

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SELÇUK SAĞLIK DERGİSİ

Selçuk University  
Journal of Selçuk Health



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

Cilt (Volume): 1 Sayı (Issue): 2 (Year): 2020

e-ISSN: 2717 – 8250

SELÇUK SAĞLIK DERGİSİ

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SELÇUK SAĞLIK DERGİSİ

Selçuk University  
Journal of Selçuk Health

**BAŞ EDITÖR**

Prof. Dr. Metin AKSOY | Rektör

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ADINA SAHİBİ**

Prof. Dr. Hakan KARABAĞLI | Dekan

**EDİTÖR**

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ

**EDİTÖR YARDIMCISI**

Dr. Öğr. Üyesi İsmail ÖZSOY

Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL

**BÖLÜM EDİTÖRLERİ**

Prof. Dr. Hakan KARABAĞLI | Dekan

Prof. Dr. Kezban TEPELİ | Çocuk Gelişimi Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Nazan AKTAŞ | Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanı

Doç. Dr. N.Feyzal KESEN | Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Sema YILMAZ | Ebelik Bölüm Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet YORULMAZ | Odyoloji Bölüm Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi İsmail ÖZSOY | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı

Prof. Dr. İlhan ÇİFTÇİ | Çocuk Cerrahisi

Doç. Dr. Hüsamettin VATANSEV | Tıbbi Biyokimya

## YAYIN KURULU

Prof. Dr. Didem ÖNAY DERİN

Prof. Dr. Kezban TEPELİ

Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK

Doç. Dr. Nur Feyzal KESEN

Doç. Dr. Serap DAŞBAŞ

Doç. Dr. Gökhan KAYILI

Doç. Dr. Devlet ALAKOÇ PİRİR

Doç. Dr. Handan ERTAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Ali CEBİRBAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇANKAYA

Dr. Öğr. Üyesi Ebru BAYRAK

Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ

Dr. Öğr. Üyesi Bihter AKIN

Dr. Öğr. Üyesi Sinan AKÇAY

Dr. Öğr. Üyesi Doğa BAŞER

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

Dr. Öğr. Üyesi Nermin IŞIK

Dr. Öğr. Üyesi Aysel ÇAĞDAŞ

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Özden KUŞCU

Dr. Öğr. Üyesi Gülperi DEMİR

Dr. Öğr. Üy. İSMAİL ÖZSOY

Dr. Öğr. Üy. GÜLŞAH ÖZSOY

Dr. Öğr. Üy. Fatümatü Zehra ERCAN

Arş.Gör. Dr. ŞENAY DEMİR

## **SEKRETARYA ve KOORDİNASYON**

Arş. Gör. Müjdat YEŞİLDAL

Arş.Gör. Hilal AKMAN

Arş. Gör. Adil AYDOĞDU

Arş.Gör. Dr. Cemal AKYOL

Arş.Gör. Asalet Aybüke GÜP

Arş.Gör. Habibe BAY

Arş.Gör.Emre SÖYLEMEZ

Arş.Gör. Gülfidan EŞME

Arş.Gör. Kübra BİNAY

## **DERGİ YAZIŞMA ADRESİ**

Prof. Dr. Hakan KARABAĞLI

Selçuk Sağlık Dergisi  
Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
E-Posta: [selcuksaglikdergisi@gmail.com](mailto:selcuksaglikdergisi@gmail.com)

## DİZİNLER

ASOS  
indeks

Akademia Sosyal Bilimler İndeksi  
(ASOS Index)

Google Scholar

Google Scholar

## İÇİNDEKİLER

Caner KARARTI, Anıl ÖZÜDOĞRU, Hakkı Çağdaş BASAT, İsmail ÖZSOY

**ORTA BÜYÜKLÜKTE ROTATOR MANŞET KAS YIRTIĞI OLAN BİREYLERDE AĞRI  
VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ** 61 – 70

Veysel KAPLAN

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN VE KİŞİLERARASI  
PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİN BELİRLENMESİ** 71 – 84

Aysu BULDUM, Tuba GÜNER EMÜL

**ADÖLESAN GEBELİKTE DOĞUM KORKUSU VE HEMŞİRELİK BAKIMI** 85 – 96

Gamze DEMİREL

**SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ** 97 – 117

Şule SEVİNÇ, Fatma Özlem YILMAZ

**TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ** 118 – 132

Abdulkadir ALICI

**TÜRKİYEDE ŞEHİR HASTANELERİ PROJE FİNANSMAN YAPISI** 133 – 150

Araştırma Türü: Araştırma Makalesi

2020;1(2): 61 – 70

Geliş Tarihi: 19.11.2020

Kabul Tarihi: 26.11.2020

## ORTA BÜYÜKLÜKTE ROTATOR MANŞET KAS YIRTIĞI OLAN BİREYLERDE AĞRI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Caner KARARTI<sup>1</sup>, Anıl ÖZÜDOĞRU<sup>1</sup>, Hakkı Çağdaş BASAT<sup>2</sup>, İsmail ÖZSOY<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

<sup>2</sup> Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup> Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

### Öz

**Amaç:** Rotator manşet (RM) kas yırtıkları sebebiyle glenohumeral eklem çevresindeki kas moment dengesi bozulduğundan mobilite ve stabilite arasında bir uyumsuzluk ortaya çıkar. Bu uyumsuzluğa sekonder gelişen omuz ağrısı, hastanın yaşam kalitesini önemli oranda etkileyebilir. Postoperatif dönemde ağrı seviyesi ile yaşam kalitesi arasındaki muhtemel ilişkinin ve bu ilişkinin seviyesinin açıklanması, hasta-hekim-fizyoterapist ekibinin özellikle kısa vade hedeflerindeki farklılıkların minimize edilebilmesinde önemli olabilir. Birbiriyle korelasyon gösteren hedefler, hastaların ve rehabilitasyon ekibinin uyumunu artırabilir. Bu bağlamda çalışmamızın amacı, orta büyüklükte (1-3 cm) RM kas yırtığı olan bireylerde ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmamız kesitsel bir çalışma olarak planlandı. On yedi kadın katılımcı olmak üzere çalışmamız 18 kişi ile gerçekleştirildi. Katılımcıların postoperatif 6. hafta için istirahat ve aktivite sırasında omuz ekleminde hissettikleri ağrı şiddeti görsel analog skala (VAS) ile değerlendirildi. Hastalığa özel yaşam kalitesi ise Western-Ontario Rotator Cuff İndeksi (WORC) ile değerlendirildi. VAS ve WORC arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık değeri  $p<.05$  olarak ayarlandı.

Bulgular: Analizler, hem istirahat ( $r=.25$ ;  $p=.04$ ) hem de aktivite ( $r=.35$ ;  $p=.015$ ) sırasındaki VAS değerinin WORC değeri ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiğini ortaya koydu ( $p<.05$ ). WORC skorunda artan skorların düşük yaşam kalitesini tariflemesi nedeniyle istatistiksel olarak pozitif olsa da klinik olarak postoperatif dönemde ağrı arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Postoperatif erken dönemde yaşam kalitesinin artırılmasında önemli parametrelerden biri ağrı ile mücadele olmalıdır. Erken dönemde ağrının sık görülen bir durum olduğu hastaya açıklanarak rehabilitasyon müdahaleleri için hastanın teşvik edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Omuz, Rotator Manşet, Rotator Manşet Yaralanmaları

## **THE RELATIONSHIP BETWEEN PAIN AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH A MEDIUM-SIZED ROTATOR CUFF MUSCLE TEAR**

### **Abstract**

Objective: The rotator cuff (RC) muscle tears cause a mismatch between mobility and stability as the muscle moment balance around the glenohumeral joint is disturbed. Shoulder pain that develops secondary to this incompatibility can significantly affect the patient's quality of life. Explaining the possible relationship between pain level and quality of life in the postoperative period and the level of this relationship may be important in minimizing the differences in the short term goals of the patient-doctor-physiotherapist team. Goals that correlate with each other can increase the compliance of patients and the rehabilitation team. In this context, the aim of our study is to investigate the relationship between pain and quality of life in individuals with medium-sized (1-3 cm) RC muscle tears.

Materials and Methods: This study was planned as a cross-sectional study. Our study was carried out with 18 individuals including seventeen female participants. The severity of pain felt by the participants in the shoulder joint during rest and activity for the postoperative 6th week was evaluated with a visual analog scale (VAS). Disease-specific quality of life was evaluated using the Western-Ontario Rotator

Cuff Index (WORC). Pearson Correlation Analysis was used to examine the relationship between VAS and WORC. Statistical significance value for all analyzes was set as  $p < .05$ .

Results: The analyzes revealed that the VAS value during both rest ( $r = .25$ ;  $p = .04$ ) and activity ( $r = .35$ ;  $p = .015$ ) positively and significantly correlated with the WORC value ( $p < .05$ ). Although it was statistically positive due to the fact that the increasing scores in the WORC score described low quality of life, it was found clinically that the quality of life worsened as the pain increased in the postoperative period.

Discussion and Conclusion: One of the important parameters in increasing the quality of life in the early postoperative period should be the struggle with pain. It is thought that the patient should be encouraged for rehabilitation interventions by explaining to the patient that pain is a common condition in the early period.

**Key words:** Shoulder, Rotator Cuff, Rotator Cuff Injuries



## **GİRİŞ**

Ciddi omuz ağrılarında yol açan rotator manşet (RM) yırtıkları, sıklıkla görülen muskuloskeletal problemlerden biridir. Codman, yapmış olduğu prevalans çalışmasında omuz ağrısına sıklıkla sebebiyet veren faktörleri sırasıyla supraspinatus tam kat rüptür, supraspinatus parsiyel rüptür, kalsifiye olmuş tendon ve adeziv kapsülit olarak ifade etmiştir (Codman, 1934).

RM ve ekstrinsik omuz kasları, glenohumeral eklemden özel rotasyonel hareketlere olanak sağlayacak şekilde yerleşmişlerdir. Fonksiyonelliğinin sağlanmasında bu kas grupları arasındaki kas dengesi önemlidir ve herhangi bir yırtık geliştiği anda bu denge bozulur (Cvetanovich vd, 2019). RM rüptürlerinin meydana geliş mekanizması tam olarak ortaya konulmamasına rağmen genel kabul gören bazı teoriler vardır. Bunlar sırasıyla akut travma sonrası veya kronik tekrarlayıcı travma zemininde yırtık oluşması şeklindedir (Cvetanovich vd, 2019).

Yaşamın 5. dekadından itibaren tam kat RM yırtığı görülme sıklığı artış gösterir. Sıklıkla semptomatik olmakla beraber insidans çalışmaları yeni RM tam kat yırtık vakalarının %23' ünün asemptomatik olduğunu göstermiştir (Tempelhof vd, 1999; Dang ve Davies, 2018). Semptomatik rotator manşet (RM) yırtığı olan hastalarda, deltoid hiperaktivasyonu sonucu oluşan proksimal migrasyon, çoğunlukla kranial yöndeki kuvvet kolunun bir sonucu olarak subakromiyal daralmaya yol açar (Hinterwimmer vd, 2003). Bu durum glenohumeral eklem çevresindeki kas moment dengesini bozduğundan mobilite ve stabilite arasında bir uyumsuzluk ortaya çıkar ve bu uyumsuzluğa sekonder gelişen omuz ağrısı, hastanın yaşam kalitesini önemli oranda etkileyebilir (Tempelhof vd, 1999; Hinterwimmer vd, 2003).

Postoperatif dönemde ağrı seviyesi ile yaşam kalitesi arasındaki muhtemel ilişkinin açıklanması, hasta-hekim-fizyoterapist ekibinin özellikle kısa vade hedeflerindeki farklılıkların minimize edilebilmesinde önemli olabilir. Birbiriyle korelasyon gösteren hedefler, hastaların ve rehabilitasyon ekibinin uyumunu artırabilir. Bu bağlamda çalışmamızın amacı, orta büyüklükte RM kas yırtığı olan bireylerde ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Çalışma Dizaynı**

Çalışmamız kesitsel bir çalışma olarak planlandı. On yedi kadın katılımcı olmak üzere çalışmamız 18 kişi ile gerçekleştirildi.

