsünü etkilemesi açısından çok önemli olduğu söylenebilir. Sağlık haberlerinin, sağlık profesyonelleri ile toplum arasında var olduğu düşünülen bilgi asimetrisinin kısmen de olsa ortadan kaldırılmasında payı olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca

sağlık haberleri, sadece günlük hayatımızı etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kamu politikalarını etkileyerek siyasette de önemli bir rol oynar (17).

Halkın sağlığı için başvurduğu dış bilgi kaynaklarından olan sağlık haberlerinde, daha çok hangi sağlık dalı ile ilgili haberlerin sunulduğu, sunulan sağlık haberlerinin kimler tarafından hazırlandığı, hazırlanan sağlık haberlerinin gerekli etik kurallara göre sunulup sunulmadığı merak edilmesi gereken önemli tartışma konuları olarak karşımızda durmaktadır.

Bu konu ile ilgili Damlapınar ve Işık tarafından yapılan ve 528 gazete haberini kapsayan bir çalışma sonucunda; haberlerin yüzde 14,4'ü skandal içerikli olaylar (tıbbi hata vb), yüzde 12,1'i sağlıklı yaşam, yüzde 9,8'i beslenme ve kilo sorunları, yüzde 7,2'si ana ve çocuk sağlığı, yüzde 7,2'si tıbbi yenilik, yüzde 7'si alternatif tıp, yüzde 7'si kanser, yüzde 5,7'si sağlık politikaları, yüzde 5,7'si cinsellik, yüzde 5,5'i halk sağlığı, yüzde 5,3'ü ruh sağlığı, yüzde 5,1'i kaza olayları, yüzde 4'ü kalp hastalıkları, yüzde 2,1'i ilaç-medikal, yüzde 1,9'u ise cilt, estetik ve güzellik *konu* kategorileri altında toplandığı tespit edilmiştir (18). Konu ile ilgili olarak Birsen ve Öztürk tarafından yapılan bir başka çalışma ise tüketim kültürü çerçevesinde medyada yer alan 54 sağlık haberinin incelendiği çalışmadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; diyet ve beslenme (26 haber), kronik hastalıklar (5 haber), estetik ve güzellik (16 haber), kadın hastalıkları (3 haber), sağlıklı yaşam önerileri (3 haber) ve cinsellik (1 haber) başlıkları altında kategorize edilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre, üst sınıfın yaşam tarzını özendirecek sağlık haberlerinin yapıldığı ortaya koyulmuştur (19).

Sağlık haberleri halkın kararlarını etkileme potansiyeline sahiptir. Bu anlamda Broune'us vd.'nin İsveç'te satılan Xenical isimli anti-obezite ilacı ve basında çıkan haberler arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmaya göre, basında çıkan haberlerin kapsamı ve ilacın satışı arasında nedensel bir ilişkiyi ayırt etmenin tam olarak mümkün olmadığı ancak ilacın lansmanı öncesinde ve sırasında basılan çok sayıda pozitif gazete makalesinin, Xenical'in kamu bilincini büyük ölçüde artırdığını ve böylece satışları teşvik ettiğini söylemenin daha güvenli olduğunun söylenebileceği ifade edilmektedir (20).

Sağlık haberlerinin kadın sağlığının gelişip yaygınlaşmasında etkili olduğunu gösteren ve Özbaşı ve Özkan tarafından bir çalışmaya göre, kadın sağlığının geliştirilmesinde medyanın önemli bir rolünün olduğu ve kadın sağlığının geliştirilmesinde çok etkili olabilecek medyanın doğru şekilde kullanımının desteklenmesi, sağlık haberlerinin kalitesinin ve çeşitliliğinin artırılması konularında hem sağlık hem de medya çalışanlarına önemli görevler düştüğü ifade edilmektedir (7).

Sağlık haberlerinin içerik analizi ile ilgili yürütülmüş olan bu çalışmadan elde edilen bulgular ışığında bazı tartışmaların kısmen de olsa sonuçlanabileceği, bazı tartışmaların ise daha da gündemde yer alması olasıdır.

Bu çalışma sonuçlarının tek başına bazı problemlere kesin çözüm getirmesi olası değildir. Ancak bu konu ile ilgili farklı tarihleri kapsayan daha farklı çalışmalar yapılarak elde edilen bütün sonuçların birlikte var olan sorunlara çözüm getirilebileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda gelecekte farklı araştırmaların bu konu ile ilgili olarak farklı araştırmalar yürütmesi gerektiği önerilmektedir. Aynı şekilde ileri araştırmalar için araştırmacıların farklı zamanları kapsayan araştırmalar yaparak karşılaştırmalar yapması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Barry CL, Busch SH. (2010). News coverage of FDA warnings on pediatric antidepressant use and suicidality. *Pediatrics*.125:88e95.
2. Entwistle V. (1995). Reporting research in medical journals and newspapers. 310:920e3
3. Hargreaves I, Lewis J, Speers T. (2003). Towards a better map: science, the public and the media. Swindon: Economic and Social Research Council.
4. Bartlett C, Sterne J, Egger M. (2002). What is newsworthy? Longitudinal study of the reporting of medical research in two British newspapers. 325:81e4.
5. Karakuş, Esra. (2013). Gazetelerdeki Sağlık Haberleri: Yaşamın Tıbbileştirilmesi, Sağlığın Bireyselleşmesi ve Tüketim Üçgeninde Kadın. Yüksek lisans tezi. Sosyal bilimler enstitüsü. Dumlupınar üniversitesi, Kütahya.
6. Kumbasar, Banu. (2006). İstanbul'da Yayımlanan Gazetelerde Sağlık Haberleri. Yüksek lisans tezi. Sosyal bilimler enstitüsü. Marmara Üniversitesi, İstanbul.
7. Özbaşı, S., ve Özkan, S. (2010). Kadın sağlığını geliştirmede medyanın kullanımı ve etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), 541-546.
8. Hernandez JF, Mantel-Teeuwisse AK, Van Thiel GJ, et al. (2012). 10-year analysis of the effects of media coverage of regulatory warnings on antidepressant use in The Netherlands and UK. *Plos One*. 7:e45515.
9. Williams D, Kelly A, Feely J. (2000). Influence of media and regulatory changes on prescribing of Cotrimoxazole and Trimethoprim in Ireland. *Pharmacoepidem Dr S*. 9:313e317.
10. Song, H., Omori, K., Kim, J., Tenzek, K. E., Hawkins, J. M., Lin, W.-Y., Jung, J. Y. (2016). Trusting social media as a source of health information: Online surveys comparing the United States, Korea, and Hong Kong. *Journal of Medical Internet Research*, 18, e25. doi:10.2196/jmir.4193.
11. Nisan Tiraj Raporu (2018). İnternet adresi: <http://www.medyaradar.com/tirajlar>. Erişim Tarihi: 28.04.2018.
12. IBM Corp. Released (2017). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
13. Hülür, B. A. (2016). Sağlık iletişimi, Medya ve Etik: Bir Sağlık Haberinin Analizi. *CBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 1, s.155-178.
14. Hosseini Shokouh, S. M., Arab, M., Emamgholipour, S., Rashidian, A., Montazeri, A. ve Zaboli, R. (2017). Conceptual Models of Social Determinants of Health: A Narrative Review. *Iran J Public Health*, Vol. 46, No. 4, pp.435-446.
15. Şengül, H., Çınar, F., Çapar, H., Bulut, A. ve Çakmak, C. (2017). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin E-sağlık Okuryazarlığı ve İnternet Kullanımına Yönelik Tutumları: Bir Vakıf Üniversitesi Örneği. *International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, Cilt: 4, Sayı: 5, ss.1277-1287.

16. Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, Cilt:25, Sayı:3, s.1-6.
17. Huang, M., ElTayeb, O., Zolnoori, M., & Yao, L. (2018). Public Opinions Toward Diseases: Infodemiological Study on News Media Data. *Journal of medical Internet research*, 20(5).
18. Damlapınar, Z., & Umut, I. Ş. I. K. (2017). Sağlık İçerikli Basın Haberleri ve Çocuğa Yaklaşımı: Bir İçerik Analizi. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 5(1), 373-398.
19. Birsen, Ö., ve Öztürk, A. G. Ş. Y. (2011). Tüketim Kültürü Çerçevesinden Sağlık Haberleri. *Akademik Bakış Dergisi*, (26).
20. Brounéus, F., Dahlin, A., & Beermann, B. (2005). Press coverage and sales of Xenical in Sweden, 1998–2000. *European journal of clinical pharmacology*, 61(4), 285-289.



Ankara'da yaşayan kişilerin özel sağlık sigortalarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi

Evaluation of viewpoint of people living in Ankara about private health insurance

Emine Orhaner¹, Nazmiye Ekinçi²

¹Hacı Bayram Veli Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara
²Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Doktora Öğrencisi, Ankara

Anahtar Kelimeler:
Sigorta, Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Ankara

Key Words:
Insurance, Health Insurance, Private Health Insurance, Ankara

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Nazmiye Ekinçi,
Hacı Bayram Veli Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Doktora Öğrencisi, Ankara
ekinçi.nazmiye@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
12.11.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
26.2.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2019

ÖZET

Giriş: Bireylerin sağlık hizmetlerine duyacakları ihtiyaç ile ihtiyacın zamanı çoğu zaman öngörülemez. Bu sebeple yapılacak olan sağlık harcamalarının miktarı ve zamanı tam olarak bilinmemektedir. Dolayısıyla öngörülemeyen sağlık harcamalarının ve gelir kaybının önemli bir miktarının sağlık sigortalarının yardımıyla önlenebileceği düşünülmektedir. **Amaç:** Bu çalışma Ankara'da yaşayan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin özel sağlık sigortalarına bakış açılarının ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Bu çalışma bir anket formundan yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Ankara'da yaşayan 18 yaş ve üzerindeki kişiler, örneklemini ise Ankara'da yaşayan 18 ve üzerindeki 400 kişi oluşturmaktadır. 394 kişinin anketi istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Elde edilen verilerin çözümlenmesinde regresyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Anketin güvenilirliği için Cronbach's Alpha değeri incelenmiş 0.83 bulunmuştur. Araştırmadaki diğer bulgulara çalışmada geniş bir şekilde yer verilmiştir. **Sonuç:** Özel sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerin bağımlı değişken, eğitim durumunun ya da sağlık güvencesinin bağımsız değişken olduğu basit regresyon modelinde bu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Yine, özel sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerin bağımlı değişken sağlık sorununda gidilen sağlık kuruluşunun veya tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumlarının bağımsız değişken olduğu regresyon modelinde söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

ABSTRACT

Background: The need of individuals and the time individuals need for health services are often unpredictable. For this reason, the amount and time of health expenditures aren't known exactly. Therefore, it is considered that a significant amount of unpredictable health expenditures and loss of income can be prevented with the help of health insurance. **Objective:** This study was realised in order to reveal viewpoints of people living in Ankara adults aged 18 and older about Private Health Insurances in Ankara. **Methods:** This study was conducted by using a questionnaire. Target population of the study is constituted of living in Ankara adults aged 18 and older, research sample of the study is constituted of 400 people living in Ankara. 394 people's questionnaire is subject to analysis. Regression analysis were used in the analysis of data. Results: For the reliability of the questionnaire, the Cronbach's Alpha was examined 0.83. other findings are widely included in the study. **Conclusions:** There is significant relationship between variables in the simple regression model in which the dependent variable is the viewpoint of respondents about Private Health Insurance and the independent variables are the education level, health insurance, healthcare institution visited in case of health problem and knowledge of complementary health insurance.

GİRİŞ

Günümüzde sağlıklı yaşam sürme çabaları kişiler için önemli bir yer edinmeye başlamıştır. Ayrıca ülkelerin ekonomik olarak gelişmesi için önemli kriterlerden birisi ülke nüfusunun sağlıklı bireylerden meydana gelmesidir. Sağlık düzeyi bakımından gelişmiş ülkelerin üretimi ve geliri de iyi olacaktır.

Bireylerin sağlık hizmetlerine duyacakları ihtiyacın, ihtiyacın zamanının belirsiz ve öngörülemez olmasından dolayı sağlık harcamalarının ne zaman yapılacağı ve ne kadar tutacağı tam olarak

bilinmemektedir. Dolayısıyla öngörülemeyen sağlık harcamalarının ve gelir kaybının önemli bir miktarının sağlık sigortalarının yardımıyla önlenebileceği düşünülmektedir.

Sağlık sigortaları ve çeşitleri hakkında literatürde çeşitli araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmaların birçoğunda anket çalışması yapılması gibi uygulama kısmının bulunmadığı ve sadece bilgi verici nitelikte çalışmalar olduğu tespit edilmiştir. Uygulama kısmı bulunan araştırmaların ise daha çok Ankara dışındaki (İstanbul, Bursa ve Eskişehir vb.) illerdeki kişilere, kurum ve

kuruluşlara uygulandığı belirlenmiştir. Bu nedenle Ankara'da özel sağlık sigortası ile ilgili, uygulama kısmı da olan bir çalışma yapılmak istenmiştir. Ayrıca bu araştırmada özel sağlık sigortası sahibi kişilere yöneltilen özel sağlık sigortası poliçe kapsam ve koşulları açısından beğenilen ve beğenilmeyen yönler sorularak, sigorta şirketlerine kendilerini geliştirmeleri adına da bilgiler içermektedir.

Yiğit'e (2007: 7) göre sağlık sigortası, kişiyi hastalık nedeniyle uğrayacağı maddi kayıplara karşı koruyan, belli ölçüde riskin paylaşılmasına ve önceden ödenen primlere dayanan bir sigorta sistemidir.

Sağlık sigortası, kişilerin sağlık kaybına karşı koruma ve de sağlık hizmetlerine yeterince erişmesinde fayda sağlar. Sigortalının karşılaşılabileceği hastalık durumunda acil yardım, doktor, ilaç ve tedavi giderlerini kişinin bütçesini çok zorlamadan karşılayabilmesine imkân tanır. Bovbjerg ve Hadley (2007), sağlık sigortası insanlara tam vaktinde medikal bakım sağladığı ve insanların yaşamlarını, sağlıklarını geliştirdiği için önemli bir sigorta çeşidi olduğunu vurgulamıştır. Yıldırım ve diğerleri (2012: 91) sağlık sigortasının hasar görmüş olan sermaye olan insan vücudunun komple yerine konulmasının maliyetini karşılayamamasını sağlık sigortasını diğer sigorta çeşitlerinden farklı kılan yön olarak açıklamıştır.

Özel sağlık sigortası, sigortalının karşılaşacağı hastalık veya kaza sonucu yaralanma halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan kişilere özel ve temelde diğer sigorta hizmetleri ile aynı prensipte verilen bir sigorta türüdür. Özel sigortalar, sözleşme esasına dayanır. Sigorta kapsamını, sigorta sözleşmesi belirler. Özel sağlık sigortası, Thomson ve Mossialos'a (2009: 13) göre: "gönüllü olarak yaptırılan ve bireyler adına bireyler/işveren tarafından ödenen sigorta" dır. Greß, Okma ve Wasem (2002), özel sağlık sigortasının fonksiyonlarını özel sağlık sigortasının zorunlu sağlık sigortası için bir alternatif olması ve sosyal sigorta tarafından kapsamında olmayan hizmetleri de sunması olarak açıklamıştır.

Özel sağlık sigortası yaptırılması zorunlu bir sigorta türü değildir. Özel sağlık sigortası yaptırmak için sigortalının belli bir statüyü (işçi, memur gibi) kazanmasına gerek yoktur. Sigortalının özel sağlık sigortasını satın almak için kendi iradesiyle belirlediği sözleşmede yazılmış olan tutarı (prim miktarını) sözleşmede yazılı olan süre boyunca ödemesi gerekmektedir. Özel sağlık sigortasında sigorta süresi genellikle bir yıldır. Özel sağlık sigortalarında sigorta fiyatını belirleyen en önemli faktör risk yönetimidir. Özel sağlık sigortası risk yönetiminde; yaş, cinsiyet, kişinin geçmiş ve şimdiki sağlık durumu, iş hayatı,

yaşam tarzı, meslek, hobiler ve alışkanlıklarını dikkate almaktadır.

Özel sağlık sigortası sözleşmelerinin sigorta ettirenin tüzel veya gerçek kişi olma durumuna göre bireysel ve kurumsal (grup) sağlık sigortası olmak üzere iki şekilde yapılabilmektedir.

Orhaner'e (2017) göre hastalık/sağlık sigortası alanında sağlık sigortasının toplam sözleşmelerde payı % 46,6, prim üretimindeki payı %96,5, tazminat ödemelerindeki payı %99,5'tir. Hastalık/Sağlık sigortası alanında hastalık sigortasının toplam sözleşmelerde payı % 7,4, prim üretiminde payı % 1,5, tazminat ödemelerinde payı % 0,1'dir. Seyahat sağlık sigortasında alanında sözleşme sayısı, hastalık/sağlık branşında toplam sözleşme sayısının % 46,1'idir. Ancak prim üretimi içerisindeki payı %2; tazminat ödemeleri içinde payı ise %0,3'tür.

Özel sağlık sigortalarının; ikame edici(yedek), tamamlayıcı sağlık sigortası, seyahat sağlık sigortası gibi çeşitleri bulunmaktadır. İkame edici sağlık sigortası, kamu sağlık sigortasının yerine geçen ve temel teminat paketleri aracılığıyla sağlık risklerini üstlenen özel sağlık sigortası türüdür (Türkiye Sigorta, Reasürans Ve Emeklilik Şirketleri Birliği, 2014).

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 (Deloitte Touche Tohmatsu Limited ve Türkiye Sigorta, Reasürans Ve Emeklilik Birliği, 2015: 76). Türkiye Sigorta, Reasürans Ve Emeklilik Şirketleri Birliği (2018) verilerine göre Türkiye'de 2015-2018 yılları arasında tamamlayıcı sağlık sigortası Ocak ayı için yurtiçi direkt prim üretimi şu şekildedir: 2015 yılı: 4.099.787, 2016 yılı: 8.584.776, 2017 yılı: 34.918.270, 2018 yılı: 36.868.578'dir.

Seyahat sağlık sigortası, kişiyi yurtiçi ya da yurtdışı seyahatleri sırasında meydana gelebilecek sağlık risklerine karşı koruyan bir sigorta türüdür (Sigortaladim.com, 2016).

Özel sağlık sigortasının avantajları arasında sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirli ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için kullanılmasına olanak tanınması, cepten harcamaların yaratacağı finansal riske karşı bireyleri koruması, özel hastanelerden ücretsiz veya özel sigortası bulunmayan kişilere uygulanan ücretlere göre daha uygun ücretlerle sağlık hizmeti alınabilmesi yer almaktadır.

Özel sağlık sigortasının dezavantajları arasında ise: seçilen sigorta şirketinin onayı geç vermesi ve

sigortalının beklemek durumunda kalması sayılabilir. Colombo ve Tapay (2004: 25) özel sağlık sigortası bütçeye uygun ve erişilebilir olmayabileceğini belirtmiştir. Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat (2014: 300) özel sağlık sigortasının en önemli dezavantajının, primlerin bir havuzda toplanarak risk altındaki toplumun tamamına kullanılması yerine kişisel risk ya da kişi veya grupların hastalanma olasılığına göre belirlenip toplanması olduğunu belirtmiştir. Özel sigortacılık risk oranlaması yaparak sigortalıları risk sınıflarına göre ayırmakta, üstleneceği riski seçmek istemektedir. "Kaymak sıyrma" olarak tanımlanan bu durum, yaşlılar ve kronik hastalığı olan yurttaşları dezavantajlı hale getirmektedir (muhalefet.org, 2018). Ters seçim, sigorta sektöründe sigorta poliçesi yazıldığı sırada piyasadaki bilgi eşitsizliğinden dolayı ortaya çıkar (Müslümov ve Aras, 2013). Sigara kullananların ciddi sağlık problemlerine yakalanma ihtimali, sigara kullanmayanlara göre göreceli olarak daha yüksektir. Bu tür kişiler, sağlık sigortası yaptırmak istediklerinde, sigorta şirketleri kendilerini önemli bir ikilemin içinde bulmaktadırlar. Varsayalım ki bir sigorta şirketi tüm müşterilerinden aynı primi alıyor olsun. Aynı zamanda primler ölüm oranına bağlı olsun. Sigara içmeyenleri primleri pahalı bulacaklardır. Sigara içenler ise fiyatları kelepirci olarak algılayacaklardır (Alunöz, 2013).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı, Ankara ilinde yaşayan 18 yaş ve üzerinde olan tüm yaş kesimlerindeki bireylerin özel sağlık sigortalarına karşı bakış açılarını genel olarak ortaya koymaktır. Sağlık sigortaları ve çeşitleri hakkında literatürdeki araştırmaların birçoğunun sadece bilgi verici nitelikte çalışmalar olduğu tespit edilmiştir. Uygulama kısmı bulunan araştırmaların ise daha çok Ankara dışındaki illerde uygulandığı belirlenmiştir. Bu nedenle Ankara'da sağlık sigortası ile ilgili bir çalışma yapılmak istenmiştir. Bu araştırmada özel sağlık sigortası poliçe kapsam ve koşulları açısından beğenilen ve beğenilmeyen yönler sorularak araştırmanın sigorta şirketlerine kendilerini geliştirmeleri adına da bilgiler içermesi sağlanmıştır. Çalışmanın anket soruları, katılımcılara 2018 yılında şubat ayı ile mayıs ayları arasında uygulanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örnekleme ise, bireyler arasından kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen kişiler oluşturacaktır. Bu araştırmada istatistiksel açıdan elde edilen verilerin anlamlılık düzeyinin sağlanması amacı ile toplam 400 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırmaya katılanlardan 6 kişinin anket formunu belirlenen kriterlere göre doldurmadığı için 394 anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2014: 50) evren bilinmediğinde yeterli örneklem sayısının 400 olduğunu şöyle açıklamıştır (p: Evrende x'in gözlenme oranı, q: Evrende x'in gözlenmeme oranı; σ : Evrenin standart sapması; n: Örneklem büyüklüğüdür):

Evren bilinmezse: (p= 0,50 ve q=0,50 olmak üzere)

$$\sigma = \frac{\sigma_x}{\sqrt{n}}$$

$$0,025 = \frac{(0,50)(0,50)}{\sqrt{n}}$$

$$0,025^2 = \frac{0,25}{n}$$

$$n = \frac{0,25}{0,025^2}$$

$$n = \frac{0,25}{0,000625}$$

$$n = 400$$

Çalışmada, verilerin elde edilmesi noktasında yüz yüze anket yöntemine başvurulmuştur. Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 24'ten yararlanılmıştır.

Anket formunda iki bölüm yer almaktadır. Birinci bölümde ankete katılanların demografik özellikleri bulunurken, ikinci bölüm özel sağlık sigortalarıyla ilgili düşünceleri yansıtmak amacıyla oluşturulan 5'li likert tipi ifadelerden oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan anket ile ilgili güvenilirlik analizi yapılmıştır. Uygulanan ankette bütün soruların birbiriyle tutarlılığını, ele alınan konuyu ölçmede türdeşliğini ortaya koymak ve güvenilirlik analizi için ankette likert ölçeği kullanıldığından dolayı 'Cronbach Alpha' katsayısı hesaplanmıştır (Tavşancıl, 2006, 29).

0,00 ≤ α < 0,40 ise ölçek güvenilir değildir.

0,40 ≤ α < 0,60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

0,60 ≤ α < 0,80 ise ölçek oldukça güvenilirdir.

0,80 ≤ α < 1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Yapılan güvenilirlik analizinde uygulanan anket için güvenilirlik katsayısı α %95 güven aralığında

0,83 olarak bulunmuştur. Bu 'Cronbach Alpha' iç tutarlılık katsayısı ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Anket sorularının, normal dağılım gösterip göstermediği normallik testi ile belirlenmiştir. Test sonucunda Skewness ve Kurtosis değerleri -2 ve +2 arasında olduğundan verilerin normal dağıldığı saptanmıştır. Ayrıca araştırmada regresyon analizinden de yararlanılmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen hipotezler aşağıdaki gibidir:

- H_1 : Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum) ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_2 : Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumu ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_3 : Araştırmaya katılan kişilerin meslekleri ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_4 : Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyleri ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_5 : Araştırmaya katılan kişilerin sahip oldukları sağlık güvencesi ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_6 : Araştırmaya katılan kişilerin hanesinde yaşayan kişi sayısı ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_7 : Araştırmaya katılan kişilerin sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşu ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_8 : Araştırmaya katılan kişilerin yılda ortalama kaç defa herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiği ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_9 : Araştırmaya katılan kişilerin en son gittikleri sağlık kuruluşuna ödedikleri ücret ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{10} : Araştırmaya katılan kişilerin Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünceleri ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H_{11} : Araştırmaya katılan kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi olmaları ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

BULGULAR

Araştırma sonucu elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur:

Araştırmaya katılanların % 47,2'sinin kadın ve % 52,8'inin ise erkek olduğu; % 36,8'inin evli ve % 63,2'si bekâr ve % 49,5'inin 18-27 yaş aralığında; % 23,6'sının 28-37 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Çalışmada yetişkin olan tüm yaş aralığında bulunan bireylere genel olarak ölçüm yapılmış, anket sorularına cevaplamaya daha hevesli olan grubun 18-27 yaş aralığındaki grup olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda yaşı daha küçük olan bireylerin (18-27 vb.) çoğunlukla daha işe başlamamış olmaları ve dolayısıyla da düşük bir gelire sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Ayrıca % 27,4'ünün lise mezunu; % 48,2'sinin önlisans/lisans mezunu ve % 17'si memur; % 25,4'ü özel sektör çalışanı; % 27,9'unun öğrenci olduğu; % 30,5'inin 1000 TL ve altı gelire; % 29,4'ünün 1001-2000 TL gelire; % 18'inin 2001-3000 TL gelire sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 6,3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta iken % 55,3'ünün SSK'lı; % 11,4'ünün Bağ-Kur'lu; % 19'unun Emekli Sandığına tabi ve % 7,9'unun ise özel sağlık sigortasına sahiptir. % 7,9'unun hanesinde kendisi dışında kimsenin yer almadığı, % 20,6'sında kendisi dışında 2 kişi; % 28,7'sinde kendisi dışında 3 kişinin yer aldığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların % 19,5'inin sağlık sorunları ile karşılaştıklarında aile sağlığı merkezine; % 53,3'ünün devlet hastanesine gittiği; % 14,5'inin özel hastaneye gittiği ve , % 70,6'sının tamamlayıcı sağlık sigortasını duymadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %7,6'sının bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık kurumuna hiç gitmediği, %34,3'ünün yılda 1-2 defa; %29,9'unun 3-4 defa sağlık kurumuna gittiği görülmektedir.

Yılda en az 1 defa herhangi bir sağlık kurumuna giden toplam 310 kişinin (hiç gitmeyenler 30 kişi ile hatırlamayanlar ve bilmiyorum diyen 54 kişi hariç) herhangi bir sağlık kurumuna son gidişinde katılımcıların % 28,9'unun hiç ücret ödemediğini sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların % 22,6'sı 1-50 TL arası ücret ödediğini; % 11,2'si 51-100 TL arası ücret ödediğini ve % 4,6'sı 101-150 TL arası ücret ödediğini dile getirmiştir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili % 19,8'inin "tamamen olumlu"; % 35,8'inin "olumlu ama çekimser"; % 37,3'ünün ise "tamamen olumsuz" düşünceye sahip oldukları ortaya çıkmıştır.

Ayrıca araştırmaya katılanların ve özel sağlık sigortasına sahip olmayan (363) katılımcının % 80,2'sinin ise özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünmediği ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılanların ve özel sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcıların % 90,4'ünün

ise herhangi bir özel sağlık sigortası temsilcisi ile hiçbir görüşme yapmaları sonucuna ulaşmıştır.

Katılımcıların % 40,2'si ihtiyaç duymadığı için; % 30,6'sı "parasal sebepler" yüzünden; % 36,1'i sosyal güvencesi olduğundan; % 9,5'i yaptırmaya vaktin olmadığından; % 8,7'si güvenmediğinden; % 38'i özel sağlık sigortası ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığından özel sağlık sigortası kapsamında bulunmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların "sağlık için ihtiyaç duyulan işlemlerde modern ve güvenilir yöntemlere herhangi bir mali kaygı duymadan ulaşmaya olanak sağlaması" hususunu % 77,4 oranında beğendiği; "sağlık sigortası 1 yıl hiç kullanılmazsa, 1 sonraki yıl primin daha düşük tutulması" hususunu % 38,7 oranında beğendiği; "yurt dışı hastane hizmetleri teminatı sunması" ve "aynı anda birden fazla paket alabilmek" hususlarını % 32,3 oranında beğendiği ve son olarak diğer hususları ise % 25,8' oranında beğendikleri ortaya çıkmıştır. "Kapsamının yetersiz olması" hususunu katılımcıların % 61,3'ünün beğenmediği; "sağlık hizmetlerini poliçede yazan miktara kadar temin etmesi" hususunu katılımcıların % 54,8'inin beğenmediği; "poliçedeki küçük puntolarla yazılmış yazılar" hususunu katılımcıların % 67,7'ünün beğenmediği; "kanseri gibi bedeli ağır olan hastalıklar için ayrı bir fon olmaması" hususunu katılımcıların % 45,2'sinin beğenmediği; "sigortalı yaşlandıkça primlerin artırılması" hususunu katılımcıların % 38,7'sinin beğenmediği ve son olarak "yenileme garantisi alabilmenin zor olması" hususunu katılımcıların % 41,9'unun beğenmediği ortaya çıkmıştır.

En yüksek değerli ortalamanın "özel sağlık sigortası ile ilgili sorunlar, bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan kaynaklanır" ($Ort.=3.69$) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yani katılımcıların çoğu, yeterli bilgiye sahip olmadığından ötürü özel sağlık sigortası ile ilgili birtakım sorunlar yaşamaktadır. Yine, özel sağlık sigortası ile ilgili görüşler içerisinde en düşük ortalamanın ise, "özel sağlık sigortasında sosyal fayda ve kamu çıkarından ziyade sigortalının çıkarı gözetilir" ifadesine ait olduğu görülmüştür ($Ort. =2.89$).

"Özel sağlık sigortası için hiçbir statü gerekmez, herkese açıktır", "özel sağlık sigortası, isteğe bağlı şekilde yaptırılır", "özel sağlık sigortası ile ilgili sorunlar,

bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaktan kaynaklanır", "Özel sağlık sigortası ile ilgili sorunlar genellikle primlerin yüksek olmasından kaynaklanır" ifadelerine katılımcıların yüksek düzeyli bir katılım gösterdiği belirtilebilir. "Özel sağlık sigortasında prim oranı tehlike derecesine göre belirlenir" ifadesine katılımcıların % 32'sinin "katılıyorum", % 32'sinin de "kararsızım" şeklinde cevap verdiği görülmüştür. "Özel sağlık sigortasında sosyal fayda ve kamu çıkarından ziyade sigortalının çıkarı gözetilir", "özel sağlık sigortası ile ilgili sorunlar genellikle özel hastanelerden kaynaklanır" ve "özel sağlık sigortasıyla ilgili sorunlar genelde poliçe teminatı dışında kalan hususlardan kaynaklanır", tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip bir kişi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun onayı dışındaki şeylerden faydalanabilir" ve "tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortasına oranla daha uygun fiyatlıdır" ifadelerine katılımcıların "kararsızım" şeklinde cevap verdiği görülmüştür.

Araştırmanın hipotezlerinin analizinde Ankara'da yaşayan kişilerin özel sağlık sigortalarına bakış açıları ile demografik özellikler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır.

H₁: Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum) ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özel sağlık sigortası bağımlı değişken, cinsiyet, yaş, medeni durum bağımsız değişkenlerdir (tahmin değişkenleridir). Cinsiyet, yaş ve medeni durum birlikte özel sağlık sigortasının % 0.9'unu açıklamaktadır ($R^2= 0.009$). Bağımlı değişken ve tahmin değişkenleri için kurulacak çoklu regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır ($F= 1.140$, $p=0.333$). H₁ hipotezi reddedilmiştir.

H₂: Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumu ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Tablo 1'e göre: özel sağlık sigortası bağımlı değişken, eğitim durumu ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 1.4'ünü açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F= 5.680$, $p= 0.018$). Yani regresyon modeli en iyi tahmin aracı olarak ortalamaları kullanmaktan daha iyidir. Buna göre, regresyon modeli bir tahmin modeli ya da ilişkiyi

Tablo 1. Katılımcıların eğitim durumları ile özel sağlık sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon Katsayısı	3.098	32.332	0	0.12	0.014	0.012	5.680	0.018
Eğitim Durumu	0.120	2.383	0.018					

istatistiksel olarak anlamlı şekilde test eden bir model olarak kullanılabilir. Nitekim özel sağlık sigortası ile eğitim durumu arasında pozitif bir ilişki vardır (0.12) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($t= 2.383$, $p=0.018$). Bu durumda H_2 hipotezi kabul edilmiştir.

H_3 : Araştırmaya katılan kişilerin meslekleri ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özel sağlık sigortası bağımlı değişken, meslek ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.7'sini açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır ($F= 2.592$, $p= 0.108$). Bu durumda H_3 hipotezi reddedilmiştir.

H_4 : Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyleri ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özel sağlık sigortası bağımlı değişken, gelir düzeyi ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.6'sını açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır ($F= 2.558$, $p= 0.111$). H_4 hipotezi reddedilmiştir.

H_5 : Araştırmaya katılan kişilerin sahip oldukları sağlık güvencesi ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Tablo 2'ye göre: özel sağlık sigortası bağımlı değişken, sağlık güvencesi ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 1.8'ini açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F= 7.308$, $p= 0.007$). Yani regresyon modeli en iyi tahmin aracı olarak ortalamaları kullanmaktan daha iyidir. Buna göre, regresyon modeli bir tahmin modeli ya da ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde test eden bir model olarak kullanılabilir. Nitekim özel sağlık

Tablo 2. Katılımcıların sağlık güvencesi ile özel sağlık sigortasına bakışları arasındaki regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon Katsayısı	3.127	41.517	0	0.135	0.018	0.016	7.308	0.007
Sağlık Güvencesi	0.135	2.703	0.007					

Tablo 3. Katılımcıların sağlık sorunları olduğunda gittikleri sağlık kuruluşu ile özel sağlık sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon Katsayısı	3.133	43.946	0.000	0.140	0.02	0.017	7.805	0.005
Sağlık Kuruluşu	0.140	2.794	0.005					

sigortası ile sağlık güvencesi arasında pozitif bir ilişki vardır (0.135) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($t= 2.703$, $p=0.007$). H_5 hipotezi kabul edilmiştir.

H_6 : Araştırmaya katılan kişilerin hanesinde yaşayan kişi sayısı ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özel sağlık sigortası bağımlı değişken, hanede yaşayan kişi sayısı ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin %0.1'ini açıklamaktadır. Bağımlı değişkenle tahmin değişkeni için kurulan basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır ($F= 0.330$, $p= 0.566$). H_6 hipotezi reddedilmiştir.

H_7 : Araştırmaya katılan kişilerin sağlık sorunları olduğunda genellikle gittikleri sağlık kuruluşu ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Tablo 3'e göre: özel sağlık sigortası bağımlı değişken, sağlık sorununda gidilen sağlık kuruluşu ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 2'sini açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F= 7.805$, $p= 0.005$). Regresyon modeli en iyi tahmin aracı olarak ortalamaları kullanmaktan daha iyidir. Buna göre, regresyon modeli bir tahmin modeli ya da ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde test eden bir model olarak kullanılabilir. Nitekim özel sağlık sigortası ile sağlık sorununda gidilen sağlık kuruluşu arasında pozitif bir ilişki vardır (0.140) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($t= 2.794$, $p=0.005$). Bu durumda H_7 hipotezi kabul edilmiştir.

H_8 : Araştırmaya katılan kişilerin yılda ortalama herhangi bir sağlık kuruluşuna gidiş sıklığı ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özel sağlık sigortası bağımlı değişken, yılda ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki

Tablo 4. Katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olmaları ile özel sağlık sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon Katsayısı	3.647	32.981	0.000	0.155	0.024	0.021	9.625	0.002
TSS'de Bilgi Sahibi Olma	0.155	-3.102	0.002					

değişimi hiçbir şekilde açıklamamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 0.195, p= 0.659). H₈ hipotezi reddedilmiştir.

H₉: Araştırmaya katılan kişilerin en son gittikleri sağlık kuruluşuna ödedikleri ücret ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özel sağlık sigortası bağımlı değişken, en son gidilen sağlık kuruluşuna ödenen ücret miktarı ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.8'ini açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 3.296, p= 0.070). Bu durumda H₉ hipotezi reddedilmiştir.

H₁₀: Araştırmaya katılan kişilerin Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünceleri ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Özel

sağlık sigortası bağımlı değişken, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünceler ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.3'ünü açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 1.166, p= 0.281). H₁₀ hipotezi reddedilmiştir.

H₁₁: Araştırmaya katılan kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olmaları ile özel sağlık sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Tablo 4'e göre özel sağlık sigortası bağımlı değişken, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olma ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 2.4'ünü açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır (F= 9.625, p= 0.002). Yani regresyon modeli en iyi tahmin aracı olarak ortalamaları kullanmaktan daha iyidir. Buna göre, regresyon modeli bir tahmin modeli ya da ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı şekilde test eden bir model olarak kullanılabilir. Nitekim özel sağlık sigortası ile tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olma arasında pozitif bir ilişki vardır (0.155) ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (t= -3.102, p=0.002). Bu durumda H₁₁ hipotezi kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan kişilerin % 49,5'i 18-27 yaş aralığında; % 23,6'sı 28-37 yaş aralığında; % 14,5'i 38-47 yaş aralığındadır. Araştırmada katılımcıların büyük bir çoğunluğunu 18-27 yaş aralığındaki bireylerden oluşması dikkat çekmektedir. Bunun sebepleri arasında anketlerin genelde üniversitede okuyan kişilerden oluşmasından (araştırmaya katılan 394 kişinin sadece 110'unun yani %27,9'unun öğrencilerden oluşmasından) ve 18-27 yaş grubunda bulunan bireylerin kendilerinden yaşça daha büyük kişilere oranla anketi cevaplamaya daha alışkın/yatkın olmaları sebebiyle bu şekilde olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın sonucunda yaşı daha küçük olan bireylerin (18-27 vb.) çoğunlukla daha işe başlamamış olmaları ve dolayısıyla da düşük bir gelire sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Konu hakkında yapılacak olan yeni çalışmaların bunu dikkate almaları önerilir. Ayrıca katılımcıların % 63,2'sinin bekâr olmasının ya da katılımcıların %59,9'unun gelirinin 1000-2000 TL arasında olmasının ve de katılımcılardan özel sağlık sigortalı olanların oranının (%7,9) az olmasının, çoğunluğun yine öğrenci bireylerden oluşmasından ve katılımcılar arasındaki genç (18-27) yaşlardaki birey sayısının fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çezik'in (2015: 57), Mersin'de 199 katılımcının yer aldığı araştırmada özel sağlık sigortalı kişiler tüm katılımcıların %0,5'ini oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların yarısından fazlasının (%53,3'ü) herhangi bir sağlık sorunları ile karşılaştığı zaman kendileri için Devlet hastanesine; % 14,5'inin ise özel hastaneye gittiği sonucuna ulaşılmıştır. Alan (2009: 105) da, bu konuyla alakalı olarak özel sağlık sigortasına sahip olmayan kişilerin halen sağlık alanının sadece kamuya ait olmasını desteklediğini belirtmiştir. Yiğit'in (2007: 44), bir araştırmasında ise sağlık sorunu olduğunda araştırmaya katılanların %70'inin özel sağlık kurumlarına gittiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu araştırmalarda farklı sonuçlara ulaşılmışının sebepleri için Yiğit'in (2007: 44) araştırmasından bu araştırmanın 11 yıl sonra yapılması; bu zaman zarfında Devlet hastanelerinde bekleme sürelerinin ve kuyrukların azaltılması, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve benzeri ile sağlık alanında yaşanan ilerlemeler ve benzeri söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin bir yılda kaç defa sağlık kurumuna gittiği ile ilgili sonuçlarda katılımcıların % 64,2'sinin yılda 1 defa ile 4 defa arasında herhangi bir sağlık kurumuna gittikleri sonucuna ulaşılmıştır. Çezik (2015: 66), Mersin'de yaptığı araştırmada katılımcılara son bir yıl içerisinde herhangi sebeple sağlık kurumuna kaç defa gittiklerini sormuş, katılımcıların %39,7'si son bir yılda 8 defa sağlık kurumuna gittiklerini belirtmişlerdir.

Yılda en az bir defa herhangi bir sağlık kurumuna giden toplam 310 kişinin (hiç gitmeyenler 30 kişi ile hatırlamayanlar ve bilmiyorum diyen 54 kişi hariç) herhangi bir sağlık kurumuna son gidişinde %28,9'u hiç ücret ödememiştir. Yine katılımcıların % 22,6'sı 1-50 TL arasında; % 11,2'si 51-100 TL arasında ve % 4,6'sı 101-150 TL arasında bir ücret ödedikleri öğrenilmiştir. 150 TL'den fazla ücret ödeyenler katılımcıların %11,4' ünü oluşturmaktadır. Katılımcıların herhangi bir sağlık kurumuna son gidişinde ödediği ücretleri hatırlamıyorum ve bilmiyorum diyenler (54 kişi yani %17,4) ise azımsanmayacak sayıdadır. Yiğit (2007: 52), İstanbul'da yaptığı araştırmada, araştırmaya katılanların, kendisi adına sağlık hizmeti için ödedikleri bedelin ortalaması ise 664 TL çıkmıştır. Yiğit'in (2007: 52) çalışmasındaki ücret miktarının yüksekliğinin, çalışmasını 2012 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası uygulamasından önce yapmasına, çalışmaya kattığı kişilerin hiçbirinin özel sağlık sigortasının bulunmaması ile yine çalışmaya kattığı kişilerin %16'sının hiçbir sosyal güvencesi bulunmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Katılımcılara Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hakkındaki düşünceleri sorulduğunda kişilerin (%37,3) bu konuya olumsuz baktığı belirlenmiş; olumlu bakanlar arasında bu konu hakkında çekinceleri olanların da (%35,8) azımsanmayacak seviyede olduğu görülmüştür. Alan (2016: 106), katılımcıların Devleti sosyal sağlık sistemi açısından yetersiz buldukları halde devletin bu alandaki ağırlığını azaltmaması gerektiğini düşündüğü sonucuna ulaşmıştır. Yiğit'in (2007: 47), İstanbul'da yaptığı araştırmada sağlık hizmetlerinin özelleşmesi konusunda katılımcıların %64'ünün tamamen olumlu düşündüğü görülmektedir. Yiğit'in (2007: 47) bu konudaki araştırma sonucuyla bu araştırmanın sonucunun farklı çıkmasının sebebi, 2007 yılından bu yana sağlık hizmetlerinde meydana gelen iyileştirmeler (eskiden insanların Devlet hastanelerinde sağlık hizmeti almak için erkenden gidip sıra almaya kuyruğa girmesi, ya da sosyal güvencesine göre insanların gidebilecekleri hastanelerin farklı olması ve benzeri birçok şey ve benzeri mevcuttu) olarak belirtilebilir.

Araştırmaya katılanların % 29,4'ü tamamlayıcı sağlık sigortasını duyduğunu yani konu hakkında bir bilgiye sahip olduğunu, % 70,6'sı ise tamamlayıcı sağlık sigortasını duymadığını yani bu konuda herhangi bir bilgiye sahip olmadığını dile getirmiştir. Uzun'un (2015: 166), İstanbul'da yaptığı araştırmada katılımcıların %74,4' ünün tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların çoğu ihtiyaç duymadığı için; özel sağlık sigortası ile ilgili herhangi bir bilgiye sahip olmadığından; sosyal güvencesi olduğu için ve parasal sebepler nedeniyle; özel sağlık sigortası kapsamında bulunmadığını belirtmiştir. Yiğit (2007: 50), İstanbul'da yaptığı araştırmasında bu konuda benzer sonuçlar elde edilmiştir: katılımcıların çoğunluğu özel sağlık sigortası kapsamında bulunma sebebi olarak ihtiyaç duymamayı (%28) ve parasal sebepleri (%14) göstermiştir.

"Genel Sağlık Sigortası tamamlayıcı sağlık sigortasıyla birlikte (özel sağlık sigortası olmadan) toplumun optimum sağlık şartlarını karşılamaktadır" ifadesine katılımcıların % 40,9'unun "kararsızım" yanıtını verdiği görülse de % 28,2'sinin "katılıyorum", % 9,9'unun "kesinlikle katılıyorum" şeklinde yanıt verdiği görülmüştür. Bu yanıtlardan da anlaşılacağı üzere katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım gösterdiği belirtilebilir. Tapan (2008: 112), İstanbul'da yaptığı araştırmada: katılımcıların %80'i tamamlayıcı sağlık sigortası bileşenli bir Genel Sağlık Sigortasının toplumun optimum sağlık şartlarını karşılayacağı sonucuna ulaşmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda yapılan testler ve testlerin analizi sonrası aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Eğitim durumu, sağlık güvencesi, sağlık sorununda gidilen sağlık kuruluşu ve tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumunun bireylerin özel sağlık sigortası ile ilgili düşüncelerini etkilemektedir.

Katılımcıların yüksek bir oranının daha önceden tamamlayıcı sağlık sigortasını duymadıkları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların yüksek bir oranının tamamlayıcı sağlık sigortasını duymamaları sonucu ile ilgili bu kişilerin çoğunun özel sağlık sigortalarının da olamamasının da etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca katılımcılar tarafından tamamlayıcı sağlık sigortasının duyulmamasına ilişkin sektörde potansiyel müşteriler üzerinde henüz yeterince pazarlama ve tanıtım çalışması yapılmadığı sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılan ve özel sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcıların büyük bir kısmının özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünmedikleri ve herhangi

bir özel sağlık sigortası temsilcisi ile hiç bir görüşme yapmadıkları ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda sigorta şirketleri ya da diğer ilgili tarafların kişilerin niçin sağlık sigortası yapmayı düşünmediklerini araştırmaları ve belli süreler içerisinde sigorta şirketleriyle görüşme yapan kişilere çeşitli faydalar sağlanması (örneğin kişilere özel sağlık sigortasını yaptırmayı düşündükleri takdirde bir yıl boyunca ödeyecekleri meblağ üzerinden indirimler yapılması) önerilebilir.

Katılımcıların herhangi özel sağlık sigortası kapsamında bulunmamasının nedenleri arasında sırasıyla en çok ihtiyaç duymama, kendini özel sağlık sigortası hakkında yeterli bilgiye sahip bulmama, sosyal güvencenin olması ve parasal sebeplerin etkili olduğu görülmüştür. Özel sağlık sigortasında poliçe kapsam ve koşulları açısından en çok beğenilen hususlar sırasıyla: sağlık için ihtiyaç duyulan işlemlerde modern ve güvenilir yöntemlere herhangi bir mali kaygı duymadan ulaşmaya olanak sağlaması ve sağlık sigortası bir yıl hiç kullanılmazsa, bir sonraki yıl primin daha düşük tutulmasıdır. En beğenilmeyen hususlar ise sırasıyla: poliçedeki küçük puntolarla yazılmış yazılar ve kapsamının yetersiz olması hususlarıdır.

KAYNAKLAR

1. Yiğit, F. (2007). Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık Ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,7.
2. Bovbjerg, R. R. and Hadley, J. (2007). "Why Health Insurance Is Important, Health Policy Briefs". The Urban Institute, 1, 1.
3. Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., Akbulut, Y. (2012). Sağlık Sigortacılığı. (Editör: Yıldırım, H.H.) Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 91.
4. Thomson, S. and Mossialos, E. (2009). "Private Health Insurance In The European Union, LSE Health and Social Care". London School of Economics and Political Science, 13.
5. Greß, S., Okma, K. G. H. and Wasem, J. (2002). Private Health Insurance In Social Health Insurance Countries: Market Outcomes And Policy Implications, Researchgate, 2.
6. Orhaner, E. (2017). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 3, 401-410.
7. Deloitte Touche Tohmatsu Limited ve Türkiye Sigorta, Reasürans Ve Emeklilik Birliği, (2015), 76. Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu, (18/06/2017), fom[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)
8. Türkiye Sigorta, Reasürans Ve Emeklilik Şirketleri Birliği, (2018). Genel Sigorta Verileri, (10.01.2018), <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>
9. Sigortaladım.com, (2016), Seyahat Sağlık Sigortası Nedir?, (19.06.2017), from <https://www.sigortaladim.com/sigorta-rehberi/seyahat-saglik-sigortasi-nedir>
10. Colombo, F. and Tapay, N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems OECD Publishing, Vol. 15, 25.
11. Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). Sağlık İşletmeleri Yönetimi.. Ankara, Nobel Yayıncılık, 300.
12. Muhalefet.Org, (2018). Sağlıkta Son Evre:Tamamlayı Sağlık Sigortası, (21.12.2018), <http://www.muhalefet.org/haber-saglikta-son-evre-tamamlayici-saglik-sigortasi-8-8513.aspx>
13. Müslümov, A., Aras, G. (2003). Türk Sigorta Sektörünün Özel Emeklilik Reformu Sürecinde Değişen Rolü: Fırsatlar Ve Tehditler, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 53(2): 44.
14. Alunöz, U. (2013). Türk Bankacılık Sistemindeki Asimetrik Bilgi Probleminin Oyun Teorisi Çerçevesinde Analizi, Dicle Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2 (5): 5.
15. Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2014). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Ankara, Detay Yayıncılık, 50.
16. Tavşancıl, E. (2006). Tutumların Ölçülmesi Ve Spss İle Veri Analizi. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 29.
17. Çezik, F. L. (2015). Sağlık Hizmeti Kullanım Kültürünün Belirlenmesi (Mersin Devlet Hastanesi, Mersin Üniversitesi Hastanesi, Özel Forum Yaşam Hastanesi), Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 57-66.
18. Yiğit, F. (2007). Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık Ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,7-78.
19. Alan, M. (2009). Özel Sağlık Sigortasının Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı, Yüksek Lisans Tezi, Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 105-106.
20. Uzun, S. (2015). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 166.
21. Tapan, B. (2008). Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği, Doktora Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 112.



1990'dan 2014'e kadar dünyada ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihleri ve alınan önlemler: Teorik bir inceleme*

Health policy choices and countermeasures taken in times of economic crisis from 1994 to 2014 in the world: A theoretical review

Ümit Çıraklı¹, Hasan Hüseyin Yıldırım²

*Bu çalışma 2017 yılında Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde sunulan Doktora tezinden türetilmiştir.

¹Yozgat Bozok Üniversitesi, İliBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

Anahtar Kelimeler:
Ekonomik krizler, sağlık, sağlık politikası, politika tercihleri

Key Words:
Economic crisis, health, health policy, policy preferences

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Ümit Çıraklı,
Yozgat Bozok Üniversitesi, İliBF,
Sağlık Yönetimi Bölümü, Yozgat
cirakli@hacettepe.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
15.11.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
04.01.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
??

DOI:
10.5455/sad.13-1542268615

ÖZET

Bu çalışma, 1990'dan 2014 yılına kadar dünyada ekonomik kriz zamanlarında ülkelerin sağlık politikası ile ilgili tercihlerinin neler olduklarını ve ekonomik krizlerin sağlığa olası olumsuz etkilerini önlemede ne gibi tedbirler aldıklarını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda, teorik ve ampirik çalışmalar incelenmiş ve hükümetlerin ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihleri ve aldıkları önlemler etkileriyle birlikte değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, ülkelerin, çoğunlukla bir arada olmak üzere, daraltıcı ve genişletici olmak üzere iki tür politika araçları uyguladıkları görülmüştür. Yine çalışma sonucunda ekonomik krizlerin sağlığa etkilerinde, hangi politika türünün (daraltıcı veya genişletici) baskın olduğunun önemli bir faktör olduğu ve genişletici politikaların baskın olması durumunda krizlerin sağlığa olası olumsuz etkilerinin önemli ölçüde azaltıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

ABSTRACT

This study is carried out in order to show what the health policy preferences and of the countries in times of economic crisis from 1990 to 2014 in the world are, and what countermeasures are taken to prevent the possible adverse effects on health. In this context, theoretical and empirical studies have been examined and the health policy preferences of the governments and, countermeasures taken by governments during times of economic crisis have been evaluated together with the effects of these actions. As a result of the study, it has been seen that countries apply two types of policy instruments, mostly usually in combination: contractionary and expansionary. Again, from the result of the study, it is concluded that which type of policy (the contractionary or expansionary) is predominant is an important factor in the effects of economic crisis on health, and that the potential adverse effects of crises are significantly reduced if the expansionary policies are predominant.

GİRİŞ

Ekonomik koşullarda meydana gelecek kriz gibi ani değişimlerin yönünden bağımsız olarak (negatif veya pozitif) sağlığa etkilerinin olacağını belirtmek mümkündür. Ekonomik krizlerin sağlığa etkilerinin yönünü belirlemede politikalar önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığı etkileyen faktörlerden yaş, cinsiyet ve genetik gibi değişmez nitelikte olanların dışındakilerin çoğuna politikalar aracılığıyla müdahale edilebilmektedir (Whitehead et al., 2001). Bu kapsamda, politika ve sağlık politikasının ne olduğunun tanımlanmasında fayda bulunmaktadır.