### **Katılımcılar**

Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş aralığında ve orta büyüklükte RM kas yırtığı sonrası artroskopik RM onarımı (ARMO) uygulanan 18 omuz hastası dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 18-65 yaş arasında birey olmak, radyolojik yöntemler (MRG) ve klinik testler (devamlılık testleri) sonucu hekim tarafından orta büyüklükte (1-3 cm) RM kas yırtığı tanısı almak, cerrahi yöntem olarak ARMO uygulanmak, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu ve ilgili değerlendirme ölçekleri için Türkçe konuşma yetisine sahip olmak, Mini Mental Durum Testinden 24 üzeri skora sahip olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak şeklinde belirlendi (Hinterwimmer vd, 2003; Tempelhof vd, 1999; Boudreau vd, 2019).

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri; diabetes mellitus varlığı, yağlı dejenerasyon sınıflamasına (Goutallier sınıflaması) göre evre 3 ve daha üstü seviyede olmak, mobilizasyon için kontraendikasyon oluşturabilecek herhangi bir durumun varlığı (hipermobilite, travma, inflamasyon vb.), visual, verbal, kognitif defektler (afazi, unilateral neglect vb.), nörolojik herhangi bir problemin varlığı, servikal disk hernisi varlığı, etkilenen tarafta geçirilmiş omuz fraktürleri, parsiyel RM yırtığı varlığı, etkilenen tarafta geçirilmiş cerrahi öyküsü, adeziv kapsülit varlığı, osteoartrit, romatoid artrit veya sistemik inflamatuvar herhangi bir problemin varlığı, travmatik omuz instabilitesi (subluksasyon-dislokasyon) öyküsü, tanı öncesi 6 haftalık süre içinde etkilenen taraf için kortikosteroid enjeksiyonu uygulanması şeklinde belirlendi (Hinterwimmer vd, 2003; Tempelhof vd, 1999; Boudreau vd, 2019).

### **Etik Kurul**

Çalışmamız, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı (2020-622). Çalışma öncesi tüm bireylerin yazılı ve sözlü onamları alındı ve ayrıca çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uyumlu şekilde gerçekleştirildi.

### **Değerlendirme Yöntemi**

Katılımcıların postoperatif 6. hafta için istirahat ve aktivite sırasında omuz ekleminde hissettikleri ağrı şiddeti görsel analog skala ile değerlendirildi (Price vd, 1983; Tashjian vd, 2009). Hastalığa özel yaşam kalitesi ise Western-Ontario Rotator Cuff İndeksi (WORC) ile değerlendirildi (Kirkley vd, 2003).

### **Görsel Analog Skala (VAS)**

Katılımcıların sırasıyla istirahat ve aktivite sırasında omuz ekleminde hissettikleri ağrı şiddeti, VAS ile değerlendirildi. VAS, herhangi bir dilinin olmaması nedeniyle kullanımı kolay olan bir skaladır ve kliniklerde sıklıkla uygulanmaktadır. Bireylerden test sırasında hissettikleri ağrıyı 10 cm' lik ölçekte "0" (ağrı yok) ve "10" (dayanılmaz ağrı) olacak şekilde tariflemeleri istendi (Price vd, 1983; Tashjian vd, 2009).

### **Western-Ontario Rotator Cuff İndeksi (WORC)**

Son olarak çalışmamızda WORC kullanıldı. WORC, RM hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini ölçmek için Kirkley ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilmiş bir self-değerlendirme aracıdır (Kirkley vd, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tanımlanan sağlığın tüm yönlerini kapsayan beş temel alanı temsil eden 21 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel belirtiler alanında 6, spor ve rekreasyon alanında 4, çalışma alanında 4, yaşam şekli alanında 4 ve duygular alanında 3 soru vardır. Her soru 100 mm' lik VAS ile cevaplanır. Toplam puan 0 ile 2100 arasında olup düşük puanlar daha yüksek yaşam kalitesini gösterir. Alınan toplam puan 21' e bölünerek yüzdelik (%) skor da hesaplanabilir (Kirkley vd, 2003).

### **İstatistiksel Analiz**

Verilerin istatistiksel analizinde The IBM® SPSS® Statistics for Windows software (ver. 22.0; IBM Corp., NY, USA) yazılımı kullanıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadıkları, görsel (histogramlar, olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testi) kullanılarak belirlendi. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik analiz yöntemleri kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli sayısal değişkenler için minimum-maksimum ve ortalama±standart sapma (ortalama±SS) olarak ifade edildi. Ağrı ve hastalığa özel yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Tüm analizler için istatistiksel anlamlılık değeri  $p<.05$  olarak ayarlandı.

## BULGULAR

Katılımcıların tanımlayıcı istatistikleri Tablo 1’ de gösterildi.

**Tablo 1.** Tanımlayıcı istatistik tablosu

	Minimum	Maksimum	Ortalama±SS
Yaş	36.00	62.00	48.77±7.74
Vücut Kütle İndeksi	21.89	37.46	29.27±3.60
VAS			
İstirahat	3.00	8.00	5.05±1.21
Aktivite	5.00	9.00	7.05±1.16
WORC (Yüzdelerik skor)	36.90	81.90	62.48±13.34

VAS: Görsel Analog Skala, WORC: Western-Ontario Rotator Cuff İndeksi, SS: Standart Sapma

Analizler, hem istirahat ( $r=.25$ ;  $p=.040$ ) hem de aktivite ( $r=.35$ ;  $p=.015$ ) sırasındaki VAS değerinin WORC değeri ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyon gösterdiğini ortaya koydu ( $p<.05$ , Tablo 2). WORC skorunda artan skorların düşük yaşam kalitesini tariflemesi nedeniyle istatistiksel olarak pozitif olsa da klinik olarak postoperatif dönemde ağrı arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği saptandı.

**Tablo 2.** İncelenen değişkenler açısından korelasyon tablosu

VAS	WORC	
	r	p
İstirahat	.25	.040
Aktivite	.35	.015

VAS: Görsel Analog Skala, WORC: Western-Ontario Rotator Cuff İndeksi

## TARTIŞMA

Bu çalışma, orta büyüklükte RM kas yırtığı olan bireylerde ağrı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla planlandı. Çalışma sonuçlarına göre postoperatif dönemde ağrının yüksekliği, düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Özellikle aktivite sırasındaki ağrı, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir.

Vücut için bir sinyal işlevi gören akut ağrıdan farklı olarak kronikleşmiş omuz ağrısı, hasta için sürekli bir stres kaynağı olmaktadır (Dueñas vd, 2016). Biyopsikososyal açıdan bakıldığında omuz ağrısı, hastanın yaşantısını, günlük aktivitelerini, fiziksel ve zihinsel iyilik halini etkileyen bir durum olmakta ve tüm bunlar aynı zamanda kişinin ağrı şikayetlerini de artırmaktadır (Dueñas vd, 2016). Tüm bu zorlayıcı süreç, hastaların ağrının varlığına uyum sağlamaktan uzaklaşıp “ağrıdan kurtulmaya” dönük beklentilerinin artmasına yol açtığına ağrıya bağlı ekonomik, psikolojik, sosyal yükler de gittikçe artmaktadır. Kronik omuz ağrısı sadece hastaların işlevselliklerini ve yaşam kalitelerini etkilemekle kalmamakta; aile sistemlerini, sosyal çevrelerini ve iş hayatlarını da etkilemektedir (Closs vd, 2009; Dueñas vd, 2016). Çalışmamızda sıklıkla görülen bir problem olan orta büyüklükte RM kas yırtıkları sonrası postoperatif dönemde görülen ağrının bireylerin yaşam kalitesi ile ilişkisini inceledik. WORC’ un fiziksel belirtileri, spor ve rekreasyon alanını, çalışma alanını, yaşam şeklini ve duyguları kapsayan çok boyutlu bir yaşam kalitesi anketi olduğu düşünüldüğünde RM kas yırtığı olan bireylerde ağrının biyopsikososyal açıdan ele alınması gereken bir konu olduğu açıktır.

Kocamaz ve arkadaşları, subakromiyal sıkışma sendromu (SSS) tanılı bireylerde aktivite performansı ve tatmin düzeyi, ağrı, uyku problemi, genel yorgunluk hissi, yaşam memnuniyeti, anksiyete ve depresyon bulguları arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla çalışmalarını planlamışlardır (Kocamaz, 2014). Çalışmalarında katılımcıların aktivite ve dinlenme sırasındaki ağrı şiddeti, ağrının sebep olduğu uyku problemi ve genel yorgunluk hissi VAS ile; aktivite performans ve tatmin düzeyleri değerlendirmeleri Kanada Aktivite Performans Ölçümü ile; anksiyete ve depresyon bulguları Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile; yaşam memnuniyet düzeyi ise Yaşam Memnuniyet Anketi ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda SSS’de ağrı ve hareket kısıtlılıklarına bağlı olarak bireylerin yaşamlarının fiziksel ve psikolojik yönlerden etkilendiğini ve aktivite katılımının azaldığını saptamışlardır görülmüştür. Bu ilişkilerin sonucu olarak SSS’de ağrı ile baş etme stratejilerinin geliştirilmesinin müdahale çalışmaları açısından önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Akkaya ve arkadaşları ise RM lezyonu olan omuz ağrılı hastalarda ağrı ve fonksiyonel durum arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır (Akkaya vd, 2010). Çalışmaya alınan hastalarda ağrıyı VAS ile fonksiyonel kapasiteyi ise Constant Omuz Skoru ile değerlendirmişlerdir. RM lezyonlu hastalarda yüksek ağrı seviyesi ve

düşük fonksiyonel kapasite saptanmıştır. Bu bağlamda çalışma sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Bu çalışmanın ele alınması gereken bazı limitasyonları vardır. Mevcut çalışma kesitsel bir dizaynda planlanıldığından sonuçların netleşebilmesi ve genellenebilmesi için prospektif dizayna ihtiyaç vardır. Diğer limitasyon ise örneklem büyüklüğü ile ilgilidir. Daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip çalışmalar daha objektif sonuçlar verebilir.

Sonuç olarak, orta büyüklükte RM kas yırtığı sonrası postoperatif dönemde ağrının yüksekliği, hastalarda düşük yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Özellikle aktivite sırasındaki ağrı, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. RM hastalarında ağrıyı hafifletmede ve fonksiyonel kapasiteyi geliştirmede biyopsikososyal yaklaşım önerilmektedir. Hareketin fasilitasyonu açısından ortopedist-fizyoterapist-hastadan oluşan multidisipliner çalışma ekibine psikoloji konusunda uzman profesyoneller de dahil edilmelidir. Ağrının yüksekliğine bağlı olarak ortaya çıkan düşük yaşam kalitesinin elimine edilebilmesinde dans terapisi, müzik terapisi, bilişsel terapi vb. uygulamalar faydalı olabilir.

## **KAYNAKLAR**

Akkaya, S., Büker, N., Kitiş, A., Akkaya, N., & Yörükoğlu, A. Ç. (2010). Rotator manşet lezyonu olan hastalarda ağrı, fonksiyonel durum ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (2), 84-89.

Boudreau, N., Gaudreault, N., Roy, J. S., Bédard, S., & Balg, F. (2019). The Addition of Glenohumeral Adductor Coactivation to a Rotator Cuff Exercise Program for Rotator Cuff Tendinopathy: A Single-Blind Randomized Controlled Trial. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 49(3), 126-135.

Closs, S. J., Staples, V., Reid, I., Bennett, M. I., & Briggs, M. (2009). The impact of neuropathic pain on relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 402-411.

Codman, E. A. (1934). The shoulder: rupture of the supraspinatus tendon and other lesions in or about the subacromial space. *Boston: Thomas Todd*.

Cvetanovich, G. L., Waterman, B. R., Verma, N. N., & Romeo, A. A. (2019). Management of the irreparable rotator cuff tear. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 27(24), 909-917.

Dang, A., & Davies, M. (2018). Rotator cuff disease: treatment options and considerations. *Sports medicine and arthroscopy review*, 26(3), 129-133.

Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of pain research*, 9, 457.

Hinterwimmer, S. T. E. F. A. N., Siebert, M., Putz, R., Eckstein, F., Vogl, T., & Graichen, H. (2003). Influence of adducting and abducting muscle forces on the subacromial space width. *Medicine and science in sports and exercise*, 35(12), 2055-2059.

Kirkley, A., Alvarez, C., & Griffin, S. (2003). The development and evaluation of a disease-specific quality-of-life questionnaire for disorders of the rotator cuff: The Western Ontario Rotator Cuff Index. *Clinical journal of sport medicine*, 13(2), 84-92.