Anderson'a göre (2011) politika bir problem veya mesele ile ilgilenmek için bir aktör veya aktörler grubu tarafından izlenen, göreceli olarak istikrarlı, planlı eylem veya eylemsizlik biçimidir ve politikalar tek bir kararı değil birçok kararı içermektedir. Sağlık politikasının ise çeşitli tanımları (Chaffee et al., 2014; Longest, 1998; Patric ve Erickson, 1993) bulunmakla birlikte geniş kapsamlı bir tanımlı Walt (1994) tarafından yapılmıştır. Walt'a göre ise sağlık politikası sağlık hizmetleri sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansmanını etkileyen faaliyetlerin ötesinde, sağlık üzerinde etkisi olan kamu, özel sektör

ve gönüllü örgütler tarafından kasıtlı ya da kasıtsız olarak gerçekleştirilen tüm faaliyetleri de kapsayacak genişlikte bir kavram olarak ele alınmaktadır (Walt, 1994).

Ekonomik kriz durumunda, ülkeler genellikle kemer sıkma ve tasarruf önlemleri uygulamakta ve sağlık sistemi de bu önlemlerin uygulandığı önemli alanlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Doctors of World, 2014). Krizler karşısında ülkelerin, sağlık politikalarında genellikle kısa vadeli değişiklikler şeklinde verdiği bu cevaplar bir anlamda, ekonomik krizlerin sağlık sistemi üzerindeki etkilerini de ifade etmektedir (Modrek et al., 2013). Sağlık sistemi üzerindeki bu etkiler de toplumun ve bireylerin sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Sağlık sistemiyle ilgili alınacak kararlar, sağlığı krizin etkilerinden koruyabileceği gibi tam tersine toplumun ve bireylerin sağlığının daha da kötüleşmesine neden olabilecektir. Bu nedenle ekonomik krizlerin sağlığa olan etkilerini azaltmaya yönelik devlet müdahalelerinin büyük önemi bulunmaktadır (Musgrove, 1997, 2004; Thomas et al., 2012). Bu kapsamda çalışmanın temel amacı, ekonomik krizlerde ülkelerin ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihlerinin ve aldıkları önlemlerinin etkileriyle birlikte değerlendirilmesidir.

EKONOMİK KRİZ ZAMANLARINDA SAĞLIK POLİTİKASI TERCİHLERİ VE ALINAN ÖNLEMLER

Ekonomik krizler karşısında ülkelerin, sağlıkla ilgili politika araçları çok çeşitli olmakla birlikte, sağlık sistemine etkileri açısından temel müdahale alanları olarak aşağıdakiler üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir (USAID, 2009; WHO, 2009a; WHO, 2009b; WHO, 2009c; Simms ve Rowson, 2003; Ebner, 2010; Barros, 2012; Belvis et al., 2012; KPGM, 2012; Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Thomas et al., 2012; Gallo ve Gene-Badia, 2013; Karanikolos et al., 2013; Kastanioti et al., 2013; Kondilis et al., 2013; Thomas et al., 2013; Doctors of World, 2014; Timo et al., 2014):

- Sağlık harcamalarına ve bütçelerine yönelik müdahaleler,
- Sağlığa yapılan sermaye yatırımlarının iptali veya ertelenmesi,
- Sağlık personeli sayısına veya ücretlerine ilişkin müdahaleler,
- Sağlık hizmeti hacmiyle ve kapsamıyla ilgili müdahaleler,
- Katkı paylarının düzenlenmesine yönelik müdahaleler ve
- Maliyetleri düşürmeye ve etkinliği artırmaya yönelik önlemler.
- Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında müdahaleler.

Sağlık Harcamalarına ve Bütçelerine Yönelik Müdahaleler

Ekonomik kriz dönemlerinde, ülkelerin kamu harcamalarını kesmek için müdahale ettiği alanlar içinde sağlık harcamaları önemli bir rol oynamaktadır. Aslında yukarıda sayılan müdahale alanlarının çoğu birbirini etkilemektedir ve temel olarak sağlık harcamalarını kontrol etmeye yöneliktir. Teorik olarak, ekonomik kriz dönemlerinde sağlık harcamalarının artacağı ifade edilmektedir. İlk olarak, kriz dönemlerinde zamanın fırsat maliyetinin düşmesi, sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımına neden olabilir. Ayrıca ekonomik krizler, mevcut sermayeyi yenileme ve temel onarımları yapmak için bir fırsat sağladığı için sağlık harcamaları artabilir. Son olarak, ekonomik kriz nedeniyle devlet destekli sağlık programları için uygun kişi sayısının artması da sağlık harcamalarını artıracaktır (Thomas et al., 2012). Bu teorik açıklamanın aksine gelişmekte olan birçok ülkede, ekonomik kriz döneminde sağlık harcamalarının kalıcı olmamakla birlikte azaldığını gösteren kanıtlar da bulunmaktadır (WHO, 2009c; Thomas et al., 2012).

Aslında bir ekonomik kriz durumunda politikacıların önünde sağlık harcamalarıyla ilgili, kamu sağlık harcamalarını azaltma, aynı düzeyi koruma, artırma veya kaynakları etkinliği artıracak şekilde sağlık sistemi içinde yeniden dağıtma şeklinde dört seçenek bulunmaktadır. Politikacılar, bu seçenekler arasında karar verirken uygulanacak düzenlemelerin sağlık sistemi amaçları üzerindeki etkilerini dikkate almak durumundadır. Çünkü sağlık harcamalarını kesme kararının finansal korumayı azaltarak, eşitsizlikleri artırarak ve sağlık sonuçlarını kötüleştirerek sağlık sisteminin performansını kötüleştirme riski bulunmaktadır (Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Karanikolos et al., 2013).

Thomas et al. (2013), ekonomik kriz dönemlerinde, kamu sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla başa çıkabilmek için sağlık harcamalarının artırılması gerektiğini ifade etmektedir. Ancak sağlık harcamaları ile ilgili kanıtlar birçok ülkede sağlık harcamalarının düşürüldüğü yönündedir. Bu kapsamda 2008 krizinden sonra, Avrupa Birliği'ndeki birçok ülkede kamu sağlık harcamalarında kesintiye gidildiği görülmektedir (Ebner, 2010). 2008 - 2011 yılları arasında Avrupa Bölgesindeki 44 ülkede ise sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı düşerken, 24 ülkede ise sağlık harcamalarının artış oranı yavaşlamıştır (Thomson et al., 2014).

Ekonomik krizlerde, kamu harcamalarını düşürmede ve sağlık harcamalarının kontrol etmede en sık karşılaşılan müdahalelerden biri sağlık bütçelerinin

doğrudan düşürülmesidir (Thomson et al., 2014). 2008 ekonomik krizinin bir sonucu olarak birçok Avrupa Bölgesi ülkesi, sağlık bütçesini düşürmüştür (Eurofound, 2014; HOPE, 2011; KPGM, 2012). Avrupa bölgesinde; Avusturya, Bulgaristan, Kıbrıs, Estonya, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Letonya, Romanya, Sırbistan, Slovenya, Slovakya, İspanya, İngiltere, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Belçika, Portekiz, Montenegro kamu sağlık bütçelerini düşürmüştür (Thomson et al., 2014; WHO, 2009a; Barros, 2012; HOPE, 2011; Waldhausen, 2014). Bütçelerinde kesinti yapan ülkelerin yanında, artışa giden ülkeler de bulunmaktadır. Malta, Ermenistan, Arnavutluk, Gürcistan, Litvanya, Moldova, Makedonya, Kırgızistan ve Türkiye bütçelerini artırmışlardır (WHO, 2009a; HOPE, 2011; McKee, 2013). Yine 2008 krizi sonrasında ABD’de bütçede önemli kesintiler olmuştur. ABD’nin 2012’deki bütçe planı 2013 yılında Medicare ve Medicaid’te 320 milyar Dolar kesinti planlamıştır (KPGM, 2012). Asya krizinde Arjantin, Endonezya, Filipinler, Vietnam, Kamboçya, Laos, Kore ve Rusya’da sağlık bütçelerinin düşürüldüğü görülmektedir (MBCMR, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d; USAID, 2009; Thomas et al., 2012). Tayland ise aksine bütçesini görece olarak korumuştur (USAID, 2009).

Finansal zorluklar karşısında politikacılar sağlık harcamaları ve bu kapsamda sağlık bütçelerinde daraltıcı politika yani kesinti yapma yoluna başvurabilirler. Kamu sağlık kaynaklarına ihtiyacı arttığı bir dönemde, sağlık bütçelerinde gerçekleştirilecek kesintiler, sağlığa erişimi engelleyebilir sağlıkta eşitsizlikleri artırabilir, hizmet kalitesinin düşmesine ve hizmetin bulunabilirliğinin azalmasına neden olabilir (WHO, 2009c; Belvis et al., 2012; Mladovsky et al., 2012; Ifanti et al., 2013; Li et al., 2013). Bu nedenle, sağlık bütçelerinde kesinti şeklindeki daraltıcı politikanın dikkatli yapılması gerekmektedir. Thomson et al. (2014)’e göre ülkeler aşağıdaki şartları karşıladığı sürece sağlık bütçelerindeki kesintilerin veya dondurmaların olumsuz etkileriyle başa çıkabilirler:

- Sağlık sistemi yeterli ölçüde kamu tarafından finanse ediliyorsa. Örneğin sağlığın kamu harcamaları içindeki payının yüksek olması hükümetin sağlığa güçlü bir şekilde bağlı olduğunu gösterir.
- Cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı düşükse ve hanehalkları cepten harcamalardaki küçük bir artışı finansal zorluğa girmeden karşılayabilirse.
- Sağlık sistemindeki israfı önlemeye yönelik politik istek varsa, performans etkilemeden girdi maliyetlerini düşürmek mümkündür.
- Yoksul, işsiz ve sosyal dışlanma durumundakileri destekleyecek sağlam sosyal politikalar mevcutsa.

Sağlığa Yapılan Sermaye Yatırımlarının İptali veya Ertelemesi

Ekonomik kriz durumunda, politikacıların sağlıkta tasarruf yapmak için verdiği kısa vadeli cevapların başında sermaye yatırımlarını ertelemek veya iptal etmek gelmektedir (WHO, 2009c; Timo et al., 2014). 2008 krizi nedeniyle Malta’da 2010 yılında bazı önemli ve büyük sağlık yatırımları ertelenmiştir (HOPE, 2011). İtalya’da ise merkezi yönetim hastanelerin bina tadilatları ve teknoloji yatırımları bütçelerinde 1 milyar Euro kesintiye gitmiştir (Belvis et al., 2012). Romanya’da 8 yeni hastane inşaatı planı iptal edilmiştir. İrlanda’da planlanmış 4 yeni sağlık kuruluşunun birisinin inşası iptal edilmiştir (EPHA, 2014). Benzer şekilde 2008 krizi nedeniyle Avrupa Birliği’ndeki birçok ülkede sağlığa yapılan sermaye yatırımlarının genellikle ertelendiği görülmektedir (Ebner, 2010). Sağlığa yapılacak altyapı, donanım ve eğitim yatırımlarının sınırlandırılması neticesinde politikacılar tasarruf yapmaya çalışabilirler (Thomson et al., 2014). Ancak krizin sürmesi durumunda, sermaye yatırımlarındaki kesintiler uzun vadeli problemlere neden olabilirler. Özellikle bakım-onarım, tıbbi malzeme ve diğer işletme maliyetlerindeki kesintilerin hizmet sunumuna zarar vermesi olasıdır (WHO, 2009c).

Sağlık Personeli Sayısı ve Ücretlerine İlişkin Müdahaleler

Ekonomik kriz döneminde, alınan bazı önlemler doğrudan sağlık profesyonellerini etkilemektedir (HOPE, 2011). Sağlık personeli sayısının azaltılması, personel alımının dondurulması veya alım sayısının düşürülmesi, personel ücret veya ödüllerinin düşürülmesi, ücret artışlarının dondurulması gibi önlemler doğrudan sağlık personelinin etkileyen uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır (Menabde, 2009; WHO, 2009a; WHO, 2009c; Ebner, 2010; Barros, 2012; Belvis et al., 2012; Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Kondilis et al., 2013; Eurofound, 2014; Timo et al., 2014). Eurofound (2014) personel kesintilerinin açık bir şekilde krizle bağlantılı olduğunu öne sürmektedir. Bu konuda tercih edilen politikanın genellikle kesinti, yani daraltıcı politika olduğu gözlenmektedir. 2008 krizi sonucunda Avrupa’da birçok ülkenin sağlık personeli sayısında kesintiler yaptığı ifade edilmektedir (Ebner, 2010). İsveç, Kanada, Danimarka, Fransa, Portekiz, Katalonya, İrlanda, İtalya, Yunanistan, Slovenya, Kıbrıs ve İspanya’da sağlık çalışanı sayısı azaltılmıştır (Menabde, 2009; Eurofound, 2014; Timo et al., 2014). Kıbrıs, Yunanistan, Baltık Ülkeleri, Romanya, İspanya, Portekiz, İrlanda ve Romanya’da sağlık profesyonellerinin ücretleri düşürülmüştür.

Dahası Bulgaristan, Macaristan, İngiltere, Portekiz ve Slovenya'da maaşlar dondurulmuş, Danimarka'da ise maaş artış oranları düşürülmüştür (WHO, 2009a; KPGM, 2012; Mladovsky et al., 2012a, 2012b; Karanikolos et al., 2013; Timo et al., 2014).

Yunanistan'da 2009-2011 yılları arasında kamu hastanelerinin harcamaları %12,5 oranında düşmüş olmakla birlikte bu düşüşün nedeninin etkinliğin artmasından ziyade maaşlardan yapılan %75'lik bordro kesintileri olduğu belirtilmektedir (Kondilis et al., 2013). Sağlık personeliyle ilgili kısıtlamalar, harcamaları kontrol etme imkânı tanıdığı gibi hizmet kalitesini ve hizmetin bulunabilirliğini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca bazen bu kesintiler sağlık profesyonellerinin başka ülkelere gitmesine de neden olabilmektedir (HOPE, 2011; Eurofound, 2014). Sağlık personelinin etkileyen uygulamaların genellikle daraltıcı politika şeklinde olduğu görülmekle birlikte bu konuda genişletici politika uygulayan ülke örnekleri de bulunmaktadır. Küba'da 1990'lı yıllarda yaşanan ekonomik kriz sonrasında sağlık personeli sayısı önemli ölçüde artırılmıştır (Borowy, 2013). 2008 krizinden sonra Finlandiya'da ise sağlık personelinin ücretleri artırılmıştır (WHO, 2009a).

Sağlık Hizmeti Hacmi ve Kapsamı ile İlgili Müdahaleler

Ekonomik kriz dönemlerinde politikacıların, krizin getirdiği finansal zorluk karşısında sağlık hizmetlerinin hacmi ve kapsamını değiştirmeye yönelik müdahalelerde buldukları gözükmektedir. Sağlık hizmeti hacmi ve kapsamına yönelik müdahalelerin temel amacının ise doğrudan veya etkinliği artırarak dolaylı olarak sağlık harcamalarını kontrol etmek olduğu söylenebilir. Sağlık hizmeti hacmini değiştirmeye yönelik müdahalelerin genel olarak daraltıcı politika şeklinde geliştiği görülmektedir. Hizmet sunucuların kapatılması veya sayılarının düşürülmesi, kamu hastanelerinin kliniklerinin kapatılması veya birleştirilmesi, yatak sayılarının düşürülmesi, gereksiz kabulleri önlemek için uygunluk kriteri kullanımıyla hasta kabullerinin ve ortalama yatış sürelerinin azaltılması, bekleme sürelerinin artırılması gibi önlemlerle bu kapsamda uygulanan müdahaleler arasında yer almaktadır (Belvis et al., 2012; Mladovsky et al., 2012a; Mladovsky et al., 2012b; Kondilis et al., 2013; Doctors of World, 2014; Eurofound, 2014). Kondilis et al. (2013) Yunanistan'da 2008 krizi sonrasında kamu hastanelerinin birçoğunun yatakların ve kliniklerinin kapatılması ve birleştirilmesine yönelik müdahalelerin gerçekleştirildiğini ifade etmektedir. Romanya'da 2011 yılı ortalarında kırsal alanlarda yer alan 67 kamu hastanesi kapatılmıştır (kamu hastanelerinin yaklaşık %15'i) (Eurofound, 2014). Belvis et al. (2012) 2008

krizi nedeniyle İtalya'da hizmet hacmini düşürmeye yönelik olarak hastane yataklarının düşürüldüğünü, hasta kabul kriterinin yükseltilerek hasta kabullerinin ve ortalama yatış sürelerinin azaltıldığını ifade etmektedir. Timo et al. (2014) ise sağlık hizmeti hacmine yönelik müdahaleler kapsamında Estonya, Danimarka ve Katalonya'da bekleme zamanlarını artırma politikasının öne çıktığını belirtmektedir.

Ekonomik kriz durumunda politikacılar, sağlık hizmeti kapsamını sınırlandırarak kamu sağlık harcamalarını kesmeye çalışabilirler. Aynı zamanda, maliyet etkili olmayan hizmetlerin kullanımını engellemeye çalışarak da etkinliği artırmaya çalışabilirler (Thomson et al., 2014). Sağlık hizmeti kapsamında ilgili kısıtlamalar, bazen basit bir şekilde bazı hizmetleri hizmet paketi kapsamından çıkararak yapılabildiği gibi, bazen de daha karmaşık yollarla yapılabilmektedir. Örneğin Bulgaristan'da, 2008 krizi sonrasında sigorta kurumu hizmet paketinden herhangi bir hizmet çıkarmamış, bunun yerine sadece tanımlı temel prosedür ve malzemeleri finanse etmeye başlamıştır. Daha yüksek kaliteli prosedürler isteyen hastaların, tüm ödemeyi cepten yapmaları gerekmektedir. Daha önceden ise hastalar sadece kaliteli prosedür için fark ödemek durumundaydı (Eurofound, 2014). Avustralya'da hükümet 2008 krizi sonrasında tasarruf yapmak için özel sağlık sigortası primine yapılan kamu katkısını önemli ölçüde kaldırmıştır (Menabde, 2009). Yunanistan, dört büyük hastalık fonunu birleştirerek yeni bir kamu hastalık fonu oluşturmuş ve bu fon içinde sağlık faydalarında önemli azalmalar gerçekleştirmiştir (Kondilis et al., 2013). İspanya 2008 krizi sonrasında, hem bazı hizmetleri temel hizmet paketi kapsamından hem de toplumun bazı kesimlerini (illegal göçmenleri) sağlık kapsamından çıkaran bir düzenleme getirmiştir (Gallo ve Gene-Badia, 2013: 2-3). İrlanda ise 70 yaş üzerini birinci basamak hizmet kapsamından, Çek Cumhuriyeti ise bazı yabancıları kapsamdan çıkarmıştır (McKee, 2013).

Sağlık hizmetlerinin hacmi ve kapsamına yönelik daraltıcı önlemler, sağlık sistemlerinin amaçlarını özellikle baltalayan politika araçları olarak ifade edilmektedir (Doctors of World, 2014). Sağlık hizmetlerinin kapsamının etkili olduğu bir yerde, insanların finansal zorluğa girmeden ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri gerekir (Thomson et al., 2014). Kapsamdaki azalmalar, sağlık hizmetleri için ödeme sorumluluğunu bireylere kaydırır ve bu durum genellikle sağlık sistemi içinde cepten sağlık harcamalarının rolünü artırmaktadır. Maliyet kaymaları, büyük ihtimalle hizmet isteklerinin ertelenmesine, finansal zorluğun ve karşılanmayan ihtiyaçları artmasına neden olacak ve hizmete

erişimdeki adaletsizlikleri artıracaktır. Ayrıca kapsam kısıtlamaları kısa vadede finansal yardım sağlayabilir ancak uzun vadede sağlık sisteminin maliyetlerini artırabilecektir (Thomson et al., 2014). Burada sağlık teknolojisi değerlendirmeleri ile yapılacak bilgilendirilmiş daralmaların daha faydalı olacağı belirtilmektedir (Thomson et al., 2014). Ayrıca, sağlık hizmeti kapsamıyla ilgili uygulanacak kararların genişletici nitelikte olması da daha faydalı olabileceğini söylemek mümkündür.

Genel olarak bakıldığında da birçok ülkenin özellikle savunmasız gruplara yönelik kapsama ilgili genişletici politikalar uyguladığı gözükmektedir. Örneğin, ABD’de işveren sağlık sigortasına sahip toplum yüzdesi 2009’da %56,1 iken 2010 yılında %55,3’e düşmüştür. İşsizlik nedeniyle sigorta kapsamı dışına çıkan sigortasız bireyleri, düşük ve orta gelirli kesimi sigorta kapsamına almak ve sağlıklarını korumak için ABD, 2010 yılında Hasta Koruma ve Ödenebilir Bakım Kanununu yürürlüğe konmuştur (KPGM, 2012). İrlanda 2008 krizi ile birlikte, geliri belli bir seviyenin altında olanlar için birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz almalarını sağlayan “sağlık kartları” uygulaması başlatmıştır (Eurofound, 2014). Avusturya’da 2010 yılında yoksulluk sınırı altında yaşayan insanlar sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Slovenya’da 2009 yılında savunmasız durumda yer alan birçok grup ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiştir. Fransa’da 2012 yılında, tamamlayıcı sağlık sigortası almasına izin verilen bireyler için gelir sınırı artırılmıştır. Yunanistan’da 2013 yılında “Sağlık Kuponu – Health Voucher” programı uygulamaya konulmuştur. Bu programla hem uzun süreli işsiz olup sağlık sigortası kapsamı dışına çıkanlar hem de onların bağımlılarının sağlık hizmetlerinden faydalanması amaçlanmıştır. İrlanda’da 2014 yılında “Genel Pratisyen Kartları’nın (GP only cards)” kapsamı genişletilerek 6 yaş ve altındaki bütün çocuklar kapsama dâhil edilmiştir. İsveç’te, 2008 yılından itibaren, uzun süreli ağrı problemleri olan insanlara rehabilitasyon hizmetleri garantisi verilmiştir (Eurofound, 2014).

Katkı Paylarına Yönelik Müdahaleler

Ekonomik krizlerin neden olduğu finansal baskıyla başa çıkabilmek ve gelirleri artırmak için birçok ülkenin, aldığı önlemler arasında kullanıcı katkıları önemli bir yer tutmaktadır (Barros, 2012; Mladovsky et al., 2012a, 2012b; WHO, 2013; Eurofound, 2014). Katkı paylarının artırılmasına yönelik müdahalelerin, sağlık sigortası için işçi ve işveren kesintilerinin artırılması, sağlık hizmeti kullanımında muayene veya tedavi için alınan kullanıcı katkılarının artırılması, ilaç katılım tutarlarının artırılması gibi şekillerde olması ve tek

tek yâda hepsinin bir arada uygulanması mümkündür (Mladovsky et al., 2012a, 2012b; McKee, 2013).

Ekonomik kriz dönemlerinde, katkı paylarına yönelik müdahalelerle ilgili kanıtlar, katkı paylarının birçok ülkede artırıldığını göstermektedir. McKee (2013) Avrupa’da 2008 krizi ile birlikte birçok ülkede, ilave gelir elde etmek için işçi ve işveren katkılarının artırıldığını ifade etmektedir. Avrupa’da İspanya, İtalya, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Letonya, Finlandiya, Estonya, Fransa, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Portekiz, Romanya ve Slovenya gibi ülkelerin, 2008 krizi sonrasında sağlık hizmetlerinde katkı paylarını çeşitli şekillerde artırdığı gözükmektedir (WHO, 2009a; Belvis et al., 2012; KPGM, 2012; Karanikolos et al., 2013; Kondilis et al., 2013; Kentikelenis et al., 2014; Waldhausen, 2014).

Ülkelerin sağlık hizmeti talebini kontrol etmek amaçlı başvurdukları kullanıcı katkılarının insanları daha uygun hizmet kullanmaya yönlendirdiğine veya kamu sağlık harcamalarını kontrol ettiğine dair çok az kanıt vardır. Aksine kullanıcı katkılarının sağlık sisteminin performansını olumsuz etkilediğine dair birçok kanıt vardır (Thomson et al., 2014). Katkı paylarının artırmanın hizmete erişimi kötüleştirme, cepten ödemeyi artırarak ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti kullanımını engelleme gibi riskleri bulunmaktadır (Kwon, 2000; Doctors of World, 2014; Kentikelenis et al., 2014). Bu nedenle kullanıcı katkıları uygulandığı zaman yeterli koruma mekanizmalarının da uygulamaya konulması çok önemlidir (Thomson et al., 2014). Bu amaçla, ülkelerin katkı paylarını artırırken olumsuz etkilerini engellemek için çeşitli önlemler aldığı da gözlenmektedir. Portekiz bir taraftan kullanıcı katkılarını artırırken diğer taraftan kullanıcı katkılarından muafiyetleri de artırmıştır (Barros, 2012). Letonya 2009 yılında Sosyal Güvenlik Ağı Stratejisini uygulamaya başlamıştır. Bu uygulama ile aylık geliri kişi başına 170 Euro’nun altında olan hanehalkları katkı paylarından muaf tutulmuştur. Daha sonra 2012 yılında bu miktar 128 Euro’ya düşürülmüştür. Geliri 170 Euro ile 213 Euro arasında olanlar ise katkı payının %50’sini ödemekle yükümlü tutulmuştur. Lüksemburg peşin ödemeleri yapmakta zorlanan bireyler için 2013 yılı itibarıyla “üçüncü taraf ödeyici sistemi” planlamıştır. Portekiz’de katkı payından muaf olmak için gerekli gelir düzeyi artırılmış ve böylelikle 2006 yılında 1,9 milyon olan muaf kişi sayısı, 2013 yılında 2,8 milyona çıkmıştır (Eurofound, 2014). Çin’in 2008 Dünya krizi ile ilgili aldığı önlemler arasında bazı katkı paylarının iptali yer almaktadır (Li et al., 2013). Ayrıca Letonya’da enformel ödemeler 2009 yılında kriminal suç olarak nitelendirilmiştir (Gallo ve Gene-Badia, 2013)

Maliyetleri Düşürmeye ve Verimliliği Artırmaya Yönelik Önlemler

Ekonomik krizler çoğu durumda, enflasyon ve devalüasyonla birlikte ithal edilen tıbbi donanım ve malzeme fiyatlarının yükselmesine ve dolayısıyla da sağlık hizmet maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Hizmet maliyetindeki artışlar elimine edilemezse malzeme temininde sıkıntılar artacak ve bunun neticesinde sağlık sonuçları olumsuz etkilenebilecektir (WHO, 2009c). Ekonomik krizlerin neden olduğu finansal baskı karşısında karar vericiler sağlık sonuçlarının kötüleşmesine neden olmayacak çareler bulmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca ekonomik krizler, sistemi verimliliği artıracak şekilde yeniden tasarlamak için politikacılar için bir fırsat anlamına da gelmektedir (Portela ve Thomas, 2013; Timo et al., 2014). Bu amaçlarla, karar vericiler sağlık hizmetlerinde verimliliği artıracak ve maliyetleri düşürecek önlemler geliştirmeye çalışmaktadırlar (Mladovsky et al., 2012a, 2012b).