Kocamaz, D. (2014). Subakromiyal Sıkışma Sendromu Olan Bireylerde Aktivite Performansının Ağrı, Ruhsal Durum ve Yaşam Memnuniyeti İle İlişkisi.

Price, D. D., McGrath, P. A., Rafii, A., & Buckingham, B. (1983). The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17(1), 45-56.

Tashjian, R. Z., Deloach, J., Porucznik, C. A., & Powell, A. P. (2009). Minimal clinically important differences (MCID) and patient acceptable symptomatic state (PASS) for visual analog scales (VAS) measuring pain in patients treated for rotator cuff disease. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 18(6), 927-932.

Tempelhof, S., Rupp, S., & Seil, R. (1999). Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymptomatic shoulders. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 8(4), 296-299.

Araştırma Türü: Araştırma Makalesi

2020;1(2): 71 – 84

Geliş Tarihi: 08.09.2020

Kabul Tarihi: 05.12.2020

## HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN VE KİŞİLERARASI PROBLEM ÇÖZME BECERİLERİNİN BELİRLENMESİ

Veysel KAPLAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,  
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

### Öz

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin hissettikleri anksiyete düzeyini ve kişiler arası problem çözme becerilerini tespit etmek amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE) kullanılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalamalarının  $19,76 \pm 1,38$  ve %72,8'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Ayrıca %23,3'ünün üniversiteye ve yeni sosyal çevreye alışmanın zor olduğu, %69,9'unun ekonomik durumunun orta ve %46,6'sının hemşirelik eğitiminde zorlandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin, BAÖ toplam puan ortalaması  $17,81 \pm 10,32$ , Probleme Olumsuz Yaklaşma puan ortalaması  $43,66 \pm 12,67$ , Yapıcı Problem Çözme puan ortalaması  $54,21 \pm 11,10$ , Kendine Güvensizlik puan ortalaması  $13,66 \pm 4,49$ , Sorumluluk Alamama puan ortalaması  $11,75 \pm 4,4$  ve Israrcı-Sebatkar Yaklaşım puan ortalaması  $15,6 \pm 4,9$  olarak belirlenmiştir.

Çalışma sonucunda, öğrencilerin orta düzeyde anksiyete hissettiklerini ve orta düzeyde kişiler arası problem çözme becerisine sahip olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Anksiyete, Hemşirelik Öğrencileri, Kişilerarası Problem Çözme

**Sorumlu Yazar:** Veysel KAPLAN  
e-posta: vyslkpln@hotmail.com  
ORCID ID: 0000-0001-9082-1379



## **DETERMINATION OF NURSING STUDENTS' ANXIETY LEVELS AND INTERPERSONAL PROBLEM SOLVING SKILLS**

### **Abstract**

The study was conducted descriptively in order to determine the level of anxiety and their interpersonal problem-solving skills by nursing students.

Sociodemographic data form prepared by the researcher, Beck Anxiety Inventory (BAI) and Interpersonal Problem Solving Inventory (BPCE) were used in the study. It was determined that the average age of the students was  $19.76 \pm 1.38$  and 72.8% were women. In addition, it was determined that 23.3% of them had difficulty in getting used to the university and the new social environment, 69.9% of them had medium economic status and 46.6% had difficulty in nursing education. It was determined students' BAI total score average was  $17.81 \pm 10.32$ , Negative Approach to Problem mean score was  $43.66 \pm 12.67$ , Constructive Problem Solving mean score was  $54.21 \pm 11.10$ , Self-Insecurity mean score was  $13.66 \pm 4.49$ , Lack of Responsibility mean score was  $11.75 \pm 4.4$  and Insistent-Persistent Approach score was  $15.6 \pm 4.9$ .

As a result of the study, it was determined that the students felt moderate level of anxiety and had moderate interpersonal problem solving skills.

**Keywords:** Anxiety, Interpersonal Problem Solving, Nursing Students

## **GİRİŞ**

Doğum ile başlayan kişilerarası ilişkiler, ilk zamanlar çevreye gösterilen yakınlık ve sevgi tepkileri ile sınırlı iken ilerleyen dönemlerde karşılıklı etkileşim şeklini alarak ortak paylaşımlara dönüşmektedir (Ekinci ve ark., 2012). Bu dönüşüm, özellikle yetişkinliğe geçişle birlikte kişiliğin oluştuğu, toplumsal var oluşun başladığı, sosyal etkileşimleri arttığı ve kişilerarası ilişkilerin anlam kazandığı gençlik döneminde gerçekleşmektedir (Adler, 2015; Deniz ve Sümer, 2010).

Sosyal ve ruhsal olgunlaşmanın gerçekleştiği gençlik dönemi, bireyin yaşıyla da ilişkili olarak genelde üniversite eğitimi alınan döneme denk gelmektedir. Yükseköğrenime başlamalarıyla birlikte genç bireyler bu dönemde; aileden ayrılarak yalnız yaşama, yeni bir çevreye uyum, yeni arkadaş edinme, ekonomik güçlükler, gelecekteki mesleki ve çalışma yaşamına ilişkin endişeler gibi birçok durumla karşı karşıya kalmaktadır (Çelikel ve ark. 2008; Yılmaz ve Ocağcı, 2010). Birçok çalışma, yaşanan bu sosyal, kültürel ve ekonomik değişikliklere uyum gösterememe ya da baş edememe nedeniyle üniversite öğrencilerinin sıkıntı, karamsarlık, isteksizlik, psikosomatik yakınmalar, kişiler arası ilişkilerde sorunlar, uykusuzluk, iç daralması, isteksizlik gibi yakınmalar yaşadıklarını göstermektedir (Bayram ve Bilgel, 2008; Balanza ve ark., 2008; Yılmaz ve Ocağcı, 2010).

Üniversite öğrencileri içinde özellikle hemşirelik gibi uygulamalı alanlarda eğitim gören öğrenciler ise gençlik döneminde yaşanan sosyal zorlanmalara ek olarak eğitim faaliyetlerine ilişkin birtakım zorlanmalar da yaşamasına neden olmaktadır (Bektaş, 2004). (Arabacı ve ark., 2015; Erbil , Kahraman ve Bostan, 2006). Hemşirelik eğitiminde var olan hem teorik hem de uygulamalı dersler ile ilgili aşırı bilgi yükü, hastaya zarar verme kaygısı, hasta ve hasta yakınlarından olumsuz tepkilerle karşılaşma endişesi, acil durumlarda hızlı karar alma gereği, tıbbi aletlerin kullanımında yaşanan problemler, ölüm ile karşılaşma ihtimali gibi özel durumlar öğrencilerde anksiyete ve kişiler arası problemlere neden olabilmektedir (Arabacı ve ark., 2015; Bıró ve ark., 2010; Erbil, Kahraman ve Bostan, 2006; Peng ve ark., 2012). Ayrıca özellikle uygulama dersleri için buldukları alanlarda farklı yaş, cinsiyet, kültür ve sosyoekonomik durumda olan bireylerle, zor durumlarda karşılaşmakta ve yoğun şekilde etkileşime girmektedirler. Bu alanlara uyum sağlama, etkileşim halinde oldukları personel, hasta ve hasta yakınları ile olumlu ilişkiler geliştirme ve onlar tarafından kabul görme gerekliliği öğrencilerin yine anksiyete ve

kişiler arası problemler yaşamalarına neden olabilmektedir (Çam ve Tümkaya, 2006; Karaca ve ark., 2017; Kavaklı, 2018; Öz ve Hiçdurmaz, 2012).

Yetişkin dünyasına adım atan ve üniversite yaşamıyla birlikte kişilerarası ilişkileri çeşitlenen bireyler, kişilerarası ilişkilerinde karşılaştıkları problemlerin çözümünde daha yapıcı olmak, sorunlarla ilgili sorumluluk almak zorunda kalmaktadırlar (Çam ve Tümkaya, 2006). Ancak üniversite öğrencilerinin sorunları ve baş etme yöntemleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, öğrencilerin yoğun anksiyete yaşadıkları her şeyi olurlarına bırakma, ağlayarak sakinleşmeye çalışma gibi etkisiz çözüm yöntemleri ve yönelimleri kullandıkları tespit edilmiştir (Arabacı, ve ark., 2015; Erbil ve ark., 2006; Gümüş ve Zengin, 2018; Karaca ve ark., 2017; Kacur ve Atak, 2011). Öğrencilerin yaşadıkları kişiler arası problemler veya anksiyete ile baş edebilmeleri bireysel gelişimleri, sosyal etkileşimlerinin etkinliği ve meslek yaşamlarında verecekleri bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kalitesi gibi birçok alan için oldukça önemlidir. Bu bağlamda çalışmamız, hemşirelik öğrencilerinin eğitim-öğretim ve sosyalizasyon süreçleri içinde hissettikleri anksiyete ve yaşadıkları kişiler arası problemlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Amacı / Şekli**

Araştırma, gelecekte sağlık hizmeti verecek olan hemşirelik öğrencilerinin anksiyete düzeylerini ve kişilerarası problem çözme yönelimlerini tespit etmek amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırma veri toplama süreci ve uygulama, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2018-2019 eğitim-öğretim yılı Güz dönemi (10/09/2018 – 10/01/2019) içerisinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni, 2018-2019 eğitim-öğretim yılı güz döneminde Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ikinci sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmacının 1, 3 ve 4 sınıflar ile yürütülen derslerinin var olması ve öğrenci-egitici ilişkisine bağlı olarak öğrencilerin not kaygısı yaşayabilecekleri düşünülerek çalışmanın ikinci sınıfta (n=100) uygulanmasına karar verilmiştir. Örneklem seçimine gidilmeksizin tüm evren çalışmaya dahil edilmiştir.

## **Araştırmaya Dahil Edilme / Dışlama Kriterleri**

### ***Dahil Edilme Kriterleri***

- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik 2. sınıf öğrencisi olarak eğitim-öğretime devam eden,
- Veri toplama araçlarının doldurulması ve yapılacak oturumlarda iletişimi engelleyecek işitme, konuşma ve anlama yönünden problemi olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaşından büyük bireyler çalışmaya dahil edilmiştir.

### ***Dışlama Kriterleri***

- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde (17/09/2018 – 10/01/2019) Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik 2. sınıf öğrencisi olarak eğitim-öğretime devam etmeyen,
- Veri toplama araçlarının doldurulması ve yapılacak oturumlarda iletişimi engelleyecek işitme, konuşma ve anlama yönünden problemi olan,
- Araştırmaya gönüllü olmayan, 18 yaşından küçükler çalışmaya dahil edilmemiştir.

## **Veri Toplanması**

Veriler, katılımcılarla yüzyüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, “Sosyodemografik Veri Toplama Formu”, anksiyete düzeylerini belirlemek için “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” ve kişilerarası problem çözme yönelimlerini tespit etmek amacıyla “Kişilerarası Problem Çözme Envanteri” uygulanarak toplanmıştır. Anketlerin toplanması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

### ***Veri Toplama Formu***

Araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan form, öğrencilerin yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, anne-baba çalışma durumu ve ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri tanımlamaya yönelik sorular içermektedir. Ayrıca formda öğrencilerin aldıkları hemşirelik eğitiminin zorluk derecesine dair düşüncelerini ve üniversiteye uyum sürecini belirlemeye yönelik sorularda yer almaktadır.

### ***Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)***

BAÖ, anksiyeteyi depresyondan ayırt edebilmek için Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark., 1988). Öz değerlendirilenin yapıldığı 21 maddeden oluşan ölçek 0-3 arası Likert tiptedir ve puan aralığı 0-63'tür. Alınan toplam puanın yüksek olması, yaşanan anksiyetenin şiddetini yüksek olduğunun göstergesidir (Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1998). Ölçeğin kesme puanları Sarıaydın ve arkadaşlarının çalışmasında, 0-7 puan düşük, 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26 puan ve üzeri ise şiddetli düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmıştır (Sarıaydın ve ark., 2018). Ölçeğin, Türkiye için geçerlilik güvenirlik çalışması ise Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,93 olarak tespit edilmiştir (Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1998). Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,87 olarak tespit edilmiştir.