Genel olarak sağlık harcamalarının temel unsuru hastaneler olduğu için ekonomik kriz dönemlerinde maliyeti kısma ve verimliliği artırmaya yönelik önlemlerin de temel odağı hastaneler olmaktadır (HOPE, 2011). Hastanelerde yönetim maliyetlerini düşürmek için tıbbi donanım ve malzemelerin merkezi olarak alınması bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır (Timo et al., 2014; Thomson et al., 2014; Gallo ve Gene-Badia, 2013). 2008 krizinde birçok Avrupa ülkesinin, yönetim maliyetlerini düşürmek için hastane satınalma organizasyonlarını yeniden düzenleyerek satınalmaları merkezi hale getirdiği ifade edilmektedir (Thomson et al., 2014). Yunanistan'ın, 2008 yılında merkezi Sağlık Satınalma Komisyonu oluşturduğu ve bu merkezi satınalma programı sayesinde Yunanistan'ın kısa vadede önemli tasarruflar elde ettiği belirtilmektedir (Kastanioti et al., 2013).

Ekonomik kriz dönemlerinde, maliyetleri düşürmek ve verimliliği artırmak için birçok ülkenin ilaç harcamalarını ve geri ödemeleri düşürmeye yönelik önlemler aldığı gözlenmektedir (HOPE, 2011; Timo et al., 2014). Örneğin 2008 krizinde, Avusturya, Belçika, İrlanda ve İspanya ilaç fiyatlarını düşürmek için ilaç üreticileriyle olan sözleşmelerini yeniden müzakere etmiştir (Timo et al., 2014). Avusturya, Letonya, Polonya ve Slovenya ilaç firmalarıyla fiyat pazarlıklarındaki pozisyonlarını güçlendirmişlerdir (Karanikolos et al., 2013). Danimarka, Almanya, Finlandiya, Malta, İsveç, Slovakya (KPGM, 2012), Fransa, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti'nde ise jenerik ilaçların kullanımı öne çıkarılmıştır. Malta ve Slovakya'da ise referans fiyat sistemi getirilmiştir (Timo et al., 2014). Estonya 2010'da geri ödeme listesindeki

ilaçların %50'sini bu sisteme dâhil etmiştir (KPGM, 2012). Belçika implant ve tıbbi malzemeler için daha düşük fiyatlı yeni bir geri ödeme planı uygulamıştır. Çek Cumhuriyeti ise 2011 yılında tıbbi cihaz ve ilaç tedariki için ihale uygulaması başlatmıştır. Slovenya ise tıbbi malzeme ve donanımına ödenen fiyatları %20 düşürmüştür (Timo et al., 2014). Fransa orta dereceli klinik faydalı ilaçların geri ödeme oranını %35'ten 30'a, düşük faydalı olanları ise 20'den 15'e düşürmüştür (KPGM, 2012). İtalya Jenerik ilaç fiyatlarında %12,5'lik bir zorunlu düşüş gerçekleştirmiş ve jenerik ilaçlar için yapılan geri ödemenin Avrupa ortalamasına göre yapılmasına yönelik düzenleme yapmıştır (Belvis et al., 2012). ABD'de, 2010 yılında yürürlüğe koyduğu Hasta Koruma ve Ödenebilir Bakım Kanunu ile maliyetleri azaltmak için Sorumlu Bakım Örgütleri'ni tanıtmıştır. Bu örgütler, Medicare üyelerine sağlık hizmeti sunucuları arasında koordinasyon sağlayarak gereksiz hizmetleri kullanımını önleyerek, hizmet maliyetlerinin düşürülmesine yardımcı olmaktadır (KPGM, 2012).

Temel ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Kapsamında Müdahaleler

Ekonomik krizler, sağlık hizmetleri üzerindeki olumsuz etkilerinin yanında, çevre ve davranış gibi sağlığın diğer belirleyicileri üzerinde de negatif etkilere neden olmaktadır (Labonte, 2009). Ekonomik kriz dönemlerinde işsizlik ve fakirlik artmakta, buna bağlı olarak gelir düşüklüğü özellikle düşük gelirli ve savunmasız durumdaki grupların beslenme, barınma ve sanitasyon şartlarının kötüleşmesine neden olarak sağlığı olumsuz etkilemektedir (HPC, 2009; ECDC, 2013; Brinkman, 2010). Bu nedenlerle ekonomik krizlerin sağlığa olumsuz etkilerini önlemede temel ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik önlem ve yatırımlar da önemli hale gelmektedir. Ekonomik krizlerin sağlığa etkilerini önlemede, ülkelerin temel ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aldıkları önlemler çeşitlidir. Ülkeler bu kapsamda, temel eğitim düzeyinin geliştirilmesi, çevre temizlik ve sanitasyon hizmetlerinin artırılması, işsizlik sigortası, istihdam programları, besin ve gıda yardım programları gibi diğer kamu ve sosyal programlara harcamaların artırılması, alkol ve sigara üzerindeki vergilerin artırılması gibi önlemlere başvurabilmektedir (WHO, 1998; Kwon, 2000; Ramesh, 2009; USAID, 2009; Suhrcke ve Stuckler, 2012; Karanikolos et al., 2013; Li et al., 2013).

Endonezya, 1997 ekonomik krizinin sağlığa etkilerini azaltmak için 1998 yılı ortasında Sosyal Güvenlik Ağı isimli bir sosyal koruma programı uygulamaya koymuş ve toplam kamu harcamalarının %30'unu

bu programlara ayırmıştır (Ramesh, 2009). Program kapsamında, fakir ailelerin beslenmelerini korumak için hükümet ücretsiz gıda dağıtımını ve temel gıdalar için destek fiyatları uygulamıştır (Suci, 2006; USAID, 2009). Dünya Bankası uygulanan bu politikaların sayesinde “katastrofik sonuçların” engellendiğini ifade etmektedir (Simms ve Rowson, 2003). Küba’da 1997 krizinde Küba, insanların besin ve gıda ihtiyaçlarını karşılaması için devlet kentsel alanlarda tarımsal üretimi desteklemiş ve kentlerde organik tarım ürünleri yetiştirilmesine imkân sağlamıştır (Borowy, 2013). 1997 krizinde Malezya, uluslararası finansal toplumun sosyal koruma harcamalarını azaltması yönündeki öğütüne uymayarak, harcamalarını artırmıştır (Stuckler et al., 2009). Suhrcke ve Stuckler (2012) Malezya’nın uyguladığı bu politika neticesinde, Malezya’da ölüm oranlarında belirgin bir etki yapmadığını ifade etmektedir. Çin 2007 kriziyle birlikte, temel düzey eğitimin geliştirilmesi (ücretsiz kitaplar, kısa süreler için ücretiz barınma), konut güvenlik sisteminin geliştirilmesi, düşük gelir gruplarına verilen desteklerin artırılması gibi sosyal güvenlik tedbirlerini uygulamıştır. Bu uygulamalar sayesinde toplumun temel yaşam koşullarının krizden etkilenmediği ifade edilmektedir (Li et al., 2013). Avrupa’da ise 2007 kriziyle birçok ülke, alkol ve sigara üzerindeki vergileri artırmıştır. Vergi artışı hem ek gelir sağlarken hem de fiyat esnekliklerinin birin altında olması nedeniyle sigara ve alkole bağlı sağlık problemlerini azaltmaktadır (Karanikolos et al., 2013).

SONUÇ

Çalışma sonucunda, ekonomik kriz dönemlerinde ülkelerin, sağlık hizmetleri ve sağlığın diğer belirleyici alanları üzerinde daraltıcı veya genişletici politika olmak üzere iki tür politika uyguladıkları ve genelde de bu iki tür politikayı birlikte uyguladıkları görülmüştür. Yine ekonomik krizler karşısında ülkelerin, genişletici veya daraltıcı sağlık politikası şeklindeki uygulamalarının, sağlık sistemine etkileri açısından temel müdahale alanları olarak aşağıdakiler üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür:

- Sağlık harcamalarına ve bütçelerine yönelik müdahaleler,
- Sağlığa yapılan sermaye yatırımlarının iptali veya ertelenmesi,
- Sağlık personeli sayısına veya ücretlerine ilişkin müdahaleler,
- Sağlık hizmeti hacmiyle ve kapsamıyla ilgili müdahaleler,
- Katkı paylarının düzenlemesine yönelik müdahaleler,
- Maliyetleri düşürmeye ve etkinliği artırmaya yönelik önlemler ve

- Temel ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında müdahaleler.

Ayrıca çalışma sonucunda, ekonomik krizlerin sağlık sonuçlarına olası negatif etkilerinde, hangi politika türünün baskın olduğunun önemli bir faktör olduğu anlaşılmaktadır. Kanıtlar ekonomik kriz dönemlerinde, kesinti politikalarının, başka bir deyişle daraltıcı politikaların, ağırlıkta olduğu ülkelerde sağlık sonuçlarının daha da kötüleştiği yönündedir. 1990’lı yıllarda ekonomik krizle karşı karşıya kalan Rusya’da (Kontorovich, 2001; Menabde, 2009; WHO, 2009c; Borowy, 2011) ve 2007 ekonomik krizinde Yunanistan’da (Kentikelenis et al., 2011; Kondilis et al., 2013; EPHA, 2014; Kentikelenis et al., 2014; Simou ve Koutsogeorgou, 2014) daraltıcı politikalara ağırlık vermelerinin bir sonucu olarak sağlık sonuçlarının önemli ölçüde olumsuz etkilendiği gözlenmiştir. Ekonomik kriz dönemlerinde, özellikle fakir ve savunmasız kesimi korumaya yönelik olmak üzere sağlık hizmetlerinde genişletici politika uygulayan ülkelerde ise krizin sağlığa etkilerinin önemli ölçüde azaltıldığı gözlenmektedir. 1997-1998 krizinde Malezya’da, 1990’lı yıllarda yaşanan ekonomik kriz döneminde Küba’da ve 1997 ekonomik krizi döneminde Endonezya’da sağlık hizmetlerinde genişletici politikanın baskın olması sonucunda sağlık sonuçları krizden önemli ölçüde etkilenmemiştir (Borowy, 2011; Menabde, 2009; Suci, 2006).

Sonuç olarak ekonomik kriz dönemlerinde, politik uygulamalarda krizin şiddeti önemli bir unsur olmakla birlikte, krizlerin sağlığa olası olumsuz etkilerini azaltmak için daraltıcı politikalarla ziyade genişletici politikalarla ağırlık verilmesinin faydalı olacağı değerlendirilmektedir. Ayrıca özellikle sağlık ve sosyal güvence destek programları için yapılan kamu harcamaları makro-ekonomik dengeleyici olarak işlev de göstermesinden (Starke et al., 2012; Thomson et al., 2014) dolayı sağlıkta uygulanacak genişletici politikaların ekonominin diğer alanlarına da fayda sağlayacaktır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar, ekonomik kriz dönemlerinde politikacıların sağlıkla ilgili alacakları kararların sağlık sonuçlarına olası etkilerinin ne olacağını değerlendirebilmeleri açısından yol gösterici olacaktır. Politikacılar diğer ülkelerin kriz dönemlerinde aldıkları sağlık politikası kararlarının neler olduğunu ve bunların etkilerinin ne yönde geliştiğini görerek ileride benzer durumlarda daha sağlıklı kararlar alabilecektir. Ayrıca çalışmada elde edilen sonuçların, ileride ekonomik krizlerin sağlığa etkileriyle ilgili yapılacak ampirik araştırmalara da ışık tutacaktır.

KAYNAKÇA

1. Anderson, J. E. (2011). *Public Policymaking*. 7th ed. Boston: Wadsworth Cengage Learning.
2. Barros, P. P. (2012). Health Policy Reform in Tough Times: The Case of Portugal. *Health Policy*, 106, 17-22.
3. Belvis, A. A., Ferre, F. Specchia, M. L. Valerio, L., Fattore, G. and Ricciardi, W. (2012). The Financial Crisis in Italy: Implications for The Healthcare Sector. *Health Policy*, 106, 10-16.
4. Borowy, I. (2011). Similar but Different: Health and Economic Crisis in 1990s Cuba and Russia. *Social Science and Medicine*, 72, 1489-1498.
5. Borowy, I. (2013). Degrowth and Public Health in Cuba: Lessons from The Past? *Journal of Cleaner Production*, 38, 17-26.
6. Chaffee, M. W., Mason, D. J. and Lewitt, J. K. (2014). A Framework for Action in Policy and Politics'. In Mason, D. J., Lewitt, J. K. and Chaffee, M. (Ed.). *Policy and Politics in Nursing and Health Care - Revised reprint*. 6th ed. Newyork: Elsevier Sciences.
7. Doctors of World. (2014). Access to Healthcare in Europe in Time of Crisis and Rising Xenophobia: An Overview of The Situation of People Excluded from Healthcare Systems. https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_MdM_Report_access_healthcare_times_crisis_and_rising_xenophobia_edcfd8a3%232E%23pdf Erişim Tarihi: 21.02.2015.
8. Ebner, Y. (2010). The Impact of The Economic Crisis on Health Inequalities. Background Paper for AER Conference on Health Inequalities. http://aer-www.ameos.net/fileadmin/user_upload/Commissions/HealthSocial/EventsAndMeetings/2010/Brussels_Fall/FINAL-Healthinequalities.pdf Erişim Tarihi: 17.04.2014.
9. ECDC (European Center for Disease Prevention and Control). (2013). Health Inequalities, The Financial Crisis, and Infectious Disease in Europe. Technical Report. http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/health_inequalities_financial_crisis.pdf Erişim Tarihi: 21.02.2015.
10. EPHA (European Public Health Alliance). (2014). Briefing Notes on The Financial and Economic Crisis: EPHA Facts and Figures – The Impact of The Crisis on Health.
11. EUROFOUND (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions). (2014). Access to Healthcare in Times of Crisis. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
12. Gallo, P. and Gene-Badia, J. (2013). Cuts Drive Health Systems Reforms in Spain. *Health Policy*, 113, 1–7.
13. HOPE (European Hospital and Healthcare Federation). (2011). The Crisis, Hospitals and Health Care. European Hospital and Healthcare Federation.
14. HPC (Healthy Public Policy). (2011) Social Environments and Health. Concept Paper. Edmonton: Alberta Health Services.
15. Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H. and Kalofonos, H. P. (2013). Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care. *Health Policy*, 113, 8–12.
16. Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J. P. and McKee, M. (2013). Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe. *Lancet*, 381, 1323–1331.
17. Kastanioti, C., Kontodimopoulos, N., Stasinopoulos, D., Kapetaneas, N. and Polyzos, N. (2013). Public Procurement of Health Technologies in Greece in An Era of Economic Crisis. *Health Policy*, 109, 7-13.
18. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2011). Health Effects of Financial Crisis: Omens of A Greek Tragedy. *Lancet*, 378, 1457-1458.
19. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2014). Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism. *Lancet*, 383, 748–753.
20. Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodakonou, I. Waitzkin, H. and Benos, A. (2013). Economic Crisis, Restrictive Policies, and The Population's Health and Health Care: The Greek Case. *Public Health Ethics*, 7, 1-8.
21. KPGM (KPGM International Cooperative). (2012). Acute or Chronic: The Impact of Economic Crisis on Healthcare and Health. KPGM Issue Monitor 9.
22. Kwon, S. (2000). Economic Crisis and Social Policy Reform in Korea. *International Journal of Social Welfare*, 10, 1-10.
23. Labonte, R. (2009). The Global Financial Crisis and Health: Scaling Up Our Effort. *Canadian Journal of Public Health*, 100(3), 173-75.
24. Li, C., Lan, Y. and Hong, J. (2013). The Impact of Global Financial Crisis on Health Status in The Chinese Mainland. *Scientific Research Chinese Studies*, 2(3), 144-148.
25. Longest, B. B. (1998). *Health Policy Making in The United States*. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press.
26. MBCMR (Macfarlane Burnet Centre for Medical Research). (2000a). The Impact of The Asian Financial Crisis on The Health Sector in The Philippines. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research.
27. MBCMR. (2000b). Effects of The Financial Crisis on The Health Sector in Lao People's Democratic Republic (Lao PDR).
28. MBCMR. (2000c). The Impact of The Asian Financial Crisis on The Health Sector in Vietnam.
29. MBCMR. (2000d). The Impact of The Asian Financial Crisis on The Health Sector in Tayland.
30. McKee, M. (2013). The Financial Crisis in The EU: Its Impact on The Health Sector. http://www.ose.be/files/midi_OSE/McKee_2013_Slides_OSENIHDI_Session_040213.pdf Erişim Tarihi: 21.02.2014.
31. Menabde, N. (2009). Health Policy in Times of Crisis: Challenge and Opportunity. HPM Spotlight. http://www.hpm.org/Downloads/HPM_SPOTLIGHTS/HPM_Spotlight_hp_in_times_of_crisis_Dec_09.pdf Erişim Tarihi: 21.02.2014.
32. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. and McKee, M. (2012a). Health Policy in The Financial Crisis. *EORUHEALTH*, 18(1), 3-6.
33. Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S. and McKee, M. (2012b). Health Policy Responses to The Financial Crisis in Europe. Policy Summary 5. World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies.
34. Modrek, S., Stuckler, D., McKee, M., Cullen, M. R. and Basu, S. (2013). A Review of Health Consequences of Recessions Internationally and A Dynthesis of The US Response during The Great Recession. *Public Health Reviews*, 35(1), 1-33.
35. Musgrove, P. (1997). Economic Crisis and Health Policy Response. In Tapinos, G., Mason, A. and Bravo, J. (Ed.). *Demographic Responses to Economic Adjustment in Latin America*. International Union for the Scientific Study of Population, Lille.
36. Musgrove, P. (2004). *Health Economics in Development*. World Bank Health, Nutrition and Population Series. Washington D.C.: World Bank.
37. Patric, D. L. and Erickson, P. (1993). *Health Status and Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
38. Portela, C. and Thomas, S. (2013). Impact of The Economic Crisis on Healthcare Resources: An European Approach. *International Journal of Healthcare Management*, DOI: 10.1179/2047971913Y.0000000038.
39. Ramesh, M. (2009). Economic Crisis ve Its Social Impacts: Lessons from The 1997 Asian Economic Crisis. *Global Social Policy*, 9, 79-99.

40. Simms, C. and Rowson, M. (2003). Reassessment of Health Effects of The Indonesian Economic Crisis: Donors versus The Data. *Lancet*, 361, 1382-1385.
41. Simou, E. and Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of The Economic Crisis on Health and Healthcare in Greece in The Literature from 2009 to 2013: A Systematic Review. *Health Policy*, 115, 111-119.
42. Starke, P., Kaasch, A. and Van Hooren, F. (2012). Comparing Social Policy Responses to Global Economic Crises: Constrained Partisanship in Mature Welfare States. Paper to be Presented at ESPAnet Annual Conference. Edinburgh, 6-8 September 2012.
43. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. and McKee, M. (2009). The Health Implications of Financial Arises: A Review of The Evidence. *Ulster Med J*, 78(3), 142-145.
44. Suci, E. (2006) Child Access to Health Services during The Economic Crisis: An Indonesian Experience of The Safety Net Program. *Social Science & Medicine*, 63, 2912-2925.
45. Suhrcke, M. and Stuckler, D. (2012). Will The Recession be Bad for Our Health? It Depends. *Social Science & Medicine*, 74, 647-653.
46. Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M., Portela, C. and Normand, C. (2012). Resilience of The Irish Health System: Surviving and Utilising The Economic Contraction. Year 1 Report of The Resilience Project. Health Research Board.
47. Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M. and Normand, C. (2013) A Framework for Assessing Health System Resilience in An Economic Crisis: Ireland as A Test Case. *BMC Health Services Research*, 13:450.
48. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresco, A., Cylus, C., Karanikolos, M. and Kluge, H. (2014). Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy. Policy Summary 12. World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies.
49. Timo, C., Kai, M., Matt, C., Pascal, G., Barrie, D. and Helmut, B. (2014). The European Hospital Reforms in Time of Crisis: Aligning Cost Containment Needs with Plans for Structural Redesign? *Health Policy*, 1-30.



Türkiye’de sağlık sisteminin gelişiminin analizi

Analysis of the development of health systems in Turkey

Hatice Sari

University of South Russia, Russia

Anahtar Kelimeler:
Sağlık Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Göstergeleri

Key Words:
Health System, Health Transformation Program, Health Indicators

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Hatice Sari,
University of South Russia, Russia
htcsr007@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
25.12.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
06.02.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2019

ÖZET

Toplumun refah düzeyinin artırılmasında sağlık en önemli konulardan birini oluşturmaktadır. Sağlıklı bireylerin olduğu toplumlar daha üretkenlerdir. Bu nedenle sağlık alanındaki iyileştirmeler, toplumsal refahın artırılması adına önemlidir. Türkiye’de özellikle 2002 yılı sonrasında sağlık alanında yapılan reformlar, sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Sağlık reformları ile Türkiye’de sağlık alanında yeniden yapılanmaya gidilmiş ve toplumun sağlık göstergelerinde önemli değişiklikler kaydedilmiştir. Bu çalışmanın amacı Türkiye’de geçmişten günümüze kadar olan dönemde sağlık ile ilgili gelişmeleri incelemek ve sağlık göstergeleri üzerinden değerlendirmeler yapmaktır.

ABSTRACT

Health is one of the most important issues in increasing the welfare of society. Societies with healthy individuals are more productive. Improvements in health are therefore important for increasing social welfare. The reforms in the health sector in Turkey, especially after 2002, has led to significant changes in the health care system. Health reforms in the health sector in Turkey has been restructured and has made significant changes in community health indicators. The aim of this study is to examine developments related to health in the period up to the present and the past in Turkey and make assessments on health indicators.

INTRODUCTION

Health is one of the most important issues in increasing the welfare of society. Societies with healthy individuals are more productive. Improvements in health are therefore important for increasing social welfare. The reforms in the health sector in Turkey, especially after 2002, has led to significant changes in the health care system. Health reforms in the health sector in Turkey has been restructured and has made significant changes in community health indicators. The aim of this study is to examine developments related to health in the period up to the present and the past in Turkey and make assessments on health indicators.

EVOLUTION OF HEALTH SYSTEMS IN TURKEY

The general process of health system in our country is examined in this section. The historical aspect of the health system in our country has been mentioned in the section from 1920 until today.

1920-1938 Period

The reform movement, which is associated with the health care system has emerged with the opening of the Grand National Assembly of Turkey. For the first time to improve and improve the health system, the Ministry of Health and Medical Affairs was established on May 2, 1920 and the health system-related activities were united under a single roof. After the establishment of the first law for the health system, the first minister of health Adnan Adıvar started to work. In the next period, legal regulations have been started to be implemented in order to meet the health needs of the society. Dr. Dr. Adnan Adıvar left his post very soon and Refik Saydam took his place and took serious steps in his place (Akdur, 2004: 3).

Refik Saydam has done his duty for 14 years. Refik Saydam has dealt with important tasks in meeting the health requirements in Turkey. In particular, the fight against infectious diseases and preventive medicine has led to the development of important policies (Akın, 2015: 4).

During the process of Refik Saydam, necessary steps have been taken in order to prevent the inadequacies of both health personnel and hospitals in Turkey. At the same time, Refik Saydam is considered to be one of the most important errors in this process is not established medical schools (Cevahir, 2013: 53).

In 1925, a program of work was created in order to solve problems related to health services in our country. Within the scope of the study program intended to be made in the form of health services are listed as follows

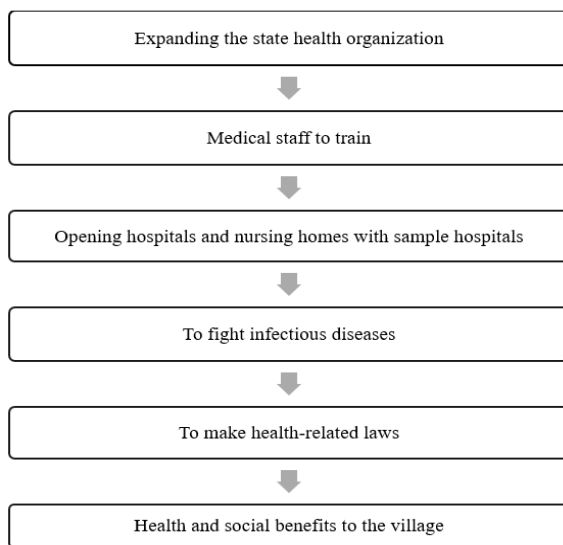


Figure 1. 1925 Health Care Planning

Source: Akin, adapted from 2015: 5.

The Period of 1938-1960

Even though our country did not participate in World War II, there were also regressions and negativities in the field of health as in all areas. In this process, the main objectives of the Ministry of Health were to prevent infectious diseases and to give importance to the production and acceleration of vaccines. Malaria and tuberculosis diseases showed a significant increase due to the shortage of medicines caused by war and caused a significant increase in health in this period (Cevahir, 2013: 56).

Behçet Uz, one of the important names in the period, has been formed a ten-year plan for the development and acceleration of health services. The plan aims to establish an integrated health system and to increase the adequacy of health personnel. At the same time, the continuation of the plan was not introduced after Behçet Uz (judgment, 2013: 42).

1961-1980 Period

A new era started in the health system with the 1960 coup. In the context of Articles 48 and 49, which came into force with the 1961 Constitution, health was recognized as the right granted to individuals. The articles included in the Constitution are given below (Akin, 2015: 7-8):

Article 48 :Everyone has the right to social security. In order to ensure this right, it is the duty of the state to establish and establish social insurance and social assistance organizations.

Article 49 :The State shall be obliged to ensure that everyone can live in physical and mental health and to receive medical care. The state takes measures to meet the housing needs of poor and low-income families according to their health conditions.

In this period, a development plan has been established for the first time. Within the framework of this development plan, important plans have been established for the health system between 1963-67. In our country, new plans and practices for health services have been established. Some of these plans are given below (Akin, 2015: 9):

- To increase preventive and health care measures in our country
- Continue public health work under the leadership of the Ministry of Health
- Equal distribution of health personnel across the country
- Improvement of services for community health
- Providing adequate incentives for the pharmaceutical industry
- Promotion of incentives to private hospitals within the country
- Implementation of universal health insurance
- Revolving system in public hospitals

While the state had an active role in the health system in the period up to the time of the coup, the state after the coup dealt with the responsibility of supervision and the private sector had a direct role in the health system. In the following process, the state of having the money can receive health service emerged (decision, 2013: 44).