### ***Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE)***

Çam ve Tümkaya tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin, kişilerarası problem çözme yönelim ve becerilerini ölçmeyi amaçlayan ve 50 maddeden oluşan Kişilerarası Problem Çözme Envanteri (KPÇE) 1-5 arası Likert tiptedir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kişilerarası problem çözme becerisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam puanı olmayan ölçek, alt ölçek puanları üzerinden değerlendirilmektedir. Alt ölçekler; Probleme Olumsuz Yaklaşma (POY), Yapıcı Problem Çözme (YPC), Kendine Güvensizlik (KG), Sorumluluk Almama (SA) ve Israrcı-Sebatkar Yaklaşım (ISY) alt ölçekleri olarak adlandırılmıştır. Envanterin alt ölçek puanlarının iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayıları POY=0,91, YPC=0,88, KG=0,67, SA=0,74 ve ISY=0,70'dir (Çam ve Tümkaya, 2007). Bu çalışmada ise Cronbach alfa iç güvenirlik katsayıları POY=0,89 YPC=0,91 KG=0,81 SA=0,79 ISY=0,68 olarak tespit edilmiştir.

### ***Verilerin Değerlendirilmesi***

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanısıra gruplar arası karşılaştırmada Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde öğrencilerin tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma, ayrıca ölçekler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### **Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırma planlandıktan sonra, etik kurul ve ilgili kurum izinleri alınmıştır.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma bulgularının Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ikinci sınıf öğrencilerinden araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin tüm soruları cevaplandırması ve bu cevaplamanın içtenlikle olması bu çalışmanın güçlü yönüdür. Sadece bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü öğrencilerinde yapılması nedeniyle sonuçların tüm hemşirelik öğrencilerine genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

## **BULGULAR**

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamalarının  $19,76 \pm 1.38$ , %72,8'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %23,3'ü üniversiteye ve yeni sosyal çevreye alışma sürecinin zor, %69,9'u ekonomik durumunun orta ve %46,6'sı hemşirelik eğitiminin zor olduğu belirtmişlerdir (Tablo-1).

**Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı**

<b>Özellikler</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
<b>Yaş (yıl, X±SS)</b>	19.76 ± 1.38	Min.12 / Max. 26
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	75	72.8
Erkek	28	28.2
<b>Anne Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	18	16.5
İlköğretim Mezunu	75	72.8
Lise Mezunu	10	9.7
Üniversite Mezunu	1	1.0

<b>Anne Çalışma Durumu</b>		
Ev Hanımı	92	89.3
İşçi	4	3.9
Memur	7	6.8
<b>Baba Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar değil	2	1.9
İlköğretim Mezunu	71	68.9
Lise Mezunu	20	19.4
Üniversite Mezunu	10	9.7
<b>Babanın Çalışma Durumu</b>		
İşsiz	8	7.8
İşçi	37	35.9
Memur	14	13.6
Serbest Meslek	17	16.5
Emekli	27	26.2
<b>Ekonomik Durum</b>		
İyi	18	17.5
Orta	72	69.9
Kötü	13	12.6
<b>Üniversiteye/Yeni Çevreye Uyum Durumu</b>		
Kolay	19	18.4
Orta	60	58.3
Zor	24	23.3
<b>Hemşirelik Eğitimine İlişkin Düşünceler</b>		
Kolay	7	6.8
Orta	48	46.6
Zor	48	46.6

Hemşirelik öğrencilerinin BAÖ'den ve KAPÇE'nin alt boyutlarından alınan ortalama puanlar Tablo 2'de yer almaktadır. Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin BAÖ toplam puan ortalaması  $17.81 \pm 10.32$ , Probleme Olumsuz Yaklaşma puan ortalaması  $43.66 \pm 12.67$ , Yapıcı Problem Çözme puan ortalaması

54.21 ± 11.10, Kendine Güvensizlik puan ortalaması 13.66 ± 4.49, Sorumluluk Alamama puan ortalaması 11.75 ± 4.4 ve Israrcı-Sebatkar Yaklaşım puan ortalaması 15.6 ± 4.9 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 2. Öğrencilerin Beck Anksiyete Ölçeği ve Kişilerarası Problem Çözme Envanterinden Aldıkları Toplam Puan Ortalamaları**

Ölçekler	X±SS	Alınan Min- Max Değerler	Alınabilecek Min-Max Değerler
Beck Anksiyete Ölçeği	17.81 ± 10.32	1 - 43	0 - 63
KAPÇE - Probleme Olumsuz Yaklaşma	43.66 ± 12.67	20 - 80	16 - 80
KAPÇE - Yapıcı Problem Çözme	54.21 ± 11.10	20 - 80	16 - 80
KAPÇE - Kendine Güvensizlik	13.66 ± 4.49	7 - 29	7 - 35
KAPÇE - Sorumluluk Alamama	11.75 ± 4.4	5 - 25	5 - 25
KAPÇE - Israrcı-Sebatkar Yaklaşım	15.6 ± 4.9	7 - 30	6 - 30

BAÖ ve KAPÇE'nin alt ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 3'de görülmektedir. Buna göre, BAÖ ile KAPÇE'nin alt boyutlarından probleme olumsuz yaklaşma ve kendine güvensizlik puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

**Tablo 3. Öğrencilerin Beck Anksiyete Ölçeği ve Kişiler Arası Problem Çözme Envanteri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Ölçekler	Kişiler Arası Problem Çözme Envanteri				
	Probleme Olumsuz Yaklaşma	Yapıcı Problem Çözme	Kendine Güvensizlik	Sorumluluk Alamama	Israrcı-Sebatkar Yaklaşım
Beck Anksiyete Ölçeği	r=0.481**	r=-0.149	r=0.190*	r=-0.029	r=-0.008

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*.. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## TARTIŞMA



Kişilerarası problem çözme becerisi, hemşirelerin sahip olması gereken temel yetenek ve yeterlilikler arasındadır. Farklı sorunları olan bireylere bakım verecek ve klinik ortamda karşılaşılan sorunları çözmek durumunda olacak olan hemşirelik öğrencilerinin kişiler arası problem çözme becerilerinin yüksek olması beklenmektedir (McEwen ve Brown, 2002). Çalışma sonuçlarımıza göre; hemşirelik öğrencilerinin KPÇE'nin alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları, kişiler arası problem çözme becerilerinin orta düzeyde olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmada öğrenci hemşirelerinin kişilerarası problem çözme envanteri Probleme Olumsuz Yaklaşma alt boyutundan  $43.66 \pm 12.67$  puan aldıkları tespit edilmiştir. Bu alt boyuttan elde edilecek 16-80 arasında değişmektedir. Bunun yanı sıra Kendine Güvensizlik alt boyutundan  $13.66 \pm 4.49$  ve Sorumluluk Alamama alt boyutundan  $11.75 \pm 4.4$  puanları aldığı tespit edilmiştir. Elde edilen puanların yüksek olması, öğrencilerin yaşadıkları kişiler arası problemler karşısında olumsuz yönelimler gösterdiklerine işaret etmektedir. Hemşirelikte kişiler arası problemleri çözmede, kişinin olgunlaşma düzeyi, hazır olma hali, sosyal çevre, aldığı eğitim seviyesi, problemi tanımlamadaki bilgi seviyesi, kişilerarası iletişimi, kaynak kullanımı, hastanın takibi ve haberleşme becerileri önemli etkenlerdir (Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Öğrencilerin kişiler arası problemlerinde olumsuz yönelim göstermeleri hala gelişim döneminde olmaları ve bu etkenler açısından yetersiz olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Hemşirelik, genel olarak stresli bir meslek olarak bilinmektedir (Özgür, Babacan ve Gürdağ, 2011). Tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesinde önemli sorumluluklarının ve hastayla etkileşimlerinin daha yoğun olması nedeniyle hemşirelerin stres ve anksiyete yönünden büyük risk altında oldukları söylenebilir. Hemşireler, yüksek stres kaynaklarından ve çalışma koşullarından kaynaklanan risk faktörlerini taşımaları nedeni ile potansiyel olarak anksiyete ruhsal bozukluklara yatkınlık göstermektedirler (Yılmaz, Hacıhasanoğlu ve Çiçek, 2006; Görgülü, 1988). Bu çalışmada öğrencilerin, BAÖ'den aldıkları ortalama puan  $17.81 \pm 10.32$  olarak tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin anksiyete düzeyleri benzer şekilde orta düzeyde tespit edilmiştir (Gümüş ve Zengin, 2018; Papazisis ve ark., 2008). Çalışma sonuçlarımızda da öğrenciler katıldıkları klinik uygulamalar,

aldıkları teorik eğitimin zorluğu ve kişisel yaşamlarına bağlı var olan ekonomik zorluklar, eğitimin zorluğu gibi durumlar öğrencilerin anksiyete hissetmelerine neden olduğu düşünülmektedir

Araştırmada öğrencilerin kişilerarası problem çözme becerileri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Buna göre, BAÖ ile KAPÇE'nin alt boyutlarından probleme olumsuz yaklaşma ve kendine güvensizlik puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. İnsan hayatının devam ettirilebilmesi için gerekli olan ve gençlik döneminde yoğun şekilde hissedilen anksiyete, hafif ve orta düzeyde olduğu takdirde bireyin olumsuz durumlar ile baş edebilmesinin yanında sosyal faaliyetlerini ve kişilerarası ilişkilerini sürdürebilmesi için de itici bir güç olabilmektedir (Beck ve Clark, 1997; Beck ve ark., 1988). Ancak anksiyete yoğunluğunun artması, birey için birçok problemi de beraberinde getirmektedir. Kontrol edilmeyen ve yoğun hissedilen anksiyete bireyde, çevresindekiler tarafından olumsuz değerlendirileceği korkusu, kaçınma davranışları, kendini ifade etme ve diğerlerini anlamada güçlük gibi kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkileyecek tablolar ortaya çıkabilmekte, bireyin kişiler arası problemler yaşamasına neden olabilmektedir (Haaga ve ark., 1995; Kant, D'Zurilla ve Maydeu-Olivares, 1997).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Gelecekte sağlık hizmeti verecek olan hemşirelik öğrencilerinin anksiyete düzeyini ve kişilerarası problem çözme yönelimlerin etkisini tespit etmek amacıyla yapılan çalışma sonucunda, öğrencilerin orta düzeyde anksiyete hissettiklerini ve orta düzeyde kişiler arası problem çözme becerisine sahip olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, gelişim dönemleri açısından hem sosyal hem de akademik sorunları olabilen hemşirelik öğrencilerin ruhsal sağlıkları yönünden taramaların yapılması önemli bir müdahale olacaktır. Bu taramalar sonrasında anksiyete, kişiler arası problem gibi psikososyal sorunları olan öğrencilerin belirlenmesi ve üniversite bünyesinde düzenlenecek programlarla ruhsal açıdan desteklenmesi gerekmektedir. Bu programların genel olarak öğrencilerin kendilerini ifade edebilecekleri, duygularını ve düşüncelerini paylaşabilecekleri, problemlerine ortak çözümler üretebilecekleri grup etkinliği şeklinde olması olumlu sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir. Ayrıca uygulamaların etkinliğinin

sürdürülebilirliğinin tespiti için 6 ay - 12 ay gibi tekrarlı ölçümlerin yapıldığı araştırmaların yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

## **KAYNAKLAR**

Adler, A. (2015). Sosyal Roller ve Kişilik. (Editör: Yörükhan T). Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları 4. Baskı. İstanbul

Balanza, G. S., Morales, M. I., Guerrero, M.J. ve Conesa, C. A. (2008). Academic and psycho-socio-familiar factors associated to anxiety and depression in university students. Reliability and Validity of a Questionnaire. *Rev Esp Salud Publica*, 82: 189-200.

Bayram, N. ve Bilgel, N. (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43: 667–672.

Baysan Arabacı, L., Akın Korhan, E., Tokem, Y. ve Torun, R. (2015). Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi-sırası ve sonrası anksiyete ve stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 2(1), 1-16.

Beck A. T, & Clark A. D. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavioral Research Theory*, 35(1), 49-58.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897

Bektaş, A. H. (2004). Hemşirelik öğrencilerinin kuramsal ve uygulamalı eğitimde yaşadıkları güçlükler ve öğretim elemanlarından beklentileri. *Hemşirelik Forumu*, 5(5), 45-54.

Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R., ve Kósa, K. (2010). Determinants of mental well-being in medical students. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 253-258. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0062-0>

Çam, S., ve Tümkaya, S. (2006). Üniversite öğrencilerinde kişilerarası problem çözme. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 119-132.

Çelikel, F. Ç. ve Erkorkmaz, Ü. (2008). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 122-129.

Deniz, M. E. ve Sümer, A. S. (2010). Farklı özanlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, 35(158): 115-127.

Ekinçi, E., Güngörmüş, K. ve Topçu G, Kerek E. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin kişilerarası ilişki düzeylerinin belirlenmesi. *Bozok Tıp Dergisi* 2:33–8

Erbil, N., Kahraman, A. N., ve Bostan, Ö. (2006). Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 10-16.

Görgülü, S. (1988). Hemşirelik ve anksiyete. *Türk Hemşireler Dergisi* 1988; 38:23-24.

Gümüş, F., ve Zengin, L. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Anksiyete, Depresif Belirti Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Van Tıp Dergisi*, 25(4), 527-534. <https://doi.org/10.5505/vtd.2018.38268>

Haaga, D. A., Fine, J. A., Terrill, D. R., Stewart, B. L., & Beck, A. T. (1995). Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 147-158.

Kacur, M. ve Atak, M. (2011). Üniversite öğrencilerinin sorun alanları ve sorunlarla başetme yolları: Erciyes üniversitesi örneği. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(31): 273-297.

Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive therapy and research*, 21(1), 73-96.

Karaca, A., Yıldırım, N., Ankaralı, H., Açıkgöz, F., ve Akkuş, D. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Algılanan Klinik Stres Düzeyi, Stres Cevapları ve Başetme Davranışları. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1), 32-39. <https://doi.org/10.14744/phd.2017.22590>

Kavaklı, Ö. (2018). İntörn hemşirelik öğrencilerinin proaktif kişilik özelliği ile çatışma çözme yaklaşımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(1), 9-15. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2018.009>

McEwen, Mv ve Brown, S. C. (2002). Conceptual frameworks in undergraduate nursing curricula: report of a national survey. *Journal of Nursing Education*, 41(1): 5–14.

Öz, F., ve Hiçdurmaz, D. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin kişilerarası çatışmaları çözme yaklaşımları. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 19(1), 1-15.

Özgür, G., Babacan Gümüş, A., ve Gürdağ, Ş. (2011). Hastanede çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24(4), 296-305.

Papazisis G, Tsiga E, Papanikolaou N, Vlasiadis I, Sapountzi-Krepia D. Psychological distress, anxiety and depression among nursing students in Greece. *International Journal of Caring Sciences* 2008;1(1):

Peng, L., Zhang, J., Li, M., Li, P., Zhang, Y., Zuo, X., ... ve Xu, Y. (2012). Negative life events and mental health of Chinese medical students: the effect of resilience, personality and social support. *Psychiatry research*, 196(1), 138-141. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.006>

Yıldırım, B. ve Özkahraman, S. (2011). Critical thinking in nursing process and education. *Int J Hum Social Sci*, 1(13), 257-262.

Yılmaz, M. ve Ocakçı, A. F. (2010). Bir kız öğrenci yurdunda kalan üniversite öğrencilerinin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1): 15-23.

Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu, R. ve Çiçek, Z. (2006). Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. *Sted*, 15:92-97.

Araştırma Türü: Derleme

2020;1(2): 85 – 96

Geliş Tarihi:10.08.2020

Kabul Tarihi:26.11.2020

## ADÖLESAN GEBELİKTE DOĞUM KORKUSU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Aysu BULDUM<sup>1</sup>, Tuba GÜNER EMÜL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği  
Anabilim Dalı

### Öz

Adölesan dönemde yaşanan gebelik, adölesanlar tarafından bir kriz olarak algılanmaktadır. Adölesanlar yeterli fiziksel, bilişsel ve ruhsal gelişimlerini tamamlayamadan gebeliği deneyimlemeleri sonucunda doğum korkusunu daha şiddetli bir şekilde yaşayabilmektedirler. Lietaratürde doğum korkusu yönetiminde kullanılan psikoeğitim, hipnoz gibi yöntemler bildirilmiştir. Bunun yanı sıra uygun eğitim ve danışmanlıklarla desteklenen gebe ve ailesinin sosyal destek yönünden bilinçlendirilmesi ve gebenin algıladığı sosyal desteğin yükseltilmesi adölesan kadının yaşadığı doğum korkusunun azaltılmasında rol oynamaktadır. Buna ek olarak yeterli fiziksel, bilişsel ve ruhsal gelişimi olmayan adölesan kadına gebelik, doğum ve doğum sonu süreçleri tam bir iyilik halinde geçirmesine yardımcı olacak önemli bir faktör olan sosyal destek sağlandığında bu süreçlere uyumunun artacağı ve maternal bağlanmanın daha iyi düzeyde olduğu bilinmektedir. Adölesan gebeler içinde buldukları yaşam koşulları düşünüldüğünde ailelerinden ya da arkadaşlarından uzaklaşmakta ve sosyal destek ihtiyaçları cevapsız kalmaktadır. Bu bağlamda hemşireler adölesan gebelerin algılanan sosyal destek düzeylerini değerlendirmesi, sağlanması ve adölesanın ailesini de sosyal destek konusunda bilinçlendirmesi oldukça önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, Doğum Korkusu, Hemşirelik, Sosyal Destek.

## **ADOLESCENCE BIRTH FEAR AND NURSING CARE IN PREGNANCY**

### **Abstract**

Pregnancy experienced during adolescence is perceived as a crisis by adolescents. Adolescents may experience a more severe fear of birth as a result of experiencing pregnancy without completing their adequate physical, cognitive and mental development. It has been reported in the literature that methods such as psychoeducation and hypnosis used in the management of the fear of childbirth. Also, raising the awareness of the pregnant woman and her family in terms of social support and increasing the social support perceived by the pregnant woman supported by appropriate training and counseling play a role in reducing the fear of childbirth experienced by the adolescent woman. Besides, it is known that when social support, which is an important factor that will help an adolescent woman who does not have sufficient physical, mental and psychological development, to go through pregnancy, birth and postpartum processes in full well-being, her adaptation to these processes will increase and maternal attachment is at a better level. Considering the living conditions of adolescent pregnant women, they move away from their families or friends and their social support needs remain unanswered. In this context, it is very important for nurses to evaluate the perceived social support levels of adolescent pregnant women, to provide them and to raise awareness of the adolescent's family about social support.

**Keywords:** Adolescent, Fear of Childbirth, Social Support, Nursing.

## **GİRİŞ**

Adölesan dönem, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaşlar arası dönem olarak tanımlanmaktadır. Adölesan gebelikler yüksek, orta ve düşük gelirli tüm dünya ülkelerinin önemli bir toplum sağlığı sorunudur (DSÖ, 2020). Adölesan gebelikler genelde yüksek riskli gebelik olarak kabul edilmektedir. Gebelik tanısında gecikme, yetersiz antenatal bakım, yetersiz beslenme, riskli gebelik davranışlarında bulunma, istenmeyen gebelik ve şiddete maruz kalma riskinin yüksek olması gibi nedenlerden ötürü perinatal mortalite ve morbidite riskleri artmaktadır (Keskin ve Kıncı, 2018:33; Güzel vd., 2016:28; Melekoğlu vd., 2013:213). Yapılan çalışmalarda adölesan gebeliklerin maternal ve fetal/neonatal fizyolojik, psikolojik olumsuzlukları da beraberinde getirdiği vurgulanmaktadır (Kawakita vd., 2016:130; Jeha vd., 2015:1; Ganchimeg vd., 2014:40; Huang vd., 2014:260). Adölesan gebeliklerin getirdiği bu olumsuzluklar gerek gebe/anne gerek fetus/yenidoğan için mortalite sebebi olmaktadır. Adölesan annelerin bebekleri 20-24 yaş arası doğum yapan annelerin bebeklerinden daha fazla mortalite riski ile karşı karşıya kalmaktadır (Huang vd., 2014:260; Naz, 2014:131).

Dünya’da her yıl 12 milyon 15-19 yaş aralığındaki kız çocuğu ve 777.000 15 yaş altı kız çocuğu doğum yapmaktadır (DSÖ, 2020). Althabe ve arkadaşlarının (2015:1) düşük ve orta gelirli yedi ülkede yaptıkları çalışmada 24 yaş altı gebelerin yaklaşık %12’sinin 15-19 yaş arasında, %0,14’ünün 15 yaş altında gerçekleştiği saptanmıştır. Sedgh ve arkadaşlarının (2016:223) 1990-2011 yılları arasında birden fazla ülkede yaptıkları çalışmada 10-14 yaş aralığındaki adölesan gebelik hızı en yüksek Macaristan’da bulunmuştur. Aynı çalışmada 15-19 yaş aralığındaki adölesan gebelik hızı binde 57 ile Amerika’da, en düşük ise İsviçre’de saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 raporunda ise adölesan dönemde olan kadınların yaklaşık %4’nün çocuk doğurmaya başladığı belirtilmektedir (TNSA, 2018).



Doğum korkusu gebelik, doğum veya doğum sonu süreçlerde ortaya çıkan korku olarak tanımlanmaktadır (Hofberg ve Ward, 2003:505). Yaş, parite, kadının önceki doğum deneyimleri ve kendisinin ya da bebeğinin zarar görme düşünceleri gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan doğum korkusu sezaryen, gebeliğe ve doğum sonu süreçlere uyumun bozulması ve maternal bağlanma süreçlerinin olumsuz etkilenmesi ile sonuçlanmaktadır (Uçar&Gölbaşı, 2015:54). Bu derlemenin amacı adölesan kadının gebeliğe, doğum sonu süreçlere uyumunu bozan, doğum şekli tercihini etkileyen ve önlenebilir bir durum olan doğum korkusu yönetiminde sosyal desteğin önemine dikkat çekmektir.

### **Adölesan Gebelikte Doğum Korkusu**

Doğum öncesi, doğum sırası veya doğum sonrasında ortaya çıkan doğum korkusu birçok faktörden etkilenmektedir. Doğum korkusuna zemin hazırlayan faktörler arasında maternal yaş da yer almaktadır. Gebeliğin adölesan dönemde yaşanması doğum korkusunun oluşmasına ve şiddetlenmesine neden olmaktadır (Deliktaş vd., 2015:274; Saisto ve Halmesmaki, 2003:201). Adölesan kadınların fiziksel ve duygusal yeterliliğe henüz ulaşmamış olmaları durumu daha hassas ve önemli kılmaktadır (Asnong vd., 2018:83; Huang vd., 2014: 255). Fuzy ve arkadaşlarının (2020:360) çalışmasında adölesan anneler doğum sürecinde bunaldıkları ve doğum sürecine hazırlıksız hissettiklerini ifade etmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada adölesan annelerin üçte birinin doğumu travmatik olarak nitelendirdiği belirlenmiştir (Anderson, 2010:700). Low ve arkadaşlarının (2003:192) çalışmasında ise adölesan anneler, doğumun çok fazla ağırlı olduğunu ve daha ileri yaşlarda deneyimlemeyi dilediklerini belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise adölesan gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%75) doğum korkusu yaşadıkları ve daha genç olan adölesanlarda bu korkunun daha şiddetli olduğu belirlenmiştir (Anderson ve Gill, 2014:242). Türkiye’de yapılan bir çalışmada da adölesan gebelerin %7’sinin yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadıkları bulunmuştur. Bu durum adölesan gebelerin algılandıkları sosyal destek düzeyleri ile ilişkili olduğu açıklanmıştır

(Buldum, 2018). Literatür incelendiğinde sınırlı sayıda var olan çalışmalarda da doğum korkusunun yönetiminde etkili faktörlerden biri sosyal destek olarak bildirildiği göze çarpmaktadır (Azimi vd., 2018:235; Güleç vd., 2014:36). Bu noktada adölesan gebelere doğum öncesi bakım hizmetini sunan hemşirelerin gebenin sosyal destek düzeyini arttırmaya yönelik gebe ve ailesine eğitim ile danışmanlık vermesi oldukça önemlidir (Çınar ve Hıra, 2017:15; Aydın, 2013:250; Bulut vd., 2008: 37).