1980-2002 Period

The political and economic crises in our country have affected the health policy of this period. Operation in Cyprus in the year 1974 actual, 1979 oil crisis, and the

kinds of economic problems due to political fluctuations have occurred as of January 14, 1980 military coup in Turkey, and the entire system has taken shape again (Cevahir, 2013: 65).

The legal regulations in the health system in Turkey in the 1980-2000 period are given below.

Year	Arrangement
1987	Basic Law of Health Services No. 3359
1989	Health Sector Master Plan Study
1991	Establishment of the SB Health Project General Coordinatorship
1993	Preparation of National Health Policy Document
1993	Draft Law on Regional Health Administrations
1993	Draft Law on Health Law
1993	Draft Law on General Health Insurance
1996	Draft Law on Health Financing Institution, Establishment and Operation Law
1996	Draft Law on Primary Health Care and Family Medicine
1996	Draft of Basic Law of Health Businesses
1998	Draft Law on Establishment and Operation of Personal Health Insurance System and Health Insurance Administration
1999	Social Security Act
1999	Law of the Health Fund Institution

After the coup, the perspective of the state on health was changed with the Constitution. State health services provide a position that regulates and regulates the use of private health institutions has brought to the forefront. In this context, the article in the Constitution has been amended as follows (Cevahir, 2013: 66):

Everyone has the right to live in a healthy and balanced environment. To improve the environment, to protect the environment and to prevent environmental pollution is the duty of the state and the citizen. It fulfills this duty by utilizing the health and social assistance institutions in the public and private sectors. General Health Insurance can be introduced by law in order to carry out health services widely (Article 56)

Health Transformation Program

The first change in the health sector after the AKP came to power after the 2002 elections was the mes Health Transformation Program (SDP) 2002.

With the use of tır Health for All ortaya, the Emergency Action Plan was introduced in the health sector and significant reforms were made in the health sector. Within the scope of the developments in the health sector, a number of goals for the health system are given as follows (Soyer, 2009: 180):

- Ensuring that the patients are autonomous
- Ensuring that patients take their own decisions when it comes to health care.
- Implementation of practices for family physicians in health services
- Improving and developing a number of special services for child and mother health
- Transformation of the Ministry of Health into a more functional
- Increasing the share of the private sector in the health sector without including the public sector
- When it comes to authorization in the field of public health
- The introduction of medical personnel to areas where inadequate health personnel in Turkey
- Health institutions under a single roof
- The use of e-transformation in health services

Within the health transformation program, eight themes are prominent. These themes and principles are listed below.

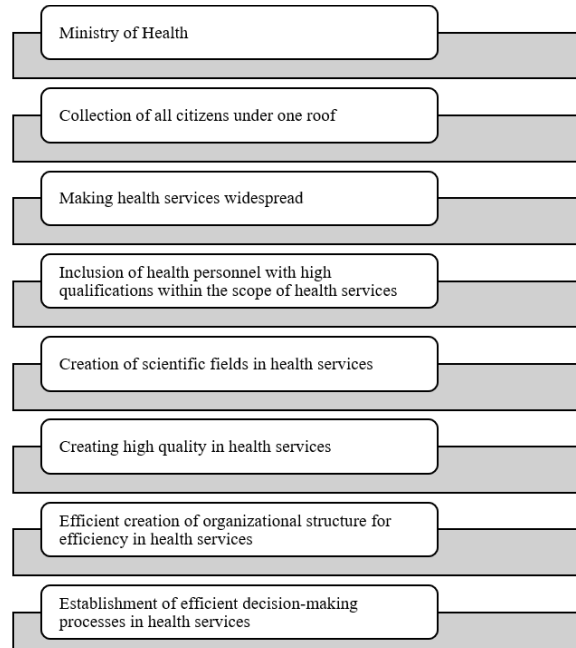


Figure 2. Health Transformation Program 8 Theme

Source: Akdag, 2008: 20.

The main purpose of the health transformation program is to benefit all people from the health sector. In order to achieve the goals of health transformation, effective control should be provided and controlled. Plans should be conducted and followed up regularly. In the light of these, a health policy cycle was created. This cycle is given below.



Figure 3. Health Policy Circle

Source: Akdag, 2008: 25.

In order to ensure effective and efficient implementation of the health transformation program, problems must be identified and identified. In the second place, the development of policies is included and these policies include decision-making. Ensuring the implementation of policies and evaluating them at the very end constitute the general health policy circle. There are also a number of control mechanisms in the health transformation program and are given below.



Figure 4. Main Control Mechanisms in Health Transformation

Source: Akdag, 2008: 29.

An important step has been taken to ensure that all people benefit from social security services in the health transformation program. In this context, the scope of social security has been increased so that many individuals can benefit from social security opportunities in the field of health and social security institutions are united under a single roof. Within the scope of SSI, citizens who are included in the scope of social security are given as follows.

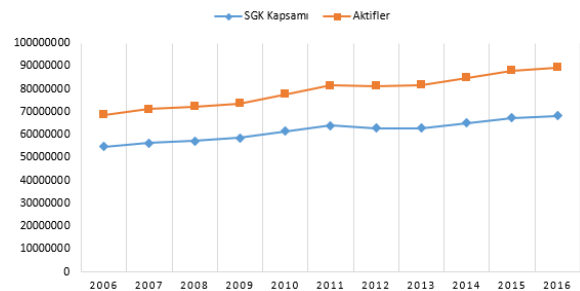


Figure 5. SSI Scope

Source: SSI, Statistical Yearbook, 2018.

Within the scope of reforms in the health sector in Turkey, the number of persons included in the scope of social security has been a significant increase. Within the scope of the new health reform, it is aimed that every citizen is included in the health system.

TURKEY BY HEALTH STATISTICS INDICATORS

In Turkey, health statistics show improvement with each passing year, though, health services are inadequate in the face of increasing population. The continuous increase in the number of people benefiting from health services leads to intensification in health institutions and this negatively affects health service quality.

The health statistics are analyzed in graphs below.

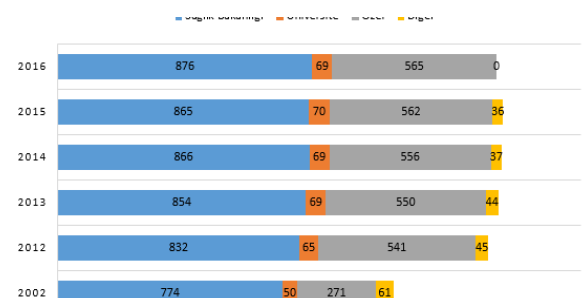


Figure 6. Number of Hospitals by Years and Sectors

Source: Ministry of Health (2018). Health Statistics Yearbook, 2016

When the number of hospitals and beds is examined, it is seen that there has been a significant increase in the share of private sector. With the arrangements made in the field of health, more private investment has been

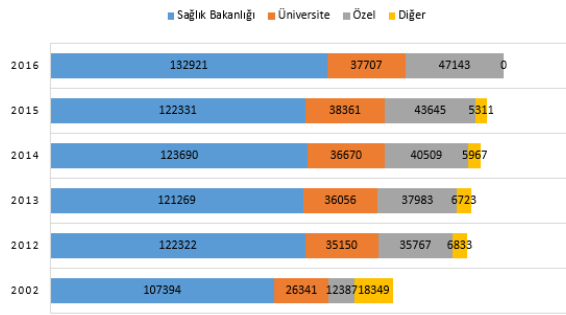


Figure 7. Number of Hospital Beds by Years and Sectors

Source: Ministry of Health (2018). Health Statistics Yearbook, 2016.

made in the health sector and the share of the private sector has increased significantly.

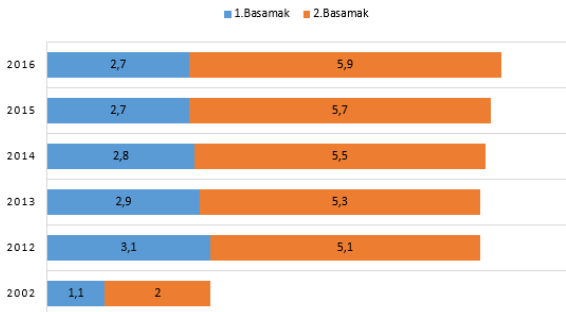


Figure 8. Number of Applications per Person by Year and Service Scope, All Sectors

Source: Ministry of Health (2018). Health Statistics Yearbook, 2016.

When the number of patients who applied to the physician is examined by years, it is seen that each year an increase has been recorded. The increase in the number of patients is associated with an increase in population. The following chart is located in Turkey population

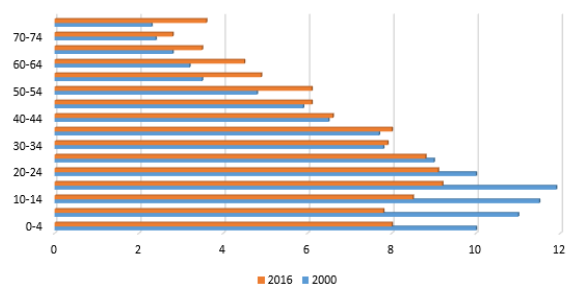


Figure 9. Population Pyramid, (%), Turkey, 2000, 2016

Source: Ministry of Health (2018). Health Statistics Yearbook, 2016.

Considering the population pyramid in Turkey's young population correspondingly decreased compared to 2000 has increased in the elderly population. The increase in the elderly population can be considered as one of the most important factors in increasing the demand for health services.

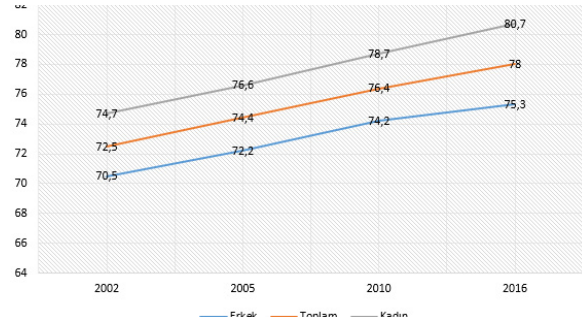


Figure 10. Life Expectancy at Birth by Years and Sex, (Age)

Source: Ministry of Health (2018). Health Statistics Yearbook, 2016.

When life expectancy at birth by years and sex is examined, it is seen that life expectancy increases with each passing year. However, the lifetime of women was higher than that of men. Increasing life expectancy increases the demand for health services.

RESULT

The most important development was made in 2002, the Health Transformation Program in Turkey in the health care system. The main purpose of the health transformation program is to benefit all people from the health sector. In order to achieve the goals of health transformation, effective control should be provided and controlled. Plans should be conducted and followed up regularly. In order to ensure effective and efficient implementation of the health transformation program, problems must be identified and identified. In the second place, the development of policies is included and these policies include decision-making. Ensuring the implementation of policies and evaluating them at the very end constitute the general health policy circle. Significant improvements in the health field in Turkey as part of the Health Transformation Program is recorded. There was a significant increase in the number of hospitals and beds. On the other hand, increasing population and increasing life expectancy increase the demand for health services. The increase in the demand for health services and the inadequacy of the demand are causing a decrease in the quality of health services.

REFERENCES

1. Akdağ R. (2008). Progress Report: Turkey Health Transformation Program, Ministry of Health, Ankara.
2. Akdur, R. (2004). Present Health in the Republic of Turkey.
3. http://www.recepakdur.com/upload/cumhur%c4b0yetten_g%c3%9cn%c3%9cm%c3%9cze__t%c3%9crk%c4%b0ye.pdf
4. Akin, H. (2015). health system in Turkey and managerial problems experienced in the Association of Public Hospitals system (Konya example). Beykent University / Graduate School of Social Sciences / Department of Business Administration / Hospital and Health. Direction. Science. Master Thesis.
5. Cevahir, E. (2013). Transformation: Social exemplary reflection of the health system in Turkey. Marmara University / Institute of Social Sciences / Labor Economics and Industrial Relations Department / Department of Labor Economics. PhD Thesis.
6. Kader, A. and Seren, H. (2014). Health workers' views on the health transformation project. Health and Nursing Management Journal, 1 (1), 19-24.
7. The decision, Ş. (2013). After 2003, the health system and the health transformation program in Turkey. Beykent University / Graduate School of Social Sciences / Department of Business Administration / Hospital and Health. Direction. Science. Master Thesis.
8. Ministry of Health (2018). Health Statistics Yearbook, 2016, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>
9. SSI, Statistics Yearbook, 2018.
10. Soyer, A. (2009). Where are we in Health Transformation? After that, what is waiting for us? DEUHYO ED 2 (4), 179-182



Tanı ilişkili gruplara dayalı geri ödeme simülasyonu: Türkiye ve Avustralya karşılaştırması

Diagnosis related groups-based simulation: comparison of Turkey and Australia

Umut Beylik¹, Ümit Çıraklı²

¹University of Health Sciences, Gulhane Complex, Ankara
²Bozok University, Yozgat

Anahtar Kelimeler:
Tanı ilişkili Gruplar, Karşılaştırma, Finansman, Türkiye, Avustralya

Key Words:
Diagnosis Related Groups, Comparison, Financing, Turkey, Australia

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Ümit Çıraklı
Bozok University, Yozgat
umit.cirakli@bozok.edu.tr

Gönderme Tarihi/Received Date:
28.12.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
11.01.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2019

ÖZET

DRG'ye dayalı finansman sistemleri genel olarak; "Şeffaflığı Artırmak, Etkinliği Sağlamak ve Hastanelerin Yönetimini Desteklemek" amaçlarını hedeflemektedir. DRG uygulamasını sürdüren ülkeler ortalama kalış süreleri, yatak sayıları, ortalama vaka maliyetleri gibi göstergelerde verimlilik artışı sağlamayı başarmışlardır. Bu çalışma; Türkiye'ye ait 2009 yılı frekansı en yüksek 20 DRG'ye göre Türkiye ve Avustralya Bağlı Değerleri üzerinden 14 Hastanenin geri ödeme simülasyonu ile karşılaştırmalar yaparak değerlendirmelerde bulunmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonucu Türkiye ve Avustralya Bağlı Değerleri üzerinden yapılan geri ödemelerin önemli oranda farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Özellikle Bağlı Değer farklılıklarının bu saptamada doğrudan ilişkili olması nedeniyle ülkeler arasında sağlık dokusu, maliyet yapıları ile sosyal ve ekonomik farklılıklarının öngörülerek DRG uygulamalarına geçiş süreçlerinin yönlendirilmesi gerektiği değerlendirilmiştir. Ayrıca hastaneler arası karşılaştırmalar da yapılmış, hastane türlerinin DRG çeşitliliği ve sıklığında önemli bir etken olduğu görülmüş, ayrıca bu tür karşılaştırmaların yerel sağlık yapılarının değerlendirilmesinde önemli bir kaynak olabileceği düşünülmüştür.

ABSTRACT

The aims of DRG-based financing systems are generally "to improve transparency, to ensure efficiency and to support the administration of hospitals. Countries continuing to the DRG implementation have managed to make productivity improvements in indicators such as the average length of stay, number of beds, average costs of case. The aim of this study is to make evaluations by comparing the reimbursement simulations of 14 hospitals in Turkey via Turkey's and Australia's the DRG relative values, which are obtained by 20 DRGs with the highest frequency in 2009 in Turkey. As a result, it has been found that the reimbursements via Turkey's and Australia's DRG relative values were quite different. Especially, because the differences between relative values are directly related to this deviation, the transition process to DRG implementation should be directed by foreseeing the health status, cost structures, social and economic differences between countries. In this study, it has been also made comparisons of the hospitals, and so it has been seen the types of hospitals are an important factor in DRG diversity and frequency, this kind of comparisons is thought to be an important resource for evaluation of local health structures.

INTRODUCTION

Diagnosis related groups; inpatient classification system, which includes grouping patients by using clinical and cost data and assign similar illnesses to similar groups (www.tig.saglik.gov.tr). Briefly, in DRG's, homogenous cases are associated with the resources of treatment that are spent on them. However, the resources of treatment are expressed as "relative value / coefficient" rather than monetary value (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Diagnosis related groups were developed by Robert Fetter and his colleagues as a tool on the purpose of quality control of the health services in Yale University, United States of America, in 1970's. Then it was transformed to the reimbursement model by using cost data and started to be used as reimbursement method

in Medicare in 1983. In course of time, DRG's have become the main structure of the reimbursement systems in most of the developed countries. (Fetter, 1991; Busse et al. 2011; www.tig.saglik.gov.tr).

The primary purpose of DRG's is to allocate the limited healthcare resources fairly and transparently to services providers. Besides its use for this purpose, DRG's have many areas of use: Measurement of clinical activities, comparison of quality of care in-hospital and inter-hospital, monitoring effectively the healthcare costs, meaningful and systematic data collection, promoting efficiency and effectiveness etc. (Sağlık Bakanlığı, 2011).

In this context, it is the subject of this study to compare and evaluate by reimbursing to 14 hospitals through DRG data of Turkey, which is trying to adapt DRG's

Australia Adaptation to itself, and Australia's DRG data.

DRG REIMBURSEMENT METHODOLOGY

Relative Value and Case Mix Index

Relative value is the ratio of a DRG cost to all DRGs' average cost. In Relative Value formula, cost data are needed to calculate both the numerator and denominator. While calculating relative value, the average cost of a DRG group is calculated by dividing total cost of the patients in that DRG group by total number of patients. After the calculation of a DRG group's average cost, average cost for the whole country or a group of pilot hospitals is calculated; total of costs divided by total number of patients. Average cost of a DRG group divided by general average cost then its relative value is calculated (Yilmaz, 2009: 16).

$$Relative\ Value = \frac{Average\ cost\ for\ a\ DRG}{General\ Average\ Cost\ Representing\ all\ of\ the\ cases\ (DRGs)\ for\ whole\ Country\ or\ pilot\ Hospital\ groups}$$

Case Mix Index (CMI): is a ratio that enables us to compare case productivity of any hospital with another hospital's. It is also an indicator of the complexity of cases and how sick are the patients (Yilmaz, 2009). For example; X hospital has higher case mix index than Y hospital, it shows that X hospital treats higher relative valued (complex) cases. Also it will receive more reimbursement according to patterns of the cases.

$$X\ Hospital's\ Case\ Mix\ Index = \frac{\sum (DRG\ Relative\ Value \times Number\ of\ cases)}{Total\ number\ of\ cases\ for\ A\ hospital}$$

DRG is the grouping of a patient's admission to hospital. Data on the Table 1 is needed to this grouping (Sencan, Seker & Demir, 2013).

DRG-based Finance Components

DRG-based finance components are obtained from clinical and cost data. By taking the acquired average DRG costs into consideration, Relative Value of each DRG, which is essential to reimbursement, and Case Mix Index (CMI) of health institution are calculated (Busse et al., 2011). DRG has two components of financing. The first component includes coding, grouping, data collection and analysing. The second component includes costing, data collection and analysing (Sencan, Seker & Demir, 2013: 4).

DRG Relative Value Pool: This calculation is made for each DRG to reach Relative Values. After normalisation in weights, relative values are specified as a list, under 1.0 and above.

Coding Effect in DRG Transition: When coding, existence of details of main diagnosis can change the DRG to which cases go. As seen in the example; declaring whether ulcer chronic or perforated can change the possible DRG related to ulcer. Possibly changed DRG means also a different relative. Also additional diagnosis accompanying the main diagnosis can change the DRG and relative values.

<p>Peptic Ulcer Main diagnosis: K27.9 Peptic ulcer, perforated or without bleeding G63Z → Peptic Ulcer without complication Relative Value: 1,01</p>	<p>Chronic perforated peptic Ulcer Main diagnosis: K26.5 Peptic ulcer, with chronic perforation G62Z →Peptic Ulcer with complication Relative Value: 1,25</p>
---	--

Figure 1. Relation of Relative Value and Clinical Coding (Main Diagnosis)
 Source: Sencan, Seker & Demir, 2013: 7.

Table 1. Basic Data Needed to DRG

Main Diagnosis	The diagnosis revealed as the main reason for the patient's admission to hospital in the end of the examination, or the main reason of admission.
Procedure (performed)	Generally, only one procedure is operative on DRG assignment. In case of more than one procedure, performed, happens a transition to DRGs, in which more resource is applied.
Additional diagnosis (important comorbidity or complications)	A situation or complaint either coming with the main diagnosis (comorbidity) or emerged (complication) in admission in hospital.
Age	It is enough to take as year except for newborns.
Gender	Male or Female.
Type of discharge (where to go after being discharged.)	It states patient's situation when being discharged and where to go.
Born weight of new-borns	Born weight is a data used in DRG grouping.

Payment and Budgeting Formulation According to DRG

DRG and finance options are applied generally as a Payment System or a Budgeting System (Tchealth, 2008: 15-19):

When applied as a Payment System, it needs a base price, and a set of relative values (Busse et al., 2011). It means that firstly a base price needs to be determined by the reimbursement institution. After the base price is given, relative value of each DRG and this price was multiplied respectively and then the price of the DRG will be calculated (Yilmaz, 2009: 16).

DRG A Price = Base Price * DRG A Relative Value

Payment for DRG A = DRG A Price * DRG A Frequency

Payment is structured according to the base price and relative values that are calculated depending on the DRGs, which were constituted according to the cases reported by the hospital.

When applied as a Budgeting System, it needs a base price, the number of cases according to DRG, taken from previous year, and Case Mix Index taken from previous year. (Busse et al., 2011).

Health Institution's Budget = Total Cases * Base Price * CMI

Contract/Convention and budgeting system are constituted through the previous year's number of cases and Case Mix Index (CMI) with the actual number of cases and Case Mix Index.

Base Price; gives us the current price for an average patient by dividing the number of patients arranged according to Case mix (number of cases) (Busse et al., 2011).

METHOD

Objective of the Study

Primary objective of the study is to compare, to evaluate and to make an inference from the data of Australia and the data of pilot study of Turkey that is applied according to the Australian version of DRG-based reimbursement model, which is thought to be the new reimbursement model in Health Sector and also still applied in the hospitals of Board of Health, through the DRG Reimbursement Methodology.

Assumptions

It is assumed that the data of Turkey and Australia, collected with the official letter by getting permission from the Board of Health and used in the study, are

true. It is supposed that the data of 14 hospitals, obtained from the Board of Health, represent Turkey. It is supposed in the coming data analysis that the first 20 DRGs, which have most frequency from the 14 hospital's DRG data, which represent Turkey among the 665 DRGs, represent all of the DRGs constituted in health institutions. Virtual Global Budget, which will be handed out to health institutions, is constituted from Turkey's first 20 DRG Total Cost data.

Scope and Limitations

Study data contain the data of the inpatients of 2009, which is first implementation year of DRG's in Turkey. Australia's DRG data are on a country basis (public), Board of Health's DRG data are contain 14 hospitals. These 14 hospitals are chosen, because they are in the scope of the "Development of Infrastructure Project for the Consolidation and Reconstruction of the Finance Structure of Health Services" project and being the common ground of Board of Health, Department of Finance, Social Security Institution and Hacettepe University, which conduct pilot scheme in these institutions.

DRG Analysis are the analysis that are conducted through the calculated cost of DRG (Tchealth, 2008: 18);

- 20 DRGs, which have the most and the least total cost,
- **20 DRGs, which have the most number of cases (frequency),**
- 20 DRGs, which have the most and the least profit ratio,
- 20 DRGs, which have the most and the least average cost per discharged.

DRGs above are the most used analysis during this process. The reason why the ones with the highest frequency are chosen among the first 20 DRGs is that they are the data package that can represent the disease pattern of the hospital or country the most. Because the 14 hospitals that represent Turkey were chosen the mentioned "project" before, they all are included in the study. Types of the hospitals; 2 Training and Research hospital, 1 Private Hospital, 9 Public Hospital, one of them is specific branch, 2 University Hospital. These are indicated below and in the findings, assessment and conclusion chapters the hospitals named after H1, H2...H14.

Data

Permission is received for data supply from the Board of Health. As stated under the title of Scope and

Limitations, one of the analysis conducted with the DRGs is the analysis of the most case numbered 20 DRGs. In this scope, hospital data are gathered by taking the 14 Hospital's data in Turkey into consideration, for the purpose of finding the 20 DRGs having the most frequency. Then the first 20 DRGs, which have the highest frequency, are determined from the Turkey data (Table 2).

Later on, data of 20 DRGs having the highest frequency of Turkey are processed according to the steps of DRG Reimbursement Methodology. In this scope, firstly the "Relative Value" of each hospital is calculated for Turkey (according to the Relative Value Formula), then the Relative Values that represent Turkey for each of this 20 DRGs are found. The same calculation as Turkey's first 20 DRGs is made for Australia.

Base Price is determined to be used in calculation of the price of each DRG, after the Relative Values of each of the DRGs on the country basis are determined. In this process the "Base Price" is determined after the detection of the total cost of 14 hospitals in the Global Budget (Virtual Budget) and dividing this by total relative value. Thus the differences between Turkey and Australia DRG relative values are provided to be processed in the manner that reveal the effect on the profit/loss situation of the hospitals.

Later on, the results, which were found to determine the number of Reimbursement for each of the hospitals, of the "Base Price * Related Turkey DRG Relative Value * Case Frequency" and "Base Price * Related Australia DRG Relative Value * Case Frequency" are calculated in order for a comparison.

ANALYSIS, FINDINGS AND COMPARISON

Calculation of Relative Values

As remembered Relative Value of a DRG is determined with the ratio of the average cost for that DRG to the general average cost that represents all of the DRGs. In this framework, related Relative Value calculations are shown on the Table 3.

Relative Values calculated as average cost of each DRG divided by general average cost, Relative Value of the general average cost is 1. Because the calculation of Relative Value is related to rational relation between the costs, each DRG Relative Value on the country basis shows the rational relation of cost structure of its own country, so it is not related with Turkey's average costs' being low or Australia's being high. For example, when we look at the DRG of K60B, on the 18th Place, (diabetes, catastrophic, without KK) there is a nearly meaningless difference between Relative Values, although Australia's average cost is 3.9 times more than Turkey's (K60B Relative Value for Turkey is 1, 01 and for Australia it is 1, 02).

When looked at the findings of Table 3, the lowest Relative Value for Turkey is P67D with 0, 45 (new-born controls), the highest Relative Value is F42B with 1, 63 (circulatory system diseases). When looked at the Australia's Relative Values, the lowest DRG is G67B with 0, 44 (various digestive system diseases) and the highest DRG is G09 (hemi (hernia) process) with 2,2. Height of the DRG Relative Values is directly related to the reimbursement, because it is the multiplier in the reimbursement formula, so the hospital with the higher DRG Relative Values can get more reimbursement.