Doğum korkusu yönetiminin etkin olamadığı durumlarda gebelerin sezaryen doğuma yöneldiği, doğum sonu sürece uyumlarının bozulduğu ve uyku güçlüğü ile tükenmişlik yaşadıkları bilinmektedir (Hall vd., 2009:567). Bunun yanı sıra gebelerin doğum korkusuna bağlı olarak daha sık anksiyete ve depresyon yaşadıkları görülmüştür (Akhlaghi ve ark., 2012:122; Decastro vd., 2011:210). Serçekuş ve arkadaşları (2016:166) ile Gourounti ve arkadaşları (2015:44) yaptıkları çalışmalarda annelerin doğum korkusu nedeniyle doğumla ilgili öz yeterliliklerinin azaldığını belirtmişlerdir. Literatür incelendiği kadarıyla adölesan gebelerin doğum korkusu düzeylerini ve sonuçlarını inceleyen çalışmaya rastlanılmamıştır. Buna göre adölesan gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ve sonuçlarının göz ardı edildiği düşünülmektedir. Ancak adölesan gebelerin fiziksel, ruhsal ve bilişsel gelişimini tamamlamadığı düşünüldüğünde yaşadıkları doğum korkusuna ve buna bağlı gelişebilecek psikososyal sorunlar daha ağır olabilmektedir (Çınar ve Hıra, 2017:15; Aydın, 2013:250; Bulut vd., 2008:37; Frydenberg, 2008). Dolayısıyla adölesan gebelerde doğum korkusunun etkin bir şekilde yönetilmesi önem taşımaktadır.

### **Doğum Korkusu Olan Adölesan Gebeye Hemşirelik Yaklaşımı**

Doğum korkusu, kadın hayatının en heyecanlı ve zevkli dönemlerinden biri olan gebelik süreci gibi birçok sürece uyumunu bozan bir durumdur. Doğum korkusu kadının, fizyolojik (ağrıdan korkma ve ağrı eşiğinin düşük olması gibi), psikolojik (kişilik özelliği, travmatik olay öyküsü, ebeveyn olma korkusu vb.), sosyal (sosyal destek eksikliği, ekonomik faktörler gibi)

özelliklerine ya da önceki doğum deneyimlerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Hofberg ve Ward, 2003:505; Saisto ve Halmesmaki, 2003:201). Doğum korkusunun yönetiminde amaç; kadının doğumu ile ilişkili belirsizlikleri kabul etmesine, anksiyete ile başa çıkmasına, doğum eylemine yönelik olumlu duygulara sahip olmasına yardım etmektir (Meyer, 2013:218; Deliktas ve Kukulu, 2019:501).

Literatürde doğum korkusu yönetiminde antenatal eğitimler (Serçekuş ve Başkale, 2016:166; Aksoy, 2015:161; Subaşı vd., 2013:165; Coşar, 2012:18; Serçekuş ve Okumuş, 2009:155; Şahin vd., 2009:57), hipnoterapi (Hosseini vd., 2018:254), psikoeğitim (Akgün vd., 2019:1) ve sosyal desteğin (Azimi vd., 2018:235; Buldum, 2018; Molgora vd., 2018:117; Möhler ve Dixlus, 2017; Aksoy, 2015:161; Demirsoy ve Aksu, 2015:36; Orr, 2004:842) etkin olarak kullanıldığı bildirilmiştir. Yapılan birçok çalışma, kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinde aldıkları sosyal desteğin, maternal ve fetal bilişsel, fiziksel iyilik halinin korunması ve gelişmesinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Asnong vd., 2018:83; Möhler ve Dixlus, 2017; Hill vd., 2015:29; Giurgescu vd., 2015:172; Huang vd, 2014a:255; Güleç vd., 2014:36; James vd., 2012:190; Mkhwanazi, 2010:347). Bu bağlamda adölesan gebelerin yaşadıkları doğum korkusunun azaltılmasında ve hem daha sağlıklı bir doğum deneyimlemeleri, hem de doğum sonu dönemde annelik rolüne uyum sağlamaları açısından yetişkin gebelere oranla daha fazla sosyal desteğe ihtiyaçları olduğu bilinmektedir (Brown vd., 2018:502; Asnong vd., 2018:83; Çınar ve Hıra, 2017:15; Angley vd., 2015:67; Aydın, 2013:250; Divney vd., 2012:201; Decastro vd., 2011:210; Frydenberg, 2008; Bulut vd., 2008:37; Low vd., 2003:192). Adölesan gebeler yeterli fiziksel, bilişsel ve ruhsal gelişimlerini tamamlayamadıkları için yaşadıkları doğum korkusu ile baş etmede sosyal desteği daha az kullanabilmektedirler (Saisto, 2003:201; Hurdle, 2001:72).

Hemşire bu süreçte doğum öncesi bakımın yanı sıra, doğuma hazırlık ile doğum sonrası yeni rol ve sorumluluklara uyuma ilişkin danışmanlık ve eğitimler verimelidir (Karakuş vd.,

2017:115; Top ve Ertem, 2016:51; Çetinkaya ve Sevil, 2016: 20). Nitelikli bir danışmanlık ile ulaşılması kolay ve bedava olan sosyal desteğin gebelere sağlanmasında hemşirelere büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Gebelik boyunca kadını, partnerini ve çevresindeki bireyleri sosyal destek yönünden değerlendirmelidir. Buna ek olarak gebenin partneri ve çevresinde sosyal desteğin sağlanması açısından farkındalık oluşturmalı ve onlara danışmanlık yapmalıdır (Taylan vd., 2012:66; Şen ve Kavlak, 2011; Yiğitoğlu, 2009; Bulut vd., 2008:37).

## **SONUÇ**

Doğum korkusu adölesan gebelerin sezeryane yönelmesine ve öz yeterliliklerinin olumsuz etkilenmesiyle doğum sürecinden daha az memnun olmalarına neden olabilecek bir olgudur. Sağlıklı çocuk, sağlıklı anne ve sağlıklı toplum ilişkisi düşünüldüğünde adölesan gebelere/annelere sağlanacak sosyal destek ile doğum korkusunun neden olduğu olumsuz durumlar önenebilir olduğu unutulmamalıdır.

## **KAYNAKLAR**

Akgün, M., Boz, İ., & Özer, Z. (2019). “The Effect of Psychoeducation on Fear of Childbirth and Birth Type: Systematic Review and Meta-Analysis”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-13.

Akhlaghi, F., Mokhber, N., Shakeri, M.T., & Shamsa, F. (2012). “Relation Between Depression, Anxiety, Self-Esteem, Marital Satisfaction, Demographical Factor and Maternal Complications with Fear of Childbirth in Nulliparous Women”, *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 14, Number 2 (54), 122-131.

Aksoy, A. N. (2015). “Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi”, *ODÜ Tıp Dergisi*, 2(3), 161-165.

Althabe, F., Moore, J. L., Gibbons, L., Berrueta, M., Goudar, S. S., Chomba, E., ... & Esamai, F. (2015). "Adverse Maternal and Perinatal Outcomes in Adolescent Pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry Study", *Reproductive Health*, 12(S2), S8.

Anderson, C. (2010). "Impact of Traumatic Birth Experience on Latina Adolescent Mothers", *Issues in Mental Health Nursing*, 31(11), 700-707.

Anderson, C. A., & Gill, M. (2014). "Childbirth Related Fears and Psychological Birth Trauma in Younger and Older Age Adolescents", *Applied Nursing Research*, 27(4), 242-248.

Angley, M., Divney, A., Magriples, U., Kershaw, T. (2015). "Social Support, Family Functioning and Parenting Competence in Adolescent Parents", *Matern Child Health J*, 19(1), 67-73. doi: 10.1007/s10995-014-1496-x.

Asnong, C., Fellmeth, G., Plugge, E., San Wai, N., Pimanpanarak, M., Paw, M. K. et al. (2018). "Adolescents' Perceptions and Experiences of Pregnancy in Refugee and Migrant Communities on the Thailand-Myanmar Border: a Qualitative Study. *Reprod Health*", 15(1), 83. Doi: 10.1186/s12978-018-0522-7.

Aydın, D. (2013). "Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 250-254.

Azimi, M., Fahami, F., & Mohamadirizi, S. (2018). "The Relationship Between Perceived Social Support in The First Pregnancy and Fear of Childbirth", *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), 235.

Brown, S. G., Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., Kupzyk, K. A., Yates, B. C., Hanna, K. M. (2018). "Social Support, Parenting Competence, and Parenting Satisfaction Among Adolescent, African American, Mothers", *West J Nurs Res*, 40(4), 502-519. Doi: 10.1177/0193945916682724.

Buldum, A. (2018). Adölesan Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Yaşadıkları Doğum Korkusu Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.

Bulut, S. ve Gürkan, A., Sevil, Ü. (2008). “Adölesan Gebelikler”, Aile ve Toplum Dergisi, 13, 37- 44.

Coşar, F., Demirci, N. (2012). “Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi”, SDÜ Sağlık Enstitüsü Dergisi, 3(1), 18- 30.

Çetinkaya, E., Sevil, Ü. (2016). “Perinatolojiye Giriş”, Sevil, Ü., Ertem, G. (Ed.), Perinatoloji ve Bakım, içinde (20-25), Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Çınar, N. ve Hıra, S. (2017). “Adölesan Annelik”, Journal of Human Rhythm, 3(1), 15-19.

Decastro, F., Hinojosa-Ayala, N., & Hernandez-Prado, B. (2011). “Risk and Protective Factors Associated with Postnatal Depression in Mexican Adolescents”, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 32(4), 210-217.

Deliktas, A., Kukulu, K. (2019). “Pregnant Women in Turkey Experience Severe Fear of Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis”, Journal of Transcultural Nursing, 30(5):501-511.

Demirsoy, G., Aksu, H. (2015). “Doğum Korkusunun Nedenleri ve Baş Etme”. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2(2), 36-45.

Divney, A. A., Sipsma, H., Gordon, D., Niccolai, L., Magriples, U., Kershaw, T. (2012). Depression During Pregnancy Among Young Couples: The Effect of Personal and Partner Experiences of Stressors and The Buffering Effects of Social Relationships”, J Pediatr&Adolescent Gynecology, 25(3), 201-207.

Frydenberg, E. (2008). Adolescent Coping, Advances in Theory, Research and Practice, USA: Routledge.

Fuzy, E., Clow, S. E., & Fouché, N. (2020). “‘Please Treat Me Like a Person’—Respectful Care During Adolescent Childbirth”. *British Journal of Midwifery*, 28(6), 360-369.

Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., et al. (2014). “On behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and Childbirth Outcomes Among Adolescent Mothers: a World Health Organization Multicountry Study”, *BJOG*, 121(1), 40–48.

Giurgescu, C. G., Misra, D. P., Sealy-Jefferson, S., Caldwell, C. H., Templin, T. N., Slaughter-Acey, J. C., Oyspuk, T. L. (2015). “The Impact of Neighbourhood Quality, Perceived Stres and Social Support on Depressive Symptoms During Pregnancy in African American Women”, *Social Science and Medicine*, 130, 172-180.

Gourounti, K., Kouklaki, E., & Lykeridou, K. (2015). “Validation of the Childbirth Attitudes Questionnaire in Greek and psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth”, *Women and Birth*, 28(3), e44-e51.

Güleç, D., Öztürk, R., Sevil, Ü., Kazandı, M. (2014). “Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki”, *Türkiye Klinikleri Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*, 24(1), 36-41.

Güzel, A.İ., Tokmak, A., & Üstün, Y.E. (2016). “Adölesan Gebelikler”, *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(1), 28-31.

Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). “Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women”, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 567–576. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x

Hill, L. M., Maman, S., Groves, A. K., Moodley, D. (2015). “Social Support Among HIV-Positive and HIV-Negative Adolescents in Umlazi, South Africa: Changes in Family and

Partner Relationships During Pregnancy and the Postpartum Period”, *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1), 117. Doi: 10.1186/s12884-015-0542-z.

Hofberg, K., Ward, M.R. (2003). “Fear of Pregnancy and Childbirth”, *Postgraduate Medical Journal*, 79(3), 505-510.

Hosseini, V. M., Nazarzadeh, M., & Jahanfar, S. (2018). “Interventions For Reducing Fear of Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials”, *Women and Birth*, 31(4), 254-262.

Huang, C.Y., Costeines, J., Kaufman, J. S., Ayala, C. (2014). “Parenting Stress, Social Support, and Depression for Ethnic Minority Adolescent Mothers: Impact on Child Development”, *J Child Fam Stud*, 23(2), 255-262. Doi: 10.1007/s10826-013-9807-1.

Huang, C.C., Lin, Y.C., Huang, Y.T., Huang, K.H. (2014). “Comparison of Medical Issues in Antenatal and Perinatal Periods in Early Youth, Adolescent, and Young Adult Mothers in Taiwan: a 10-year Nationwide Study”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, (14), 260. Doi: 10.1186/1471-2393-14-260.

Hurdle, D. E. (2001). “Social Support: A Critical Factor in Women's Health and Health Promotion”, *Health and Social Work*, 26(2), 72-79.

James, S., Rooyen, D. V., Strümpher, D. J. (2012). “Experiences of Teenage Pregnancy Among Xhosa Families”, *Midwifery*, 28(2), 190-197. Doi: 10.1016/j.midw.2011.04.003.

Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L., Nassar, A. (2015). “A Review of The Risks and Consequences of Adolescent Pregnancy”, *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 8(1), 1-8.

Karakuş, S., Genç, Ş.Ö., Güldemir, Ü., Okşaşoğlu, B., Bütün, C., Yıldırım, A. (2017). “Adölesan Gebelik ve Sorunları”, *Adli Tıp Bülteni*, 22(2), 115-118.



Kawakita, T., Kathy Wilson, W., Grantz K. L., Landy, H. J., Huang, C. C., Gomez-Lobo, V. (2016). “Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy”, *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 29, 130-136.

Keskin, U., & Kınıcı, M.F. (2018). “Adolesan Dönemi ve Gebelikler”, *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(5), 33-8.

Low, L., Martin, K., Sampelle, C., Guthrie, B., & Oakley, D. (2003). “Adolescents’ Experiences of Childbirth: Contrasts With Adults”, *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 48(3), 192–198. doi:10.1016/s1526-9523(03)00091-6

Melekoğlu, R., Evrüke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., Büyükkurt, S., & Özgüven, F.T. (2013). “Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları”, *Journal of Turkish Society of Obstetrics&Gynecology*, 10(4):213-219.

Meyer S. (2013). “Control in Childbirth: a Concept Analysis and Synthesis”, *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 218- 28.

Mkhwanazi, N. (2010). “Understanding Teenage Pregnancy in a Post-Apartheid South African Township”, *Cult Health Sex*, 12(4), 347-358. Doi: 10.1080/13691050903491779.

Molgora, S., Fenaroli, V., Prino, L. E., Rollè, L., Sechi, C., Trovato, A., ... & Tambelli, R. (2018). “Fear of Childbirth in Primiparous Italian Pregnant Women: The Role of Anxiety, Depression, and Couple Adjustment”, *Women and Birth*, 31(2), 117-123.

Möhler, E., Dixius, A. (2017). “Social Support and a Consolidated Partnership as Protective Factors Against Stress During Pregnancy and Further Consequences for Mother and Child”, *J Womens Health Issues Care*, 7(1), 2. Doi:10.4172/2325-9795.1000297.

Naz, U. (2014). “Comparison of Obstetric Outcome in Terms of The Risk of Low Birth Weight, Preterm Delivery, Cesarean Section Rate and Anemia in Primigravid Adolescents and Older Primigravida”, *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 24 (2), 131-134.

Orr, S. T. (2004). "Social Support and Pregnancy Outcome: A Review of The Literature", *Clin Obstet Gynecol*, 47(4), 842-855.

Saisto, T., Halmesmaki, E. (2003). "Fear of Childbirth: a Neglected Dilemma", *ACTA Obstetrics and Gynecology Sacndinavia*, 82, 201-208.

Sedgh, G., Finer, L.B., Bankole, A., Eilers, M.A., Singh, S. (2015). "Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends", *J Adolesc Health*, 56(2):223–30. Doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.007

Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). "Effects of Antenatal Education on Fear of Childbirth, Maternal Self-Efficacy and Parental Attachment", *Midwifery*, 34, 166-172.

Serçekuş, P., & Okumuş, H. (2009). "Fears Associated with Childbirth Among Nulliparous Women in Turkey", *Midwifery*, 25(2), 155-62.

Subaşı, B., Özcan, H., Pekçetin, S., Göker, B., Tunç, S., Budak, B. (2013). "Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi", *Selçuk Tıp Dergisi*, 29(4), 165-167.

Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz M. (2009). "Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler", *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2), 57-62.

Şen, S. ve Kavlak, O. (2011). "Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım", *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 25(25).

Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). "Hemşirelik Roller ve Özerklik", *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 3, 66-74.

Top, E. D., Ertem, G. (2016). "Perinatal Hasta Güvenliği ve Mesleki Sorumluluklar", Sevil, Ü., Ertem, G. (Ed.), *Perinatoloji ve Bakım*, içinde (51-72), Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. 15 Kasım 2020 tarihinde

[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf) adresinden erişildi.

Uçar, T., ve Gölbaşı, Z. (2015). “Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu”, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2), 54-58.

World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy updated 31 January 2020. 15 Kasım 2020 tarihinde <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> adresinden erişildi.

Yiğitoğlu, S. (2009). Adölesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Araştırma Türü: Derleme

2020;1 (2) : 97 – 117

Geliş Tarihi: 29.04.2020

Kabul Tarihi: 10.12.2020

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Gamze DEMİREL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi

### Öz

Sağlık kurumlarına ve sağlık hizmet sunucularına yapılan geri ödeme mekanizmaları, sağlık hizmet sunumunun kalitesi ve verimliliği açısından çok önemli bir etkiye sahiptir. Ödeme yöntemlerinden her biri sağlık hizmetlerinde kaliteyi, üretim miktarını, sağlık hizmetlerinin etkinliğini aynı zamanda da hem hizmet sunan hem de hizmet alan tarafı olumlu ve olumsuz etkileyebilen farklı özelliklere sahiptir. Bu nedenle ödeme sistemlerinden tek bir yöntemi temel alarak kullanmak yerine birden fazla ödeme yöntemini bir arada kullanmak daha iyi bir yol olarak görülmektedir. Yine ülkemizde de birden fazla geri ödeme yönteminin birlikte kullanıldığı söylenebilmektedir.

Ödeyiciler tarafından sağlık hizmeti kurumlarına ve sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemleri ise şunlardır; global ve harcama kalemlerine göre bütçe yöntemi, kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, prim ödemesi, vaka başına ödeme (TİG), maaş yöntemi ve gün başına ödemelerdir (Beylik vd., 2015: 40). Bu çalışma sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olan geri ödeme yöntemlerinin neler olduğunun hem sağlık kurumu açısından hem de bireysel hizmet sunucuları açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş bir çalışmadır. Çalışmada her bir yöntemin hem güçlü hem de zayıf yönleri ele alınmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmetleri, Geri ödeme yöntemleri, Hizmet sunucuları

**Sorumlu Yazar:** Gamze DEMİREL

e-posta: gamzee135@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-2126-3590

## **PAYMENT METHODS IN HEALTH CARE**

### **Abstract**

Reimbursement mechanisms to health institutions and health care providers have a significant impact on the quality and efficiency of health care delivery. Each of the payment methods has different characteristics that can affect the quality and quantity of production and the effectiveness of health services both positively and negatively. Therefore, instead of using a single method based on payment systems, it is seen as a better way to use multiple payment methods together. Again, it can be said that more than one payment method is used together in our country.

Payment methods made by the payers to health care institutions and health professionals are as follows; According to the global and expenditure items, the budget method is pay per person, pay per service, premium payment, pay per case (TIG), salary method and pay per day (Beylik vd., 2015: 40).

This study was conducted to examine the reimbursement methods used in health services both in terms of health institution and service providers. Both strengths and weaknesses of each method were discussed in the study.

**Keywords:** Health services, Reimbursement methods, Service providers

## **GİRİŞ**

Sağlık harcamaları, bir ülkenin doğrudan ekonomik büyümesini ve verimliliğini etkileyen önemli bir gösterge olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin tedarik edilmesi için yapılan, genellikle büyük miktarda ödemeleri kapsamaktadır. Daha geniş anlamda, sağlık harcaması genellikle sağlık harcamalarının korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyonu için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Sağlık ekonomisinde karşılaşılan en büyük problemlerden birisi de sağlık harcamalarının iyi yönetilip yönetilemediği konusudur (Yorulmaz, 2019). Sağlık sektöründe kullanılan ödeme yöntemleri, hem sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmak açısından hem de ödemeyi yapan üçüncü taraf ve sağlık hizmet sunucuları açısından oldukça önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna bağlı olarak ortaya çıkan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin maliyetlerinin giderek artması ve bunların karşılanması amacıyla, sağlık sektöründe geri ödeme kavramı ortaya çıkmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerini maliyet-etkili sunabilmek amacıyla nelerin yapılması gerekliliğiyle ilgili hastaların, sağlık profesyonellerinin ve sağlık idarecilerinin, daha yoğun bir şekilde çalışmasını sağlamaktadır. (Maceira, 1998:1).

Ödeme sistemleri; finansal kaynakların, devlet, hizmet alan hastalar ve sigorta kurumları gibi taraflardan alınarak, bireysel (hekim veya diğer sağlık çalışanları) ve kurumsal (hastaneler) hizmet sunucularına paylaştırılması olarak tanımlanabilmektedir. Ödeme sistemleri, sağlık hizmeti alanlara ve sağlık hizmeti sunanlara göre farklılıklar gösterdiği gibi, sağlık sunucularının kişi ya da kurum olmasına göre de farklılıklar göstermektedir.

Sağlık sektöründe ki geri ödeme yöntemleri, bireysel olarak sağlık hizmet sunucularına ve kurumsal olarak sağlık hizmeti sunan kurumlara yönelik olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Ancak hem bireysel hem de kurumsal olarak yapılan ödemeler genellikle aynı ödeme yöntemleriyle gerçekleşmektedir ve genellikle sağlık hizmetinde sekiz temel ödeme yöntemi uygulanmaktadır (Quinn, 2015:300). Bu yöntemler; hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, prim ödemesi, maaş ödemesi, vaka başına ödeme, bütçe ödemesi, günlük ödemeler ve düz oranda ödemelerdir.

## SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖDEME YÖNTEMLERİ

Küreselleşmenin etkisiyle birlikte gelişen teknoloji, bilimdeki ilerlemeler ve buna bağlı olarak da yeni ilaç, malzeme, ekipman ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, nüfusun hızla artması ve yaşlılık gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları giderek artmakta bu da maliyetlerin giderek artmasına neden olmaktadır. Maliyetlerin artmasıyla birlikte de sağlıkta ödeme yöntemleri daha önemli hale gelmektedir.

Sağlık sektöründe yapılacak olan geri ödemelerin, sağlık hizmeti verilirken katlanılan giderleri karşılayabilecek ölçüde olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hizmetin kalitesinin artırılabilmesi için, yapılan ödemelerin araştırma ve geliştirme çalışmalara imkân tanıyacak şekilde yapılması gerekmektedir. Sağlık kurumlarına yapılacak ödemelerde, tedavilerin fiyatlandırılması konusunda dengesizlik yaratacak farkların oluşmamasına da dikkat edilmelidir. Bu sebeple bir ülkede sağlık kurumlarına ve sağlık profesyonellerine yapılacak olan ödemelerde kullanılacak yöntemi belirlerken, kurumun sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlendiği ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir (Sur, 2007).

Sağlık kurumlarına yapılacak olan ödeme yönteminin belirlenmesini etkileyen temel faktörler ise şunlardır (Top ve Tarcan, 2007:171);

- Sağlık hizmeti sunan kurumlar,
- Sağlık çalışanları,
- Hastalar,
- Ödeme yapan kurumlar (sigortalar).

Sağlık kurumlarına ya da profesyonellerine yapılan ödemeler verilen hizmetin zamanına göre ileriye ve geriye dönük olarak gerçekleşirken, verilen hizmetin miktarına göre, sabit ve değişken olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir.

**İleriye Dönük Ödeme Yöntemi:** Sağlık kurumlarına ve sağlık profesyonellerine, hastalara sağlık hizmeti vermeden önce ödemenin gerçekleştirilmesidir. Ödenecek tutar en baştan belirlendiği için de verilen hizmetin miktarını artırmak veya azaltmak, yapılacak olan ödemeyi etkilemez. İleriye dönük ödemeler, günlük ödeme, TİG ve global bütçe ödemesi gibi farklı ödeme sistemleri ile uygulanmaktadır (Hsiao ve

Dunn, 1987:212). Bunun yanı sıra uygulamada ise daha çok vaka başına ödeme ve bütçe ödemesi yönteminde kullanılmaktadır (Dewar, 2010: 36).

**Geriye Dönük Ödeme Yöntemi:** Hastanelere ve sağlık profesyonellerine hastalar hizmet aldıktan sonra yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler hizmet verildikten sonra belirlenmektedir. Geriye dönük ödemeler daha çok maaş yöntemiyle karşımıza çıkmaktadır.