Determination of the Declared Global (Virtual) Budget

In this section, the Declared Global (virtual) Budget that and the Base Price of a Relative Value for the handling to the hospitals. In the determination of the declared global budget, 14 hospitals' total cost data are taken into consideration. So, it is aimed that the relation of the difference of reimbursement between countries with the profit/loss situations of the hospitals to be revealed. Multiplying of hospital DRG average costs and frequencies gives the total cost on a hospital basis and with the cumulative total of the 14 Hospital's total costs, the virtual Global Budget (General Total Cost) is determined and shown on Table 4.

In Table 4, declared global budget is determined as 145.331.718 TL, and this states the total costs of all

Table 2. Turkey's 20 DRGs with The Highest Frequency and The Explanations.

Sequence	DRG Code	Sequence	DRG Code	Sequence	DRG Code	Sequence	DRG Code
1	F42B	6	J11Z	11	D11Z	16	B81B
2	E65B	7	O60B	12	X62B	17	F62B
3	O01C	8	I68B	13	D10Z	18	K60B
4	G09Z	9	G67B	14	H08B	19	H63B
5	C16A	10	G07B	15	E62C	20	P67D

Table 3. The Calculation of DRG Relative Values of Turkey and Australia

Sequence	First 20 DRG Code	Turkey Average Cost (TL)	Australia Average Cost (TL)	Turkey Relative Values	Australia Relative Values
		(A) 1.659	(B) 6.489	(DRG / A) 1,00	(DRG / B) 1,00
1	F42B	2.700	9.897	1,63	1,53
2	E65B	1.684	7.907	1,02	1,22
3	O01C	1.223	14.061	0,74	2,17
4	G09Z	1.399	14.303	0,84	2,20
5	C16A	1.183	3.734	0,71	0,58
6	J11Z	1.009	3.463	0,61	0,53
7	O60B	942	7.308	0,57	1,13
8	I68B	2.294	6.228	1,38	0,96
9	G67B	1.080	2864	0,65	0,44
10	G07B	1.865	9.048	1,12	1,39
11	D11Z	1.665	4.485	1,00	0,69
12	X62B	1.586	3.501	0,96	0,54
13	D10Z	1.424	6.080	0,86	0,94
14	H08B	1.304	9.857	0,79	1,52
15	E62C	2.065	5.528	1,24	0,85
16	B81B	2.557	5.994	1,54	0,92
17	F62B	1.740	7.862	1,05	1,21
18	K60B	1.686	6.543	1,02	1,01
19	H63B	1.894	4.596	1,14	0,71
20	P67D	746	4.259	0,45	0,66

Note: TL: Turkish Liras

the hospitals. When the DRG average costs evaluated, the average costs of the cases, which are chronic and more severe than others, are higher, like cardiovascular diseases (F42B, F62B), nervous system diseases (spinal cord) (B81B), respiratory disorders (E62C, E65B).

Calculation of the Base Price of the Relative Value 1,0

Calculated DRG Relative Values on the country basis are multiplied with the DRG's total number of cases and it gives the Total Relative Value data, then Global Budget value (145.331.718 TL) is divided by total Relative Value and this gives the price of 1 Relative

Value. Turkey's total relative value is calculated as 87.585,03 and Australia's is 100.030,52.

$$\text{Base Price of the Country DRG Relative Value} = \frac{\text{Global Budget}}{\text{Country Total Relative Value}}$$

$$\text{Base Price of Turkey Relative Value} = 145.331.718 / 87.585,03 = 1659,32 \text{ TL}$$

$$\text{Base Price of Australia Relative Value} = 145.331.718 / 100.030,52 = 1452,87 \text{ TL}$$

Calculation of the DRG Prices

After the calculation of the price (base price) of 1,0

Table 4. Global Budget Determination

(A) General Average Cost (TL)	(B) Number of Cases	(A x B) Total Cost (Global Budget)
1.659	87.602	145.331.718

DRG Relative Value, the stage before the last one is the calculation of the prices of each DRG. For this purpose, Relative Value of each DRG will be multiplied with the calculated Base Price. In the end of the calculations DRG prices on the country basis are found.

Reimbursement to Hospitals and Evaluations

Here, the reimbursements, that were given to hospitals in line with the DRG frequencies, which were given according to the DRG prices of Turkey and Australia that were calculated on previous stage, are calculated on the country basis and the formula is like that: "Payment for DRG A = DRG A Price * DRG A Frequency". As a result of the calculations, the reimbursements on country and hospital basis and profit/loss situations are shown in Table 5.

The total reimbursement amounts for each DRG on a hospital basis are given in Table 5 according to the countries. In Table 5, hospital-based total reimbursement amounts, their share within the global budget and their share in total cost, and again the

profit / loss and profitability of hospitals are compared on a country basis. The distributed global budget was derived from the total cost of the hospitals. When the hospitals are evaluated in this context, the hospitals that take reimbursement higher than total costs are for both of the countries are: H2, H3, H4, H7, H10, H11, H12, H13 and H14. The profitability ratios of these hospitals show significant differences between Turkey and Australia. This shows that DRG types and frequency differences are present in hospitals and DRG price differences between Turkey and Australia are very important.

The most profitable hospital in both countries is H13 Hospital. When the overall average cost was evaluated, it was seen that the hospital with the lowest cost average (414 TL) among hospitals was H13. Compared to the average cost of all hospitals (TL 1659), the main reason for the difference between the other hospitals is that the H13 hospital produced DRG at much lower average costs.

Compared to the general average cost (TL 1,659) for

Table 5: Results of the Reimbursements of Turkey and Australia and its influence on the profitability of hospitals

Hospitals	Turkey Reimbursement		Australia Reimbursement		Total Costs		Turkey Reimbursement Profit/loss Situation		Australia Reimbursement Profit/loss Situation	
	(A) Price (TL)	Global Budget Share (%)	(B) Price (TL)	Global Budget Share (%)	(C) Price (TL)	Total cost share (%)	(D)=(A-C) Price (TL)	(D/C) Profitability (%)	E=(B-C) Price (TL)	(E/C) Profitability (%)
H1	7.352.777	5,06	8.253.958	5,68	15.788.340	10,86	-8.435.563	-53,43	-7.534.382	-47,72
H2	16.061.604	11,05	13.916.721	9,58	11.356.159	7,81	4.705.445	41,44	2.560.562	22,55
H3	6.083.630	4,19	6.476.522	4,46	5.393.750	3,71	689.880	12,79	1.082.772	20,07
H4	13.305.400	9,16	15.239.915	10,49	9.124.920	6,28	4.180.480	45,81	6.114.995	67,01
H5	9.087.642	6,25	10.499.779	7,22	18.376.063	12,64	-9.288.421	-50,55	-7.876.284	-42,86
H6	11.630.097	8,00	9.658.108	6,65	9.900.289	6,81	1.729.808	17,47	-242.181	-2,45
H7	14.771.686	10,16	12.561.464	8,64	7.765.230	5,34	7.006.456	90,23	4.796.234	61,77
H8	16.132.154	11,10	17.282.850	11,89	29.520.661	20,31	-13.388.507	-45,35	-12.237.811	-41,46
H9	6.697.926	4,61	6.283.673	4,32	10.005.768	6,88	-3.307.842	-33,06	-3.722.095	-37,20
H10	7.692.446	5,29	7.781.579	5,35	4.732.384	3,26	2.960.062	62,55	3.049.195	64,43
H11	16.881.564	11,62	15.074.319	10,37	13.241.250	9,11	3.640.314	27,49	1.833.069	13,84
H12	2.428.699	1,67	3.271.288	2,25	1.482.644	1,02	946.055	63,81	1.788.644	120,64
H13	7.331.751	5,04	9.671.345	6,65	2.205.196	1,52	5.126.555	232,48	7.466.149	338,57
H14	9.874.343	6,79	9.360.198	6,44	6.453.838	4,44	3.420.505	53,00	2.906.360	45,03

Global Budget: 145.331.718 TL

hospitals with joint profit in terms of both countries; H3, H4, H7, H10, H11, H12, H13 and H14 hospitals produced DRG below the overall average cost. Although the average cost of the H2 hospital is less than 4.5% of the overall average cost, H2 Hospital is seen profitable in terms of both countries with the profitability rates of %41,44 for reimbursement Turkey and %22,55 for Australia reimbursement. This suggests that the hospital is related to the DRG type and frequency structure, as well as that it receives a share of revenue losses from excessively damaging hospitals. It has been found that the average cost of hospitals is not a determinant factor in affecting the profit / loss ratio of the proportional constructions but it is understood that DRG structures (types and frequencies of DRG) of hospitals are important factors.

According to the results shown in the Table 5, the lowest profitability ratios of the hospitals compared to the country-based profitability ratios are 1.88% at H10 Hospital (62.55% profitability with Turkey and 64.43% with Australia) and the highest profitability difference at H12 Hospital With a profit of 106.09% (profitability with Turkey 232.48%, profitability with Australia 338.57%). Profitability ratios differ significantly by hospital and country. The biggest reason for this is the DRG Price differences between the two countries. Because DRG Prices are a direct multiplier of the reimbursement formulation, the types of DRGs produced in hospitals and their frequencies are the basis for determining the amount of reimbursement. Differences in Relative Value Differences between countries (also related to cost structure) led to large differences in terms of the types and frequencies of DRGs produced by DRG Prices in reimbursements.

The results of the H3 Private Hospital included in the study are also important. It is also aimed to assess the results of private hospitals receiving DRG reimbursement under the global budget. In this context, when Table 5 was evaluated, H3 Hospital was profitable in terms of reimbursement of both countries, but it was ranked back in terms of profitability. Hospital case diversity, which generates DRG below the overall average cost (1.563 TL), has been shown to concentrate on F42B, P67D, O01C and D10Z DRGs, respectively.

H6 Hospital had a profitability ratio of 17.47% with Turkish Reimbursement, while it received -2.45% with Australian Reimbursement. The rate at which DRG frequencies are high and low is one of the main factors affecting the amount of reimbursement. This is because the difference in price between 1 DRG type of countries will cause the amount of reimbursement by frequency to vary on the basis of country and other hospitals. H1, H5, H8 and H9 Hospitals have been in loss in

terms of both countries. In terms of these hospitals, the differences in the rates of loss according to the countries were in the band of 4% to 8%. All of these hospitals provide services at the tertiary level.

Although the H2 Hospital is a Special Branch Training and Research Hospital that provides services at the tertiary level, when evaluated in terms of DRG type and frequency; Because F42B DRG type (Circulatory System Diseases) has 78.6% of all DRGs it produces and it is advantageous position in terms of cost and DRG price over this DRG, it has a profitability of 41.44% with Turkey Reimbursement and 22.55% profitability with the Australian Reimbursement. H2 Hospital has long been a specialized hospital for Cardiovascular Diseases, suggesting that diagnostic and treatment procedures can be standardized and thus avoid unnecessary transaction costs. Other 3rd Level Hospitals were in great loss. In terms of these hospitals, the loss of two countries are at nearly the same level. Since the cases of these hospitals are heavier than the other hospitals, it is natural that the case costs are high and the average costs are high.

Calculation of Case Mix Index (CMI): Comparison between Countries and Hospitals

For the calculation of the Case Mix Index, case numbers are required for each hospital separately reported for each DRG. The number of cases in the DRGs is multiplied by the relative value of those DRGs and their sum is taken and divided by the total number of cases in the hospital. This formula is shown in the previous chapters.

As a result of calculations made with the related formula, Hospital Case Mix Indexes of hospitals based on Turkey and Australia were found. The results obtained are shown in Table 6 on a country basis. Australia's CMI average was 1.14 and Turkey's was 0.99. According to this result, the cases in Australia are more complex than those in Turkey.

According to Table 6, H2 Hospital has the highest Case Mix Index (CMI) according to both Turkey and Australia relative values; this indicates that it treats the higher relative value (complicated / complex) cases. It is also expected that there will be more reimbursement according to the DRG structure. In this context, when related to Table 5, H2 Hospital was the only hospital with the highest reimbursement of which profitability rate is positive, in its own type of hospitals (3rd Level Hospital) on the basis of both countries. In addition, when evaluated in terms of 14 hospital-based reimbursement, it is in the first 3 ranks in Turkey, in terms of the amount of reimbursement (the first 3

Table 6. Turkey and Australia CMI Comparison

DRG Code	TURKEY			AUSTRALIA	
	(A) Total DRG Frequency (Case Numbers)	(B) Weighted Case	(B / A) CMI	(C) Weighted Case	(C / A) CMI
H1	5.736	4.430,09	0,77	5.679,97	0,99
H2	6.551	9.677,21	1,48	9.576,80	1,46
H3	3.452	3.665,42	1,06	4.456,82	1,29
H4	8.995	8.016,58	0,89	10.487,35	1,17
H5	5.465	5.475,36	1,00	7.225,43	1,32
H6	7.054	7.007,20	0,99	6.646,23	0,94
H7	9.283	8.900,02	0,96	8.644,18	0,93
H8	8.922	9.719,71	1,09	11.893,20	1,33
H9	3.888	4.035,54	1,04	4.324,11	1,11
H10	4.927	4.634,74	0,94	5.354,90	1,09
H11	9.900	10.171,24	1,03	10.373,40	1,05
H12	1.807	1.463,30	0,81	2.251,14	1,25
H13	5.333	4.417,42	0,83	6.655,34	1,25
H14	6.275	5.949,35	0,95	6.441,22	1,03
Total Average	87.602	87.563	0,99	100.010	1,14

are very close together (with H8 and H11)); and 4th in Australia. The fact that two university hospitals, H5 and H8 Hospitals, received 2nd and 3rd rank in terms of Australian CMI, confirmed that university hospitals were associated with more complicated cases. In this context, when the Australian refund amounts were examined, H5 Hospital was in the 1st place and H8 Hospital was in the 6th place. When the CMI of 3rd Level Hospitals in Turkey were evaluated, CMIs of H5, H8 and H9 hospitals, excluding H1, were included in the first 5 Hospitals. When the CMIs were examined, H1, H12 and H13 hospitals were the ones with the lowest CMI according to the Turkish data, and when they were associated with the reimbursement amounts, it was seen that H12 had the lowest, H3 had the worst 5. Although H1 Hospital is a tertiary-level hospital, VKI is not high like university hospitals nor Private Branch Hospitals. When hospital DRG data were examined, it was found that there was no accumulation in any case and that the average hospital cost was the highest with 2,753 TL after two university hospitals (H5 and H8).

When H3 Private Hospital was evaluated in terms of CMI, it was 3rd in Turkey with a value of 1.06 after H5 and H8 University Hospitals. We can say that this is similar to the evaluation of the hospital for reimbursement, and that the cases of the hospital generally have a complexity between the tertiary hospitals and the general public hospitals. In conclusion, "Case Mix Index" revealed a significant relationship between case complexity and reimbursement amounts.

CONSLUION AND SUGGESTIONS

Primary objective of the study is to compare, to evaluate and to make an inference from the data of Australia and the data of pilot study of Turkey that is applied according to the Australian version of DRG-based reimbursement model. When the results of the study were evaluated, differences between countries as geography and disease types, as well as the differences in accessing to health resources, were reflected in DRG Relative Values. These Relative Value Differences have been found to cause significant differences in the finance of hospitals. Along with the diversity and frequency differences in DRG among countries, Australia is also constantly updating in the AR-DRG, the Australian Adaptation of DRG, which it has developed peculiarly. In this context, it is the nature of the DRG-based practices that Turkey adopts the Australian Adaptation in DRG implementation but develops it dynamically in its own way. For this reason, it is thought that Turkey should take a sample of a more similar country for DRG application and develop a custom adaptation afterwards. Furthermore, diversification and shaping of the DRG types according to the health status of the country will ensure that the DRGs are placed more realistically. Thus, it can be said that the relations between the costs will be more accurate and, as a result, will more accurately reflect the case complexity.

Case Mix Index, one of the important indicators for hospitals in terms of DRG reimbursements, reflect the case complexity. Australian CMI (1.14) was higher than

Turkey (0.99). With the ease of access to health services in Australia and the more intensive use of diagnosis and treatment processes, it can be said that more intensive diagnosis and treatment procedures have been applied to the same or similar cases. Of course, the severity of the diseases of the patients should not be ignored. When the hospitals were evaluated for CMI, it was also found that, in terms of both countries, mainly the University Hospitals, the 3rd Level Hospitals had higher CMIs in accordance with the function assigned to them. However, with the exception of one of these hospitals, all of the reimbursements resulted in significant loss in these hospitals.

As a result, it has been found that the reimbursements made on Turkey and Australia Relative Values show significant differences. Especially, since the Relative Value Differences are directly related to this deviation, it has been evaluated that the transition process of countries to DRG applications should be directed by foreseeing the health status, cost structures and social and economic differences among the countries. When we look at hospitals, it has become clear that a more accurate and equitable DRG financing application should be evaluated according to the types of hospitals.

REFERENCES

1. Busse, R., Geisler, A., Quentin, W. & Wiley, M. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. New York, NY: Open University Press.
2. Fetter, R. B. (1991). *Diagnosis-related Groups – Understanding Hospital Performance*. *Interfaces*, 21, 6–26.
3. Marshall, R. P. (2009). *Uluslararası TIG Çalışmaları: TIG Ortamında Ürün Maliyetlendirmesi. Tanı İlişkili Gruplar (TIG) e-Bülteni*, 7, 4-6.
4. Tchealth. (2008). *Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesi, GSS Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemeleri için Altyapı Geliştirme Çalışması Raporu: E.4.3.3- Klinik Maliyetlendirme Kalite Süreçlerinin Tanımlanması*.
5. Tchealth. (2008). *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması Projesi Raporu: D.B.7.2- Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde Mevcut ve Sanal Bütçe Uygulamalarının Karşılaştırılması*.
6. Sağlık Bakanlığı. (2011). *TIG Uygulama Rehberi. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı*. Ankara: Pozitif Matbaa.
7. Sencan, I., Seker, M. & Demir, M. (2013). *Teshis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları*. Sağlık Bakanlığı. Ankara: Pozitif Matbaa.
8. Yılmaz, A. (2009). *Maliyetlendirmeye İlişkin Sıkça Sorulan Sorular [Frequently Asked Questions About Costing]*. *Tanı İlişkili Gruplar (TIG) e-Bülteni [e-Bulletin of Diagnosis Related Groups]*, 7: 16.
9. www.tig.saglik.gov.tr, Access Date: 07/03/2014



HIPAA standartları açısından elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyet uygulamaları: Türkiye’de bir vaka çalışması

Security and privacy practices of electronic health records in terms of HIPAA standards: A case study in Turkey

Vedat Mehmet Paksoy

Marmara University, Institute of Health Science, Istanbul

Anahtar Kelimeler:
Sağlık Bilgi Sistemleri, Bilgi Güvenliği, Elektronik Sağlık Kayıtları, Mahremiyet, HIPAA

Key Words:
Health Information Systems, Information Security, Electronic Health Records, Privacy, HIPAA

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Vedat Mehmet Paksoy,
Marmara University, Institute of Health Science, PhD Student
vedatpaksoy@gmail.com

Gönderme Tarihi/Received Date:
29.12.2018

Kabul Tarihi/Accepted Date:
11.01.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
31.03.2019

ÖZET

Bu araştırmada; genel ve dal olmak üzere özel hastanelerde elektronik sağlık kayıtlarının (ESK) güvenlik ve mahremiyetinin HIPAA ilkeleri kapsamında değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma Kayseri ilinde bulunan genel ve dal hastanesi olmak üzere altı özel hastanenin çalışanlarını kapsamaktadır. Elektronik sağlık kayıt sistemini kullanan idari ve sağlık çalışanı olmak üzere 447 kişiye, yüzyüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Ölçekteki maddeler 5’li Likert ölçeği (1: kesinlikle katılmıyorum - 5: kesinlikle katılıyorum) ile değerlendirilmiştir. Faktör analizi sonucunda elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyeti ile ilişkili üç alt grup tanımlanmıştır.

Elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyeti puanının genel hastanelerde ($78,54 \pm 23,5$), dal hastanelerinde ($68,49 \pm 26,8$) göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.002$). Ayrıca ESK kullanım becerisinin idari birim çalışanlarında ($75,99 \pm 22,5$), tıbbi birim çalışanlarına ($70,93 \pm 25,7$) göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.037$). Genel hastanelerde görev yapan personelin %69,8’inin ($n=264$) ESK eğitimi aldığı, dal hastanelerin ise % 34,8’inin ($n=24$) ESK eğitimi aldığı belirlenmiştir ($p=0,000$). Yaş ortalamasının yüksek olduğu gruplarda ve ESK eğitimi alan bireylerin almayanlara göre alt boyut puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca; kadın çalışanların ($3,91 \pm 0,68$), erkek çalışanlara ($3,76 \pm 0,80$) göre “Örgütsel Güvenlik” boyutu ortalama puanının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,042$). Çalışanlar ve yöneticiler arasında tüm alt boyutlarda anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($P>0.05$).

Sağlık kurumlarında, elektronik sağlık kayıtlarının güvenlik ve mahremiyetinin HIPAA standartlarını tam olarak karşılamadığı görülmektedir. Genel hastanelerin, dal hastanelerine göre ESK’nın güvenlik ve mahremiyeti konusunda daha başarılı uygulamaları olduğu söylenebilir. Ayrıca idari birim çalışanlarının tıbbi birim çalışanlarına göre, belirlenen politikalara uyum ve uygulama düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte; güvenlik önlemlerinde insan faktörü ve eğitim uygulamalarının oldukça önem arz ettiği sonucuna varılabilir.

ABSTRACT

In this study; It is aimed to evaluate the safety and privacy of electronic health records (EHR) with HIPAA rules in general and branch special hospitals. Six private hospitals participated the research in the province of Kayseri, Turkey. A questionnaire was applied to 447 people, including administrative and health practitioners using the electronic health record system, using a face-to-face interview method. The items in the scale were evaluated with a 5-point Likert scale (1: strongly disagree - 5: strongly agree). As a result of factor analysis, three subgroups related to EHR security and privacy are defined.

Security and privacy scores of electronic health records were higher in general hospitals ($78,54 \pm 23,5$) compare to branch hospitals ($68,49 \pm 26,8$) ($p=0.002$). Moreover, it is seen that electronic health record use ability is higher in administrative units ($75,99 \pm 22,5$), compare to medical units ($70,93 \pm 25,7$) ($p=0.033$). it was determined that 69.8% ($n = 264$) of the staff working in general hospitals were trained and 34.8% ($n = 24$) of branch hospitals were trained ($p=0.000$). It is seen that the subscale scores are high in the individuals who are trained and in the groups who have higher age averages. Moreover, it was found that the average score of “Organizational Security” sub-dimension of female employees ($3,91 \pm 0,68$) was significantly higher than male employees ($3,76 \pm 0,80$) ($p=0.042$). There were no significant differences in all sub-dimensions that the security and privacy of electronic health records between the managers and other employees ($p> 0.05$).

It is seen that healthcare institutions do not completely comply with HIPAA rules. General hospitals are more successful than branch hospitals in terms of security and privacy of electronic health records. Moreover, the level of consciousness of the administrative unit employees is higher than medical unit employees. Human factors and educational practices are very important in security measures.

INTRODUCTION

The Electronic Health Record (EHR) is a longitudinal electronic record of patient health information generated by one or more encounters in any care delivery setting. Patient demographics, progress notes, problems, medications, vital signs, past medical history, immunizations, laboratory data and radiology reports are types of information included (www.himss.org). It also serves as a patient data source digitally and securely stored, and accessed by multiple authorized users (Kohli and Swee-Lin Tan, 2016). Preventive measures, treatment of acute illnesses and life-long health services in chronic diseases are presented effectively within EHR (Hartley and Jones, 2012). It is useful in terms of time and cost by preventing repetition of diagnosis and treatment methods (Aldosari, 2017).

In addition to the benefits of electronic health records, breaching into the computer systems should be closely monitored. In this respect, the safety and privacy of electronic health records are considered as an important issue in health care services. Ethical and legal problems such as unauthorized recording, loss and theft of health data, lack of information and approval unauthorized sharing of health data, software-based threats and cyber attacks may arise (Shahmoradi et al., 2017).

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 mandates that the privacy, security and electronic transaction standards for maintaining the patient information for all healthcare providers. HIPAA safeguards the privacy of medical records of patients by preventing unauthorized disclosure and improper use of patients' Protected Health Information (PHI). Security and privacy standards have been established to ensure the integrity, privacy and accessibility of personal information. The security standards require compliance actions in the five categories: Administrative safeguards, Physical safeguards, Technical safeguards, Organizational requirement, Policies, procedures and documentation requirements (Mishra et al., 2011).

Along with the implementation of health transformation programme in Turkey, private hospitals become an important part of the system in the country. General and branch private hospitals providing patient care with specialized staff and equipment spread all over the country (Aksu Kılıç et al., 2015) The aim of this study was to evaluate security and privacy of electronic health records in terms of HIPAA principles in general and branch private hospitals within the framework of the users' perspective.

MATERIALS AND METHODS

In this study, 447 medical and administrative staffs who are using electronic health record system from

6 private hospitals were included. The study was carried out between 01 June 2017 - 30 July 2017. A constructed questionnaire was applied with a face-to-face interview method. The questionnaire includes socio-demographic characteristics, questions about electronic health record experience, and a scale about the security and privacy of electronic health records. The self-reported "ability to use of EHR" and "security and privacy of the system" were evaluated by 100-mm visual analogue scale (0: very poor vs 100: very good). The scale developed by Mishra et al. Upon getting ethical permission the use of the scale was communicated to the developers by e-mail. The scale adaptation process was implemented to cross-cultural adaptation (Lukaschyk et al., 2016; Bohu et al., 2014). The questionnaire was scored with a five-point Likert scale (1: strongly disagree, 2: disagree, 3: neutral, 4: agree, 5: strongly agree). A pilot study was designed with 10 employees to evaluate their comprehension of the questionnaire form. The questionnaire were revised and the final version of the questionnaire was obtained. The study was performed according to the principles of the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethical Committee of Marmara University Health Institute.

STATISTICAL ANALYSIS

Construct validity was evaluated by explanatory factor analysis. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) was assessed to determine the sampling adequacy (0,917). Accordingly, the sample size for factor analysis was satisfied. Barlett's Test of Sphericity was performed to determine the sample test size ($p=0.000$). The results show that data are sufficient for factor analysis (Vignola and Tucci, 2013). Principal Component Analysis and Varimax Rotation method were used in the analysis of factor structure. As a result of analysis; multiple items have been identified in more than one factor. For this reason, factor analysis was repeated three times with the items removed from the scale. The principal component analysis produced three distinct factors with eigen values of >1 , thereby explaining 56,93% of the variance. The subscales were security and privacy policy, organisational security, education and security applications.

Internal consistency reliability was investigated using Cronbach's alpha and a value of 0.70 or above indicates good reliability (Cronbach, 1951). The estimated Cronbach's alpha was 0.920 in the overall sample. The Cronbach's alpha values for each factors were 0.879, 0.871 and 0.804. An unpaired T test was used in the comparison of scores whereas Mann-Whitney U test was used in non-normal distribution of data. In addition, the categorical subscale scores (gender, age, education level) were compared with the One-Way

Table 1. The Distribution of Items of Security and Privacy Applications of Electronic Health Records Questionnaire According to Factor Analysis

No	Items	Factors		
		Security and Privacy Policy	Organisational Security	Education and Security Applications
22	Security policies and procedures are easily accessible and comprehensible in my organization.	0,710		
16	In my organization, there is a predefined agreed upon plan for security and privacy compliance efforts.	0,705		
20	In my organization, there are adequate internal controls (policies, procedures, training, encryption, access restrictions) to provide security and privacy of health records.	0,698		
18	Creating security awareness is an ongoing process in my organization.	0,686		
19	There is visible leadership about seriousness of security assurance efforts in my organization.	0,667		
21	Auditing is viewed as a necessary complimentary action to improve the security initiatives in my organization.	0,667		
17	There is a prevalent security culture where individuals look out for each other in my organization	0,659		
23	In my organization, there is an emphasis on establishing open communication channels about security issues without the fear of reprisal.	0,600		
38	I am aware of the password policy that I have to comply with, in my organization		0,826	
37	I am required to report any misuse of information (that I am in-charge of) or its inappropriate access		0,806	
32	In my organization, I understand what information I have access to and why?		0,739	
33	I am required to access health information only through approved devices and software in the organization.		0,643	
36	I am aware of the procedure about what to do when my system has malware in my organization		0,634	
39	I frequently receive communication about acceptable security behavior in my organization		0,596	
40	In my organization, there is an ongoing effort on training and education of employees about security issues.			0,723
27	Training about security measures is provided regularly to the staff/personnel in my organization			0,717
30	I am required to read the security policies frequently (Quarterly, bi-annually, annually) in my organization			0,710
31	In my organization, I have frequent communication about social engineering issues and am aware of how such tactics can create vulnerability for our system.			0,671
28	In my organization, security policies and procedures are periodically reviewed to assess if the policies meet the changing organizational needs			0,622
34	I am allowed to use removable storage media from outside on my machine in the organization.			0,454
	Variance (%)	21,669	18,035	17,226
	Croncbach's Alpha Values	0,879	0,871	0,804

ANOVA test. Kruskal Wallis test was used in non-normal distribution of data. Dr. Pınar KILIÇ AKSU provided support during the construction of the analyzes. SPSS v25 statistical program was used in the analysis of the study.

RESULTS

In this study, 68.3% (n=185) of the medical staff and 58.5% (n=103) of the administrative staff were women. 65,4% (n=151) of the medical staff and 34,6% (n=80) of the administrative staff are between 18-28 years of age. 37,6% (n=102) of the medical staff and 39,2% (n=69) of the administrative staff graduated from Bachelor's Degree/ Master's Degree programs (Table 2).

It was found that the general hospitals had significantly higher overall compared to the branch hospitals in terms of "*work experience*" (p=0.000), "*period of employment within the organisation*" (p=0.000), "*experience using of EHR*" (p=0.022), "*ability of using computer*" (p=0.000) and "*ability using of EHR*" (p=0.024). In addition, The self-reported scores of the general hospital (78,54±23,5) with regard to "*Security and Privacy of EHR in the Organization*" were significantly higher compared to those of the branch hospital (68,49±26,8) (p= 0.002) (Table 3.)

"*Experience Using of EHR*" of administrative staff (69,41±48,20) is longer than that of medical staff (59,12±46,33) (p = 0.044). Additionally, "*Ability of*

Table 2. Socio-Demographic Characteristics of Medical and Administrative Staffs

		Medical Staff (n= 271)		Administrative Staff (n=176)		Total	
		n	%	n	%	n	%
Gender	Male	86	31,7	73	41,5	159	35,6
	Female	185	68,3	103	58,5	288	64,4
Age	18 - 28 years	151	65,4	80	34,6	231	51,7
	29 - 39 years	92	54,4	77	45,6	169	37,8
	40 - 50 years	23	62,2	14	37,8	37	8,3
	51 - 61 years	2	28,6	5	71,4	7	1,6
	62 years >	3	100	0	0	3	0,7
Education Level	High School	98	36,2	72	40,9	170	38
	Associate's Degree	71	26,2	35	19,9	106	23,7
	Bachelor's Degree/Master's Degree	102	37,6	69	39,2	171	38,3

Table 3. Working Conditions of General and Branch Hospitals and Electronic Health Record Usage

	General Hospital			Branch Hospital			p*
	n	Mean	Standart Deviation	n	Mean	Standart Deviation	
Work Experience (month)	368	94,56	83,61	68	59,16	53,31	0.000
Period of Employment Within The Organisation (month)	376	63,73	54,23	68	37,78	34,49	0.000
Experience Using of EHR (month)	303	65,24	46,48	52	51,75	50,73	0.022
Training to about EHR	223	14,74	25,01	14	15,43	24,25	0.575
Ability of Using Computer (0-100 point)	378	78,80	20,31	69	68,12	21,28	0.000
Ability of Using EHR (0-100 point)	378	74,20	23,80	69	65,94	27,73	0.024
Security and Privacy of EHR in the Organization (0-100 point)**	378	78,54	23,53	69	68,49	26,81	0.002

* Mann-Whitney U test was used

** 0 point = Very Poor - 100 point = Very Good

Using EHR of administrative staff ($75,99 \pm 22,5$) is longer than that of medical staff ($70,93 \pm 25,72$) ($p = 0.033$). There were no significant differences between groups with regard to **work experience**, **period of employment within the organisation**, **ability of using computer**, **ability using of EHR**, **Security and Privacy of EHR in the Organization** ($p > 0.05$) (Table 4).

When examining the status of receiving **training use of electronic health records**; it was determined that 69.8% ($n = 264$) of the staff in general hospitals and 34.8% ($n = 24$) of the staff in branch hospitals were trained ($p = 0.000$).

The mean score of **Organizational Security** sub-dimension was significantly higher in general hospitals

($3,89 \pm 0,74$) than that of branch hospitals ($3,69 \pm 0,64$) ($p = 0.042$). The **Education and Security Practices** sub-dimension ($3,47 \pm 0,76$) is significantly higher than the branch hospitals ($2,99 \pm 1,96$) ($p = 0.000$). No significant difference was found in the **Security and Privacy Policies** sub-dimension ($p > 0,05$).

The mean score of **Organizational Security** sub-dimension was found significantly higher in general hospitals ($3,89 \pm 0,74$) than that of branch hospitals ($3,69 \pm 0,64$) ($p = 0.042$). Similarly, The mean score of **Education and Safety Practices** sub-dimension is significantly higher in general hospitals ($3,47 \pm 0,76$) than that of branch hospitals ($2,99 \pm 1,96$) ($p = 0.000$). There is no significant difference in **Security and Privacy Policies** sub-dimension ($p > 0,05$) (Table 5).

Table 4. Working Conditions of Medical and Administrative Staff and Electronic Health Record Usage

	Medical Staff			Administrative Staff			p*
	n	Mean	Standart Deviation	n	Mean	Standart Deviation	
Work Experience (month)	267	88,79	85,38	169	89,43	72,72	0.936
Period of Employment Within The Organisation (month)	271	56,54	49,72	173	64,81	56,36	0.105
Experience Using of EHR (month)	212	59,12	46,33	143	69,41	48,20	0.044
Training to about EHR	137	11,45	18,64	100	19,35	31,08	0.158
Ability of Using Computer (0-100 point)	271	75,77	21,32	176	79,27	19,85	0.083
Ability of Using EHR (0-100 point)	271	70,93	25,72	176	75,99	22,50	0.033
Security and Privacy of EHR in the Organization (0-100 point)**	271	75,26	25,76	176	79,66	21,67	0.062

* Independent-Samples T test was used

** Mann-Whitney U test was used

*** 0 point = Very Poor - 100 point = Very Good

Table 5. The Relationship Between The Security and Privacy of Electronic Health Records Sub-Dimensions and General-Branch Hospitals, Medical-Administrative Staff, Manager-Staff

		Security and Privacy Policy	Organisational Security	Education and Security Applications
General Hospital (n=378)	Mean	3,65	3,89	3,47
	Standart Deviation	0,77	0,74	0,76
Branch Hospital (n=69)	Mean	3,52	3,69	2,99
	Standart Deviation	0,66	0,64	0,89
	p*	0.190	0.042	0.000
Medical Staff (n=271)	Mean	3,56	3,82	3,34
	Standart Deviation	0,77	0,75	0,79
Administrative Staff (n=176)	Mean	3,75	3,92	3,49
	Standart Deviation	0,72	0,70	0,82
	p*	0.009	0.147	0.050
Manager (n=31)	Mean	3,70	3,69	3,39
	Standart Deviation	0,66	0,69	0,78
Staff (n=431)	Mean	3,63	3,87	3,40
	Standart Deviation	0,77	0,73	0,81
	p*	0.859	0.182	0.960

* Independent-Samples T test was used

Likert Scale 1-5 (1: Strongly Disagree - 5: Strongly Agree)

When sub-dimensions are evaluated in terms of medical and administrative staff, the mean score of **“Security and Privacy Policies”** sub-dimension was significantly higher in administrative units (3.75 ± 0.72) than that of medical staff (3.56 ± 0.77) ($p = 0.009$). The average score of **“Education and Safety Practices”** is significantly higher in administrative staff (3.49 ± 0.82) than that of medical staff (3.34 ± 0.79) ($p = 0.050$).

There is no significant difference in organizational security dimension ($p > 0.05$) (Table 5).

There were no significant differences in all sub-dimensions that the security and privacy of electronic health records between the managers and other employees ($p > 0.05$) (Table 5).

When the relationship between sub-dimensions

Table 6. The Relationship Between The Security and Privacy of Electronic Health Records Sub-Dimensions and Training to About EHR

Training to About EHR		Security and Privacy Policy	Organisational Security	Education and Security Applications
Training (+) (n=288)	Mean	3,69	3,94	3,51
	Standart Deviation	0,79	0,72	0,81
Training (-) (n=138)	Mean	3,50	3,68	3,14
	Standart Deviation	0,69	0,75	0,77
	p*	0.018	0.000	0.000

* Independent-Samples T test was used.

Likert Scale 1-5 (1: Strongly Disagree - 5: Strongly Agree)

that the security and privacy of electronic health records and the age of the research group is evaluated; significant differences were identified in the sub-dimensions of **“Security and Privacy Policies”** (p=0.016), **“Organizational Security”** (p=0.050) and **“Education and Safety Practices”** (p=0.010). This difference was between 18-28 years and 40-50 years in all sub-dimensions.

Furthermore, it was found that the average score of **“Organizational Security”** sub-dimension of female employees (3.91 ± 0.68) was significantly higher than male employees (3.76 ± 0.80) (p=0.042). When evaluated in terms of education levels, there was no significant difference (p>0.05).

It was determined that the mean of the educated individuals in all sub-dimensions was significantly higher. **“Security and Privacy Policies”** (p=0.018), **“Organizational Security”** (p=0.000) and **“Education and Safety Practices”** (p=0.000) (Table 6).

DISCUSSION

It is stated that the health information systems are more likely to be exposed to the threat such as viruses compared to traditional IT departments (Forcepoint, 2015). Therefore, the necessary applications for the safety and privacy of electronic health records should be considered as a whole. (Pham, 2016). HIPAA standards which contain multiple factors offer highly effective solutions and sanctions to ensure the safety and privacy of digital data (Liginlal et al., 2012). For his reason, in this study, the safety and privacy of electronic health records in Turkey is evaluated within the scope of HIPAA standards.

It is seen that the “score of the safety and confidentiality of the institution’s electronic health records“ in general hospitals was higher than the branch hospitals. More effective involvement of IT departments in general hospitals and staff training are an important factor. Software companies may not offer software to suit the needs of branch hospitals. Additionally, the

preferred technology may not be appropriate for the organizational structure (Çınaroğlu and Avcı, 2015).

According to the study, administrative staff have higher point of electronic health record skill. Because administrative staff use information technologies more intensively. Medical staff give priority to the health services. The resistance may develop against the information system by the medical staff due to some reasons such as loss of time, lack of computer usage, increased workload and problems of trust in the system. In this respect, the softwares must support the needs of the medical staff (Ajami and Bagari-Tadi, 2013).

It was determined that 69.8% (n = 264) of staffs in the general hospitals were trained and 34.8% (n = 24) of the branch hospitals were trained. Training practices are very important in order to benefit from the opportunities provided by electronic health records and to ensure data security (McGinn et al., 2011). In this context, HIPAA standards are given importance to the training of employees as administrative measures (www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/security/laws-regulations/index).

It is seen that the average of “Organizational Communication” and “Education and Security Policies” dimensions are higher in general hospitals compared to in branch hospitals. There is no difference in determining strategies among institutions, but there are deficiencies in branch hospitals in the implementation phase. In a study, it was determined that there was an adaptation problem in the use of electronic health records in small health enterprises. (Simon et al., 2007). The reason for this is the lack of financial capacity for the establishment of the system and the incompatibility of the system and work flows. In addition, the lack of financial resources and the lack of IT expert in the staff of the small capacity health institutions is defined as the obstacle to compliance with HIPAA standards (Chen and Benusa, 2017).

The average of the “Security and Privacy Strategies” and “Education and Security Policies” dimensions were

higher in the administrative units compared to the medical units. The medical staffs consider their priority as health care. Other applications are seen as extra workload. For this reason, less importance is given to the safety of the electronic health record system. Similarly, in a study on data privacy confidentiality, it was determined that health workers give higher priority to their professional responsibilities and do not give enough importance to data privacy (Lapke and al., 2016).

It is observed that the sub-dimension scores are better in the groups with high average age. In the studies conducted, it is seen that the adaptation of the young health workers to the use of electronic health record is better (Singh, 2016). Further, it is determined that the individuals who are educated about the use of electronic health records have higher averages in all dimensions.

CONCLUSION

The existence of information and communication technologies in compliance with international standards is important for ensuring the security and privacy of electronic health records in health institutions. In the process of establishment of health technology systems, technical personnel should be present in the field. The impact of employees on processes should not be ignored as much as the existence of a secure system. For the privacy of electronic health records, employees should be trained about system use and safety awareness, and must be repeated periodically.

Today, patients are aware of digital data security and are concerned about this issue. Therefore, institutions must meet the expectations of patients. The determination of strategies and policies at international standards is also important in terms of corporate image and competitive advantage. In the process of ensuring data security, the differences between general-branch hospitals and medical-administrative unit should be considered.

REFERENCES

1. Ajami S, Bagheri-Tadi T. Barriers for Adopting Electronic Health Records (EHRs) by Physicians, *Acta Informatica Medica*, 2013, 21(2): 129-134
2. Aksu Kılıç P, Kitapçı Şişman N, Çatar R. Ö, Köksal L, Mumcu G. An Evaluation of Information Security from the Users' Perspective in Turkey. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 2015, 9(2): 55-67
3. Aldosari B. Causes of EHR Projects Stalling or Failing: A Study of EHR Projects in Saudi Arabia, *Computers in Biology and Medicine*, 2017, 91: 372-381.
4. Bohu Y, Klouche S, Lefevre N, Webster K, Herman S. Translation, Cross-Cultural Adaptation and Validation of the French Version of The Anterior Cruciate Ligament-Return to Sport After Injury Scale, *Knee Surg. Sports Traumatol Arthrosc.*, 2015, 23: 1192-1196.
5. Chen Q, Benusa A. HIPAA Security Compliance Challenges: The Case for Small Healthcare Providers, *International Journal of Healthcare Management*, 2017, 10 (2): 135-146
6. Cronbach L. Coefficient Alpha and The Internal Structure of Test, *Psychometrika*, 1951, 16(3): 297-334.
7. Çınaroğlu S, Avcı K. Comparison of Assessments of Medical and Surgical Nurses About Usage of Electronic Health Records, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015, 14 (3): 257-264.
8. Forcepoint, *Industry Drill-Down Report Healthcare*, 2015. www.insight.com/content/dam/insight-web/en_US/article-images/ebooks/Partner/2015-industry-drill-down-report-healthcare.pdf
9. Hartley C, Jones E. *EHR Implementation: A Step-by-Step Guide for the Medical Practice*, American Medical Association, 2th Edition, Chicago, 2012.
10. Kohli R, Tan S. Electronic Health Records: How Can Is Researchers Contribute To Transforming Healthcare?, *MIS Quarterly*, 2016, 40(3): 553-573.
11. Lapke M, Garcia C, Henderson D. The Disconnect Between Healthcare Provider Tasks and Privacy Requirements, *Health Policy and Technology*, 2016, 1-8.
12. Mishra S, Leone G, Caputo D, Calabrisi R. Security Awareness For Health Care Information Systems: A HIPAA Compliance Perspective, *Issues in Information Systems*, 2011, 12(1):224-236.
13. Liginlal D, Sim I, Khansa L, Fearn P. HIPAA Privacy Rule Compliance: An Interpretive Study Using Norman's Action Theory, *Computers & Security*, 2012, 31: 206-220.
14. Lukaschyk J, Brockmann-Bausser M, Beushausen U. Transcultural Adaptation and Validation of the German Version of the Vocal Tract Discomfort Scale, *Journal of Voice*, 2017, 31 (2): 261-268.
15. Pham T. The Current State of Healthcare Endpoint Security, *Industry News*, 2016.
16. Shahmoradi L, Darrudi A, Arji G, Nejad A. Electronic Health Record Implementation: A SWOT Analysis, *Acta Medica Iranica*, 2017, 55 (10): 642-649.
17. Simon S, Kaushal R, Cleary P, Jenter C, Volk L, Poon E, Orav J, Lo H, Williams D, Bates D. Correlates of Electronic Health Record Adoption in Office Practices: A Statewide Survey, *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2007, 14 (1): 110-117.
18. Singh B. Nurse's Attitude Towards Computerization in Private Hospitals of Tamil Nadu, India, *Research J. Pharm. and Tech.*, 2016, 9 (12): 1451-1456.
19. Vignola R, Tucci A. Adaptation And Validation of The Depression, Anxiety and Stress Scale to Brazilian Portuguese, *Journal of Affective Disorders*, 2014, 155: 104-109.

Araştırma / Research Article



Üniversite öğrencilerinin akran ilişkilerinde sosyal beceri ve çatışma yönetme becerisi durumunun incelenmesi*

Investigation of social skill and conflict management skill status in peer relations of university students

Ali Ekşi, Fulya Atalay Yalçın, Gülce Kirazlı, Ebru Kalyoncu, İsmail Cem Kantarlı

*Bu çalışma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje Numarası: 16-ASHMYO-002'dir.

Anahtar Kelimeler:

Üniversite öğrencisi, Sosyal beceri, Çatışma yönetimi, Akran ilişkileri

Key Words:

University student, Social skill, Conflict management, Peer relations

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Ali Ekşi,
a_eksi@yahoo.com

Gönderme Tarihi/Received Date:

01.02.2019

Kabul Tarihi/Accepted Date:

11.02.2019

Yayımlanma Tarihi/Published Online:

31.03.2019

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sosyal beceri ve çatışma yönetimi üzerine sosyal ortamın etkisi önemlidir. Bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde sosyal beceri düzeyi ve çatışma yönetme becerisini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin açıklanması amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** "Sosyal Beceri Envanteri Ölçeği" ve "Çatışma Çözme Ölçeği" kullanılarak yapılan anket çalışmasında, İzmir Ege Üniversitesi evren olarak belirlenmiştir. Örneklem Ege Üniversitesi merkez yerleşkesindeki meslek yüksekokullarında öğrenimlerine devam eden öğrencilerden basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmaya toplam 215 öğrenci alınmıştır. Verilerin analizinde frekans dağılımı ve yüzdelerden yararlanılmış, değişkenler arasındaki fark ki-kare testi ile belirlenmiştir. **Bulgular:** Katılımcılarda sosyal beceri düzeyi %68,4 oranında orta düzeyde ve %31,6 oranında yüksek olarak belirlenmiştir. Sosyal beceri düzeyinde kültürel faaliyetlere katılma durumu, düzenli uğraşta bulunma ve üniversite öğrenci topluluklarında yer alma etkilidir. Katılımcılarda çatışma yönetimi becerisi ise %9,8 düşük, %56,7 orta ve %33,5 oranında yüksek olarak bulunmuştur. **Sonuç:** Çatışma yönetimi becerisinde, eğitim görülen okul, sınıf, cinsiyet, kültürel faaliyetlere katılma, düzenli uğraş ve öğrenci topluluklarında yer alma etkilidir. Sosyal becerisi yüksek olan üniversite öğrencilerinde çatışma çözme becerisinin de daha gelişmiş olduğu görülmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Objective: The impact of the social environment on social skills and conflict management is important. In this study, it was aimed to evaluate the factors affecting the level of social skill and conflict management ability and to explain the relationship between this two variables in university students. **Materials and Methods:** In the questionnaire study using "Social Skill Inventory Scale" and "Conflict Resolution Scale", İzmir Ege University was determined as the population. The sample of this study was selected by simple random sampling method from the students who continue their education at the vocational higher schools in the Ege University's central campus. A total of 215 students took part in the study. In data analysis, frequency distribution and percentages were used and chi-square test was used to determine the difference between variables. **Findings:** Social skill level of 68,4% of participants was determined as moderate and 31,6% of participants was determined as high. Participation in cultural activities, regular recruitment and participation in college student communities are influential at the level of social skills. Conflict management skill level of 9,8% of participants was low, 56,7% of participants was moderate and 33,5% of participants was high. **Results:** Type of school, class, gender, cultural activities, regular occupation and participation in student communities are influential in conflict management skills. It is also seen that conflict resolution skills of university students with high social skills are more developed.

GİRİŞ

Üniversite öğrencilerinin yetişme tarzları ve kültürel özellikler, sahip olunan sosyal becerilerde önemli farklılıklar oluşturmakla birlikte, sosyal beceriler öğrenilmiş davranışlar olup sosyal ortamlara göre de değişebilmektedir. Sosyal becerilerin gelişiminde ilk önemli faktör, ailedir. Ailenin çocuğa karşı sorumluluğu, bakım ve büyütmekle sınırlı olmayıp, aile yetiştirdiği bireyin topluma uyumunu kolaylaştırmalıdır. Bu

bağlamda aile, topluma uyumda çocuğa yardımcı olan, kural, değer, rol ve bunları kapsayan kültür hakkında birikim sağlamalıdır (1). Sosyal becerilerin gelişiminde önemli olan bir başka durumda iletişim becerileridir. İletişim becerisi, davranış değişikliğini başarmada ana etkidir. İnsan yaşamında iletişim becerilerinin ve buna bağlı olarak da sosyal becerilerin gelişiminde ise akran ilişkileri ön plana çıkmaktadır. Akranlar, bireyin gelişim sürecinde yalnızca bir sosyalleşme

aracı değil, aynı zamanda kendisi hakkında bilgi sağlayan kaynaklardır. Akran ilişkilerinde çocukluk ve ergenlikten başlayarak, işbirliği ve uzlaşmada ya da çatışma ve saldırgan davranışlarda belirleyici olmaktadır (2).

Son yıllarda literatürde, iş birliği ve uzlaşma kültürü, çatışma ya da müzakere yönetimi gibi kavramların sıkça kullanıldığını görmekteyiz. Henüz ortaya çıkan çalışmalar bu kavramların net sınırlarını çizmemekle birlikte, bu kavramlar birbiri ile yakından ilişkilidir. Bu kavramların içerisinde çatışma yönetimi ile sosyal beceriler kavramının ilişkisi, derinlemesine çalışılması gereken bir konudur. En başta sosyal beceriler, salt kişisel gelişim ile ilgili olmayıp, bireyin toplum içerisindeki rolünde ve toplumsal sorunlar karşısında aldığı sorumluluklarda da belirleyicidir. Bugün bireyin sorumluluklarını, tek başına kendisi ya da yakın çevresi ile sınırlandırmak mümkün değildir. Bireylerin, toplumların ortak iyisine etkin katkı sunmaları, toplumsal sorunların çözümüne yönelik çaba harcamaları beklenmektedir. Problem çözme arayışlarında da ortak iyiyi bulmanın yolu olarak, etkileşim ve müzakereci yöntemler üzerinde yoğunlaşmaktadır (3). Bu bağlamda çatışmayı değerlendirdiğimizde, iki ya da daha fazla birey ya da grubun husumet hali veya karşıt durumda olmaları klasik tanımı oluşturmaktadır. Çatışmanın içeriğinde çıkarların, amaçların veya hedeflerin çarpışması yer almaktadır. Miesen çatışmayı, “katılımcının, karşısına çıkan güç alanında bir aktör olarak var olmakta ısrar ettiği, aktif bir fail haline gelmesini sağlayan bir mikro-siyasal pratik alanı” olarak tanımlamaktadır (4). Literatürde sosyal beceri ve çatışma çözme becerisinin birbiri ile etkileşiminin sıkça tartışıldığı görülmektedir. Bununla birlikte, üniversite eğitiminin ve üniversite yaşamı boyunca içinde bulunan sosyal yaşamın hem uzlaşma kültürünün gelişmesinde hem de çatışma çözme becerisinin gelişimine katkısının çok boyutlu araştırılması gereken bir konu olduğu anlaşılmaktadır (5,6,7).

Türkiye’de genç nüfus oranının yüksekliği ile birlikte, son yıllarda hızla artan üniversite öğrenimi gören öğrenci sayısı dikkat çekicidir. Üniversitede öğrenimi gören öğrenciler farklı yetişme tarzlarına, kültürlere, gelişim düzeylerine, sosyal becerilere sahip bireylerden oluşmaktadır. Özellikle üniversite öğrencisinin bulunduğu sosyal ortamın, sosyal beceriler üzerine etkisinin tartışılması, önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ege Üniversitesi öğrencilerinin evren olarak belirlendiği bu çalışmada, üniversite öğrencilerinde sosyal beceri düzeyi ve çatışma yönetme becerisini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin açıklanması amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada, sosyal beceri düzeyi ve çatışma yönetme becerisinin değerlendirilmesi ile ilgili bir anket çalışması yapılmıştır. Hazırlanan anketin ilk bölümünde katılımcılar demografik bilgilerini değerlendirmek amaçlı sorulara yer verilmiştir. Anketin ikinci bölümünde ise “Sosyal Beceri Envanteri Ölçeği” ve “Çatışma Çözme Ölçeği” olmak üzere iki adet ölçek yer almıştır. Anket çalışmasında, İzmir Ege Üniversitesi evren olarak belirlenmiştir. Örneklem, Ege Üniversitesi merkez kampüsündeki meslek yüksekokullarında öğrenimleri devam eden öğrencilerden basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Meslek Yüksekokulu idarelerinden alınan bilgiye göre, Ege Üniversitesi Merkez Kampüsünde bulunan meslek yüksekokullarında, 2017-2018 Eğitim Öğretim yılında yaklaşık 14 bin kayıtlı öğrenci bulunmaktadır. Çalışma örnekleme, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (ASHMYO), Ege Meslek Yüksekokulu (EMYO) ve Emel Akın Meslek Yüksekokulu (EAMYO) öğrencilerinden seçilmiştir. Çalışma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma projesi olarak gerçekleştirilmiş olup, proje başvurusu sırasında, Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından bu çalışma için etik kurul iznine gerek görülmemiştir.

Belirlenen evrenden, %99 güven düzeyinde örneklem sayısı, 220 olarak belirlenmiştir. Örneklem seçimi basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile yapılmış, 5 öğrencinin verilerinde büyük eksiklikler olması nedeniyle kapsam dışı bırakılmış ve 215 öğrencinin verileri değerlendirmeye alınmıştır. Toplanan veriler SPSS (v16) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri çözümlenmesinde frekans dağılımı ve yüzdelerden yararlanılmış, değişkenler arasındaki farkın belirlenmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sosyal Beceri Envanteri’nin Türkçeye uyarlama çalışmaları Yüksel tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplam 90 alt maddeden oluşmaktadır. Ölçek değerlendirmesinde alınabilecek en düşük puan 90, en yüksek puan ise 450 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde, puan arttıkça sosyal beceri düzeyinin de artacağı belirtilmektedir. Bu çalışmada, ölçek değerlendirmesinde 150 puan altı düşük, 150 ile 300 arası orta düzey ve 301 puan ve üzeri yüksek düzey sosyal beceri düzeyi olarak kabul edilmiştir (8). Çatışma çözme ölçeği ise Akbalık tarafından üniversite öğrencilerinin çatışma çözüm becerilerini ortaya koymak, çatışma çözme eğitimi ve akran arabuluculuk programlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilerek geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, 55 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ortalamalarına bakılarak çatışma durumunda

en çok/en az kullanılan çatışma çözüm yöntemi saptanabilmektedir. Ölçek değerlendirmesine göre, çatışma çözüm becerisi, toplam puan 55-110 ise alt düzey, 110.01-165 arasında ise orta düzey ve 165.01-220 arasındaysa da üst düzey olarak kabul edilmektedir (9).

BULGULAR

Katılımcıları tanımlayıcı bilgiler Tablo 1’de verilmiştir. Katılımcıların ailelerinin eğitim ve sosyoekonomik düzeyine ilişkin bilgiler incelendiğinde, öğrencilerin annelerinin %5,1’inin, babalarının ise %11,2’sinin üniversite mezunu oldukları görülmektedir. Ailelerin %3,7’si asgari ücretin altında aylık gelir elde ederken, %19,5’inin aylık geliri 3000 TL ve üzerindedir. Öğrencilerin %44,2’si düzenli bir uğraşıya sahip olduğunu, %55,8’i ise düzenli bir uğraşısı olmadığını belirtmiştir. Ayrıca öğrencilerin %3,7’si profesyonel destek almakta, %96,3’ü böyle bir destek almamaktadır. Öğrenci topluluklarına katılım açısından bakıldığında öğrencilerin %5,1’i aktif olarak katıldıkları, %3,7’si bu çalışmalarını yorucu ve zaman kaybı olarak gördükleri, %30,7’si zaman buldukça katılmaya çalıştıkları, %60,5’inin ise katılmadığı görülmektedir. Öğrencilerin kültürel faaliyetlere katılma durumları incelendiğinde, %15,3’ünün “hiçbir zaman”, %69,8’inin “bazen”, %11,6’sının “sık sık”, %3,3’ünün “her zaman” cevaplarını verdikleri görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıları Tanımlayıcı Bilgiler

Değişkenler	Sayı	%	Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet			Yaşadığı Yer		
Erkek	95	44,2	Ailesi ile Birlikte	131	60,9
Kadın	120	55,8	Tek Başına Evde	4	1,9
Sınıf			KYK Yurdunda	18	8,4
1.Sınıf	165	76,7	Özel Yurtta	32	14,9
2.Sınıf	50	23,3	Pansiyonda	2	0,9
Bölüm			Arkadaşlarıyla Evde	14	6,5
İlk Yardım	30	14,0	Akraba Yanında	13	6,0
Odyometri	30	14,0	Diğer	1	0,5
Çocuk Gelişimi	30	14,0	Eğitim Öğretim için Geldiği Yer		
Biyomedikal	27	12,6	Köy-Kasaba	24	11,2
Elektrikli Cihazlar Teknolojisi	28	13,0	İlçe Merkezi	103	47,9
Makine Resim ve Konstrüksiyon	11	5,1	İl Merkezi	87	40,5
Otomotiv Teknolojisi	22	10,2	Mezun Olduğu Lise		
Moda Tasarımı	14	6,5	Meslek Lisesi	155	72,1
Giyim Üretim Teknolojisi	14	6,5	Düz Lise	56	26,0
Tekstil Teknolojisi	9	4,2	Diğer	4	1,9
Okul					
ASHMYO	90	41,9			
ZEMYO	88	17,2			
EAMYO	37	14,0			

Araştırmaya katılan öğrencilerin “Sosyal Beceri Envanteri” ve “Çatışma Çözme Ölçeği”nden elde ettikleri ortalamalar incelendiğinde, çalışmada katılımcıların %68,4’ünün orta, %31,6’sının yüksek sosyal beceri düzeyine sahip oldukları sonucu elde edilmiştir. Ayrıca %9,8’inin düşük, %56,7’sinin orta, %33,7’sinin yüksek çatışma çözme yönetimine sahip olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcıların sınıf düzeyi, cinsiyeti, yaşı, yaşadığı yer, profesyonel destek durumu, aile ekonomisi, aile eğitim düzeyi, geldiği okul ve üniversite öncesi yaşadığı yere göre sosyal beceri düzeylerinde farklılık olup olmadığına ilişkin ki-kare test sonuçlarına göre, bu değişkenler ile sosyal beceri düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Başka bir anlatımla, bu değişkenlerin sosyal beceri düzeyi üzerine anlamlı bir etkisi yoktur.

Katılımcıların kültürel faaliyetlere katılımı ile sosyal beceri düzeyleri arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yer almaktadır ($p<0,05$). Kültürel faaliyetlere katılımda artış oldukça, sosyal beceri düzeyi de anlamlı düzeyde artmaktadır (Tablo 2). Öğrencilerin öğrenci topluluklarına katılımı ile sosyal beceri düzeyleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Öğrenci topluluklarına katılım arttıkça, sosyal beceri düzeyi de anlamlı düzeyde yükselmektedir (Tablo 3).

Tablo 2. Kültürel Faaliyetlere Katılım ile Sosyal Beceri Düzeylerinin Karşılaştırılması

Kültürel Faaliyetlere Katılım Durumu	Orta (151-300)		Sosyal Beceri Düzeyi Yüksek (>301)		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiçbir zaman	27	81,8	6	18,2	33	100,0
Bazen	106	70,7	44	29,3	150	100,0
Sık Sık	10	40,0	15	60,0	25	100,0
Her Zaman	4	57,1	3	42,9	7	100,0
$\chi^2 = 12,83$	$sd=3$		$P=0,005$			

Tablo 3. Öğrenci Topluluklarına Katılım ile Sosyal Beceri Düzeylerinin Karşılaştırılması

Öğrenci Topluluklarına Katılım Durumu	Orta (151-300)		Sosyal Beceri Düzeyi Yüksek (>301)		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aktif olarak katılıyorum	1	9,1	10	90,9	11	100,0
Bu Çalışmaları Yoruca ve Zaman Kaybı Olarak Görüyorum	8	100,0	00	0,0	8	100,0
Zaman Buldukça Katılmaya Çalışıyorum	43	65,2	23	34,8	66	100,0
Katılmıyorum	95	73,1	35	26,9	130	100,0
$\chi^2 = 23,22$	$sd=3$		$P=0,000$			

Katılımcıların düzenli yaptığı bir uğraş olması ile sosyal beceri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($\chi^2 = 19,50$, $p<0,00$). Katılımcılar arasında sosyal beceri düzeyi, düzenli uğraşı olduğunu belirtenlerde (%47,4), düzenli uğraşı olmayanlara (%19,2) göre daha yüksektir.

Katılımcıların yaş, yaşadığı yer, profesyonel destek durumu, okuduğu okul, ailelerinin ekonomik durumu ve eğitim düzeyleri, geldikleri okul ve üniversite öncesi yaşadıkları yerlerin çatışma yönetimi düzeylerinde farklılık yaratıp yaratmadığına ilişkin ki-kare test sonuçlarına göre, bu değişkenler ile çatışma yönetimi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Başka bir anlatımla, bu değişkenlerin çatışma yönetimi düzeyi üzerine anlamlı bir etkisi yoktur.

Öğrencilerin sosyal beceri düzeyi ile çatışma yönetim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Katılımcılar arasında çatışma yönetim düzeyi, sosyal beceri düzeyi yüksek olan öğrencilerde (%70,6), sosyal beceri düzeyi orta olanlara göre (%16,3) daha yüksektir (Tablo 4).

Öğrencilerin sınıf düzeyi ile çatışma yönetim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2 = 10,71$, $p<0,05$). Çatışma yönetimi becerisi, ikinci sınıf öğrencilerde (%48,0), birinci sınıf öğrencilere göre (%29,1) anlamlı düzeyde yüksektir. Ayrıca, çatışma yönetimi düzeyinin cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemede, ki-kare testi sonucunda değişkenler arasındaki bağımlılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 14,66$ $p<0,05$). Çatışma çözme becerisi kadınlarda (%44,2), erkeklere göre (%20,0) daha yüksektir.

Tablo 4. Öğrenci Sosyal Beceri Düzeyi ile Çatışma Yönetim Düzeylerinin Karşılaştırılması

Sosyal Beceri Düzeyi	Çatışma Yönetme Düzeyi						Toplam	
	Düşük (55-110)		Orta (111-165)		Yüksek (166-220)		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Orta (151-300)	18	12,2	105	71,4	24	16,3	147	100,0
Yüksek (>300)	3	4,4	17	25,0	48	70,6	68	100,0
$\chi^2 = 61,46$	$sd=2$		$P=,005$				$P=,000$	

Çalışmada öğrencilerin öğrenim gördükleri okul ile çatışma yönetim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2 = 33,25$ $p<0,5$). Çatışma yönetim düzeyi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde (%43,3) ve Emel Akın Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde (%51,4), Ege Meslek Yüksekokulu öğrencilerine göre (%15,9) anlamlı düzeyde yüksektir.

Çalışmada öğrencilerin kültürel faaliyetlere katılma düzeyi ile çatışma yönetim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2 = 33,25$ $p<0,5$). Çatışma çözme becerisi, kültürel faaliyetlere "her zaman katılanlarda" (%57,1) ve "sık sık" (%56,0) katılanlarda, "bazen" (%33,3) katılanlara ve "hiçbir zaman katılmayanlara" (%12,1) göre daha yüksektir (Tablo 5).

Çalışmada öğrencilerin öğrenci topluluklarına katılım düzeyi ile çatışma yönetim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($\chi^2 = 33,25$ $p<0,5$) (Tablo 6). Çatışma çözme becerisi, öğrenci topluluklarına "aktif olarak katılanlarda" (%90,9), "zaman buldukça katılmaya çalışanlara" (%36,4), "katılmayanlara" (%29,2) ve "bu çalışmalarını yorucu ve zaman kaybı olarak görenlere" (%0,0) göre daha yüksektir (Tablo 6).

Katılımcıların düzenli yaptığı bir uğraş olması ile çatışma yönetimi beceri düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki elde edilmiştir ($\chi^2 = 7,34$, $p<0,02$). Katılımcılar arasında çatışma yönetimi beceri düzeyi, düzenli uğraşı olduğunu belirtenlerde (%43,2), düzenli uğraşı olmayanlara göre (%23,8) daha yüksektir.

TARTIŞMA

Cinsiyet ile sosyal beceri düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalar literatürde yer almaktadır. Şenol ve Türkçapar'ın 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada, sosyal beceri düzeyi kadınlarda erkeklere göre daha yüksek elde edilmiştir.¹⁰ Deniz ve arkadaşlarının 2003 yılında yapmış olduğu bir çalışmada ise sosyal beceri toplam puan ortalamaları cinsiyet değişkeni açısından değerlendirilmiş ve kadınların sosyal beceri düzeyleri erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (11). Bu çalışmada da kadınların sosyal beceri düzeyi anlamlı olarak yüksek elde edilmiştir. Bu sonucun ortaya çıkmasında kadınların duyuşsal mesajları gönderme ve sosyal olarak kendini ortaya koyma becerilerinin erkeklere göre daha yüksek olması etkili olarak görülmektedir.

Tablo 5. Kültürel Faaliyetlere Katılım ile Çatışma Yönetim Düzeylerinin Karşılaştırılması

Kültürel Faaliyetlere Katılım	Çatışma Yönetme Düzeyi							
	Düşük (55-110)		Orta (111-165)		Yüksek (166-220)		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiçbir Zaman	4	12,1	25	75,8	4	12,1	33	100,0
Bazen	15	10,0	85	56,7	50	33,3	150	100,0
Sık Sık	1	4,0	10	40,0	14	56,0	25	100,0
Her Zaman	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	100,0
$\chi^2 = 14,96$	sd=6		P=,005				P=0,02	

Tablo 6. Öğrenci Topluluklarına Katılım ile Çatışma Yönetim Düzeylerinin Karşılaştırılması

Öğrenci Topluluklarına Katılım	Çatışma Yönetme Düzeyi							
	Düşük (55-110)		Orta (111-165)		Yüksek (166-220)		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Aktif Olarak Katılıyorum	0	0,0	1	9,1	10	90,9	11	100,0
Bu Çalışmaları Yorucu ve Zaman Kaybı Olarak Görüyorum	2	25,0	6	75,0	0	0,0	8	100,0
Zaman Buldukça Katılmaya Çalışıyorum	5	7,6	37	54,1	24	36,4	66	100,0
Katılmıyorum	14	10,8	78	60,0	38	130	29,2	100,0
$\chi^2 = 22,92$	sd=6		P=,005				P=,01	

Yine bu çalışmanın bulgularına göre cinsiyet ile çatışma çözme becerileri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kadınların çatışma çözme becerisi erkeklere oranla daha yüksektir. Basım ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklerden daha çok yüzleşmeye değer vermelerine, kendilerini daha çok açmalarına ve duygusal ifadeleri daha fazla göstermelerine rağmen, genelde kaçınmacı bir tutum içerisinde, özel davranış sergiledikleri ortaya konmuştur (12). Hislişahin ve arkadaşlarının 2009'da Ankarada yaptıkları çalışmada ise öğrenimlerine devam eden üniversite öğrencilerinde, çatışma çözümede erkeklerin daha az kendilerini açtıkları ve duygusal ifade sergiledikleri görülmüştür (13). Bu sonuçlara göre kadınların çatışma çözme süreçlerinde daha etkin, problem çözücü ve uyumlu davrandığı belirlenmiştir. Çalışmalar, kadınların müzakere süreçlerinde daha olumlu ve yapıcı davrandıklarına işaret etmekte, etkileşime ve empatiye, kendileri ile yüzleşmeye daha açık olduklarını göstermektedir (14).

Şenol ve Türkçapar'ın 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada üniversite öğrencilerinde aile gelir durumu başta olmak üzere sosya-demografik faktörlerin sosyal beceri düzeyinde herhangi bir anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür (10). Bu çalışmada da, gelir durumu, aile eğitimi, yaşam alanı gibi birçok değişkenin sosyal beceri düzeyine etkisi bulunmamaktadır. Ancak kültürel faaliyetlere katılım, öğrenci topluluklarına katılım ve düzenli uğraşıya sahip olmanın sosyal beceri düzeyini olumlu yönde etkilediği ve bu kişilerde sosyal beceri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan bireysel zaman geçirmeden ziyade topluluk halinde yapılan etkinliklere katılımın, sosyal beceri gelişimini üzerine etkisinin olumlu olduğu görülmektedir.

Şenol ve Türkçapar'ın yine 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada üniversite öğrencilerinin eğitim gördükleri üniversite birimine göre, sosyal beceri düzeyinde farklılıklar olabildiği görülmüştür. Bu farklılık eğitim görülen birimlerin eğitim süresi ve öğrencinin öğrenim gördüğü sınıftan bağımsız olarak ortaya çıkmaktadır (10). Bu çalışmada da meslek yüksekokulları arasında öğrencilerin sosyal beceri düzeylerinin farklılık gösterdiği gözlenmiştir. Çalışmada ana yerleşke olarak tarif edilen alanda bulunan EMYO ve EAMYO öğrencilerinin sosyal beceri düzeyi, hastane yerleşkesi olarak adlandırılan alanda yer alan ASHMYO öğrencilerine göre anlamlı düzeyde yüksektir. Diğer tüm değişkenlerden bağımsız olarak ortaya çıkan bu durumun nedeni, araştırmacılar tarafından iki noktaya değinilerek açıklanmaya çalışılmıştır. Birincisi Ege Üniversitesi ana yerleşke alanındaki sosyal ve kültürel etkinliklerin hastane

yerleşkesine göre daha çeşitli olması ve etkinliklerin daha sık düzenlenmesi, farklı gelişim alanlarına hitap edebilmesi gibi nedenlerin ana yerleşke tarafında öğrenim gören öğrencilerin bu etkinliklere ulaşabilirliğini arttırmasıdır. Bununla birlikte, aynı alan içerisinde bulunmasına rağmen iki farklı yerleşke olarak tanımlanan bu iki bölge arasındaki mesafenin uzaklığı ve toplu taşıma araçlarının kullanımının gerekliliği, hastane yerleşkesi tarafında öğrenim gören öğrencilerin, sosyal ve kültürel etkinliklere katılımında bariyer oluşturmaktadır. Burada etkili olan bir diğer faktör ise ASHMYO'nda sağlık ile ilgili bölümlerdeki öğrencilerin mezun olduklarında temel işverenlerinin devlet olması nedeniyle, öğrencilerin görüşmelerde kendilerinin de belirttiği gibi birinci sınıftan itibaren Kamu Personeli Seçme Sınavına hazırlanmaları, yani sınav merkezli bir eğitim hayatı sürmeleri, öğrencilerin sosyo-kültürel faaliyetleri ihmal etmelerine neden olmaktadır. Nitekim çalışma sonuçlarından, ASHMYO öğrencilerinin düzenli uğraşıta bulunan ve kültürel faaliyetlere katılanların sayısının, diğer okullarda öğrenim gören öğrencilere göre anlamlı şekilde düşük olması bu tezi güçlendirmektedir.

Yukarıdaki tartışmayı güçlendirir bir şekilde Şahan'ın 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada, Gazi Üniversitesi öğrencilerinin, bireysel aktivitelerden başkalarıyla birlikte keyifli zaman geçirmeyi sağlayacak aktiviteleri tercih etmede, Selçuk Üniversitesi öğrencilerine göre daha fazla istekli oldukları ortaya konmuştur. İki üniversite arasında boş zamanları değerlendirme konusunda görülen farkın, üniversitelerin öğrencilere sunmuş olduğu olanaklardaki farklılıklardan kaynaklanabileceğine işaret edilmektedir. Çalışmada, üniversite yerleşkelerinin şehirdeki konumu, yerleşke içinde yapılan etkinliklerin yoğunluğu ve öğrencilerin bu etkinliklere ulaşımının, öğrencinin sosyal gelişiminde etkili olduğu vurgulanmaktadır (15).

Bu çalışmaya katılan Ege Üniversitesi öğrencilerinin, sosyal beceri düzeyleri ile çatışma çözme becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sosyal beceri düzeyi yüksek olanların çatışma çözme becerilerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Schutte ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırma değerlendirildiğinde, duygusal zeka düzeyi yüksek olan öğrencilerin sosyal beceri düzeylerinin de yüksek olduğu, işbirliği içeren daha fazla davranış içerisinde oldukları, duygusal, yakın ve sosyal ilişkilerinde daha başarılı oldukları saptanmıştır (16). Bu çalışmada ki sosyal beceri ve çatışma yönetimi becerisi arasındaki ilişki literatür ile örtüşmektedir.

Karahan'ın 2005'te yaptığı bir çalışmada, araştırmacı tarafından İletişim ve Çatışma Çözme Beceri Eğitimi Programı'nın üniversite öğrencilerinin güvengenlik

düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çekingen bireyler sosyal ve kişiler arası ilişkilerinde haklarının, özgürlüklerinin ve bireysel ilkelerinin farkında olmayan davranışlar sergilemektedirler ve bu konuda irrasyonel endişe ve korku içeren düşünceler taşırlar. Bu nedenle de amaçlarına ulaşmada ve gereksinimlerini karşılamada güçlük çekerler ve genellikle öfkeyle ya da yetersizlik kaygısıyla doludurlar. Karahan'ın yapmış olduğu çalışma kapsamında; öğrencilerin çatışma durumundan kaçınma, çatışma durumuna uyma veya kabullenme davranışı göstermektense, bireysel istek ve beklentilerine göre işbirliği yaparak çatışmayı çözmeye konusunda yeni ve işlevsel iletişim becerileri elde edebildikleri belirtilmektedir (17). Bu çalışmadaki sosyal beceri ve çatışma yönetimi becerisi ilişkisi ile üniversite öğrencilerinde işbirliği alanlarının oluşturulabilmesinin, sosyal becerilerin kişisel gelişime somut katkısı olarak yorumlanabilir. Bu bilgiler ışığında çatışma çözme becerisi yüksek öğrencilerin, problem çözme becerilerinin de arttığı ve bu olumlu etkinin kalıcı olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Üniversite öğrencilerinde, kültürel faaliyetlere katılım, düzenli uğraş ve öğrenci kulüplerinde yer almanın, sosyal becerilerin gelişimi ve çatışma yönetimi üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu etki, üniversite öğreniminde oluşturulacak olan sosyal ortamların, öğrencilerin sosyal gelişimindeki katkısını ortaya koymaktadır. Çalışma sonuçlarından elde edilen üniversite öğrencilerinde sosyal beceri ile çatışma yönetimindeki anlamlı ilişki, sosyal beceri düzeyinin akran ilişkilerinde ve müzakere yönetiminde belirleyici olabileceğini göstermektedir.

Son yıllarda üniversite öğrenci sayısının hızla arttığı Türkiye'de müzakere yönetimi ve uzlaşma kültürünün gelişimi için üniversite eğitimi fırsat olarak değerlendirilebilir. Buna bağlı olarak üniversitelerde arabuluculuk ve müzakere yönetimi eğitimlerinin ders olarak verilmesi önerilmektedir. Yine bireylerin sosyal beceri düzeyinin yüksek oluşu ile çatışma çözme becerileri arasındaki pozitif ilişki göz önüne alındığında, sosyal becerileri destekleyen çalışmalar artırılabilir. Üniversite öğrencilerinde sosyal beceri düzeyinin ve çatışma yönetimi becerisinin gelişiminde, kültürel faaliyetlere katılım, düzenli uğraş ve öğrenci topluluklarına katılım anahtar kelimeler olarak ön plana çıkmaktadır. Sosyal becerisi yüksek ve müzakere yönetimigelişmiş bireylerin üniversite yönetimlerinin, kültürel faaliyetler ve öğrenci kulüplerine katılım gibi etkinlikleri desteklemeleri, katılımı engelleyici ya da azaltıcı bariyerleri kaldırmaları gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Şentürk, Ü. (2006). Parçalanmış Aile Çocuk İlişkinin Sebep Olduğu Sosyal Problemler (Malatya Uygulaması)", İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya.
2. Şirvanlı-Özen, D. (2006). "Ergenlerde akran zorbalığına maruz kalmanın yaş, çocuk yetiştirme stilleri ve benlik imgesi ile ilişkisi", Türk Psikoloji Dergisi, 21 (58), 77-94.
3. Ekşi, A. (2017). Demokrasinin temsil krizi bütünlük afet yönetimi pratiği çözümleyici mi? İzmir: Kitapana Yayınevi.
4. Miesen, M. (2013). Katılım Kabusu, İstanbul: Metis.
5. Güner, İ. (2007). "Çatışma çözme becerilerini geliştirmeye yönelik grup rehberliğinin lise öğrencilerinin saldırganlık ve problem çözme becerileri üzerindeki etkisi", İnönü Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Malatya.
6. Stevahn, L., Johnson, DW., Johnson, RT., Schultz, R. (2002). "Effects of conflict resolution training integrated into a high school social studies curriculum", J Soc Psychol, 142 (3): 305-31.
7. Johnson, D.W., Johnson, R. (1997). "The impact of conflict resolution training in middle school", Journal of Social Psychology, 137: 11-22.
8. Yüksel, G. (1998). "Sosyal beceri envanterinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları", Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2 (9), 39-48.
9. Akbalık, G. (2001). "Çatışma çözme ölçeğinin (üniversite öğrencileri formu) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması", Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derg, 2 (16): 7-13.
10. Şenol, E., Türkçapar, Ü. (2016). "Öğretmen adaylarının sosyal beceri düzeylerinin incelenmesi", Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (40): 445-456.
11. Deniz, ME. (2003). "Üniversite öğrencilerinin sosyal beceri düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi", Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (9): 501-521.
12. Basım, HN., Çetin, F., Meydan, CH. (2009). "Kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarında kontrol odağının rolü", Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (21): 57-69.
13. Hislişahin, N., Basım, HN., Çetin, F. (2009). "Kişilerarası çatışma çözme yaklaşımlarında kendilik algısı ve kontrol odağı", Türk Psikiyatri Dergisi, 20 (2): 153-163.
14. De Wied, M., Branje, S.J.T., Meeus, W.H.J. (2007). "Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents", Aggressive Behavior, (33): 48-55.
15. Şahan, H. (2008). "Üniversite öğrencilerinin sosyalleşme sürecinde spor aktivitelerinin rolü", KMU İİBF Dergisi, 10 (15): 260-278.
16. Schutte, N., Malouff, J. M., Bobik, C. (2001). "Emotional intelligence and interpersonal relations", The Journal of Social Psychology, 141 (4): 523-536.
17. Karahan, TF. (2005). "Bir iletişim ve çatışma çözme beceri eğitimi programının üniversite öğrencilerinin güvenlik düzeylerine etkisi", Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 18 (2): 217-23.