**Sabit Ödemeler:** Verilen hizmetin miktarında meydana gelen artış veya azalışlara bağlı olarak artıp azalmayan ödemelerdir.

**Değişken Ödemeler:** Verilen hizmet miktarına göre değişen, artış ve azalışlara bağlı olarak artıp azalan ödemelerdir. Yani yapılan ödemeler verilen hizmetler arttıkça veya azaldıkça ödenen miktar değişmediğinde “sabit”, verilen hizmet miktarının değişimi ödeme miktarında da bir değişime neden olduğunda ise “değişken” olarak nitelendirilmektedir (Jegers vd., 2002: 257).

## **KURUMSAL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ÖDEME YÖNTEMLERİ**

Kurumsal hizmet sunucularına yapılan ödemeler; özel ve sosyal sigortalar, devlet ya da diğer üçüncü taraflardan, kurumsal sağlık hizmet sunucularına (hastaneler, poliklinikler, sağlık merkezleri ve görüntüleme merkezleri) yapılan kaynak tahsisi olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de sağlık kurumlarına yapılan kaynak tahsisleri genellikle genel bütçe yöntemi ve diğer karma ödemeler çerçevesinde gerçekleştirilmektedir (Yıldırım, 2013: 67). Sağlık kurumlarına yapılan ödemeler; ödeme kapsamı, sağlık profesyonellerinin katılımı ve hastaların katılımı gibi faktörlere göre değişkenlik gösterebilmektedir (Stokes vd., 2018: 965).

### **Bütçe Ödemesi Yöntemi**

**Genel Bütçe:** Bir yıl içinde sağlık kurumunun verdiği hizmetler sonucunda oluşan maliyetlerin toplam miktarının önceden tahmin edilip sağlık kurumlarına aktarılmasını içermektedir. Genel bütçelemeye kurumun tüm geliri, devletin genel bütçeden aktardığı kaynaklardan oluşmaktadır.

GSS Kanununa göre Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), kamu hastanelerince verilecek olan sağlık hizmetlerini global bütçe ödemeleri üzerinden sağlamaya yetkilidir. Kamu hastanelerinde hizmet sunanlar, sözleşmede belirtilen global bütçe karşılığında bakmak zorunda olduğu ve genel sağlık



sigortası kapsamındaki kişilere sözleşmede belirlenen tüm sağlık hizmetlerini sunmak zorundadır (Yıldırım vd., 2013:109). Türkiye’de 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı hastanelerin tamamında ve 2015 yılından itibaren ise çok sayıda üniversite hastanelerinde bu ödeme yöntemi uygulanmaktadır (Yiğit, 2016: 755; Şimşir, 2018: 85). Global bütçenin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Berenson ve ark., 2016: 33-34):

**Avantajları:**

- Global bütçeleme yöntemi sağlık kurumlarının verimliliğini ve etkinliğini artırmak ve vaka sayısını, sunulan tedavi işlemlerini ve hastaya verilen tedavi hizmetlerini azaltmak için özendiriciler sağlamaktadır.
- Harcama kalemlerine göre bütçeleme sisteminin aksine, hastanelerin hizmetleri daha verimli ve etkili sunmalarını sağlamaktadır.

**Dezavantajları:**

- Global bütçeler, hastaneler arasında gerçekleşen yarışını yani rekabeti teşvik etmemektedirler.
- Kapsamındaki sağlık kurumlarının maliyetlerini düşürmeye yönelik sergiledikleri yaklaşım, hem erişimi hem de kaliteyi olumsuz etkileyebilmektedir.

**Harcama Kalemlerine Göre Bütçe:** Bu bütçelerde hastane bütçesi belirli harcama kalemlerine göre belirlenmektedir. Sağlık kurumlarındaki idareciler üst yönetimin izni olmaksızın harcama kalemlerinin arasında para değişimi ve aktarımı yapamamaktadır.

**Avantajları:**

- Finansman birimine, oluşan girdi maliyetlerini belirleme ve denetleme imkânı vermektedir
- Sürekli istihdam konusunda güvence sağlayabileceği için etkili bir ödeme yöntemidir.

**Dezavantajları:**

- Girdilerin maliyetlerinde yapılacak hiçbir değişiklik onaylanmamaktadır.
- Sağlık çalışanlarına hareket ve tutumlarını ya da tedavi de uyguladıkları yöntemlerini iyileştirmek için herhangi bir özendiricide bulunmamaktadır.

- Bütçenin hepsinin harcanması gibi kötü yönde özendiriciler sağlamaktadır çünkü genellikle bütçenin fazlasını gelecek dönemlere aktarma olanağı bulunmamaktadır (Dredge, 2004: 12).

Hastanelerde hizmet veren sağlık personeli ve sağlık yöneticilerinin bütçe döneminde, harcama kalemlerindeki bütçe kaynaklarının tümünü harcama yoluna gitmesinin sebebi, bütçede artan kaynakların her ne amaç için olursa olsun sadece belirlenen amaç için harcanmasıdır. Yıl sonunda bütçe kalemlerindeki artışlar ihtiyaca dönükte olsa gelecek dönemlere aktarılamamaktadır ( Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152 ).

### **Hizmet Başına Ödeme Yöntemi**

Hastaya konulan tüm tanı ve teşhisler, yapılan tedavi ve ilaç gibi her bir hizmet kaleminin tutarının ödenmesine dayanan bir yöntemdir (WHO 1993: 37). Sağlık kurumuna, sağlık çalışanları tarafından hastalara sunulan tedavi, kullanılan malzeme ve yapılan her test başına ödeme gerçekleşmektedir (Normand ve Weber,1994: 60). Bu da özellikle tedavisi karmaşık ve yüksek maliyetli olan hastalıkların teşhis ve tedavisinde, doktorların maliyet baskısı altında olmadan hizmet vermesini sağlamaktadır (Gökalp, 2018: 48).

Sunulan her bir hizmet kalemine göre önceden belirlenmiş bir tutar bulunmaktadır. Hizmet sunan sağlık kurumlarının verdikleri hizmetler bu belirlenmiş fiyatlara bağlı olarak faturalanmakta ve sağlık kurumlarına geri ödemedede bulunan kurum, hizmet sunucularının verdikleri bu faturaları dikkate almaktadır (Akyürek, 2012). Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

#### **Avantajları:**

- Sağlık hizmeti sunan kurumlar, sağlık bakım hizmetlerinin hem kalitesini hem de üretimini artırmak amacıyla güçlü teşviklere sahip olmaktadır.
- Karmaşık ve yoğun bakım hizmetlerine ihtiyacı bulunan kişilerin gerekli tedavi hizmetlerinden yoksun bırakılmaları söz konusu değildir.

#### **Dezavantajları:**

- Sağlık bakım hizmetlerinin gereksiz üretilmesine, kullanılmasına ve aşırı hizmet sunulmasına neden olabilmektedir.

- Sağlık kurumları açısından bakım maliyetlerinin hızla artmasına neden olmaktadır.
- Hizmet başına ödeme alındığından tedavi hizmetleri ön plana çıkarken koruyucu sağlık hizmetleri arka plana atılmaktadır.

### **Kişi Başına Ödeme Yöntemi**

Bu ödeme sisteminde, önceden belirlenmiş olan hizmet paketindeki sağlık hizmeti maliyetlerinin finanse edilmesi amacıyla sağlık kurumlarına, kapsamındaki her bir birey için belli bir süreyi kapsayan sabit tutarda ödeme yapılmaktadır (Chawla vd., 1997: 10).

Geri ödemede bulunan üçüncü tarafla sağlık kurumu arasındaki anlaşmaya göre, belirli sayıda hastanın belirli bir dönem için sağlık kurumundaki hizmetleri kullansın ya da kullanmasın, hastanede verilebilecek tüm tedavi maliyetlerini karşılamak amacıyla kişi başına ödeme yapılmasını kapsamaktadır (Karacaoğlan, 2009: 12). Hastalara daha fazla hizmet verilmesi yapılan ödemeyi artırmaz veya daha az hizmet verilmesi yapılan ödemeyi azaltmamaktadır (Casto ve Layman, 2006: 7). Yapılan ödemeler genellikle yaş, cinsiyet ve kalıtım gibi sağlık hizmetlerine olan gereksinimleri etkileyen birtakım özelliklere göre belirlenmekte ve çoğunlukla ileriye dönük olarak ödenmektedir (Brick ve ark., 2010: 52). Genellikle aile hekimliği gibi yürütülen hizmetlerin ödemesinde çokça kullanılan bir ödeme yöntemidir (Öztürk, 2015: 44).

#### **Avantajları:**

- Alınan sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapan kişiler açısından hiçbir belirsizlik söz konusu olmamaktadır. Hizmet sunucuları nasıl bir hasta grubuna sahip olacağını bilirken, sigorta kurumları ise sunulan hizmetin bakım ve tedavi giderlerinin ne olacağını kesin olarak bilmektedir.
- Kişi başına ödeme mekanizması sağlık hizmetleri maliyetlerinin düşürülmesi için etkili bir yöntem olmaktadır.

#### **Dezavantajları:**

- Sağlık hizmeti sunan kurumların kişi başına ödemeyi kullanabilmesi için verilen sağlık hizmeti ve oluşan maliyetlerle ilgili ayrıntılı veriye ihtiyaç duymaktadır.

- Eğer sağlık hizmeti sunan kuruma yapılan ödeme miktarı çok az ise, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüşler meydana gelebilmektedir.

### **Vaka Başına Ödeme Yöntemi**

Tedavi edilen her bir vaka için önceden belirlenen miktarlara bağlı kalarak sağlık kuruluşlarına ödeme yapılmasını kapsamaktadır. Yöntemde aynı tedavi süreçlerini içeren veya aynı miktarda kaynak kullanımını gerektiren belirli hastalık (vaka) grupları belirlenmekte ve bu gruplara göre ödemelerde bulunmaktadır. Vaka başına ödeme yöntemi vaka gruplarına göre yapılacaksa, vakalar arasındaki aynı özelliklerin belirlenmesi gerekmektedir. Gruplandırma sürecinde bulunan bu değişkenler ise: ana tanı, ameliyathane prosedürleri, hastanın cinsiyeti, yaşı ve kilosu gibi değişkenlerdir (Telyukov, 2001: 6)

Bu ödeme sistemi, sağlık kurumlarına yapılan ödemelerin denetlenmesini kolaylaştırmaktadır. Buna karşı hastaların daha erken taburcu edilmesini, bazen de hastaların tam iyileşmeden taburcu edilmesini teşvik edebilmektedir (Karacaoğlan, 2009: 12).Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

#### **Avantajları:**

- Sağlık hizmet sunumu sırasında katlanılan birçok faktörü göz önüne aldığı için daha adil bir sistemdir.
- Sağlık hizmetleri maliyetlerinin azaltılması için teşvik edici bir yöntemdir.

#### **Dezavantajları:**

- Sağlık sunucularının, tedavi açısından hizmet sunum maliyeti daha az olan vaka gruplarına öncelik vermesine sebep olabilmektedir.
- Vaka başına verilen hizmetin maliyetini düşürmek amacıyla sunulan hizmet kalitesinden ödün verilmesine neden olabilmektedir.

### **Günlük Ödemeler Yöntemi**

Hastalara hem yatarak hem de ayakta verilen tedavi hizmetleri için sağlık hizmet sunucularına belirli bir oranda, bir gün başına ödeme yapılan yöntemdir. Hastaya verilen bir günlük hizmetin tümünü kapsamaktadır (Pamukçu, 2014: 64). Bu yöntem daha çok, hastalarını uzun süre tedavi eden hastaneler

ve bakım evleri gibi hizmet sağlayıcılara ödeme yapmak için kullanılmaktadır. Günlük ödemeler hastaya verilen tedavi, ilaç ve konaklama gibi unsurlara ilişkin harcamaları, kısaca hastaya verilen gün içindeki tüm hizmetleri kapsamaktadır (Normand ve Weber, 2009:92; Tengilimoğlu vd., 2015: 309).

Avantajları:

- Hastaların, hizmet aldıkları sağlık kurumlarından iyileşmeden önce taburcu olmasını engellemekte böylece sağlık hizmetlerinin kalitesi artmaktadır( Yıldırım vd., 2013: 111)
- Günlük ödeme yöntemi, hem yönetim maliyeti çok düşük hem de uygulanması oldukça kolay bir yöntemdir (Şengül ve Bulut, 2019: 200).

Dezavantajları (Yıldırım vd., 2013):

- Sağlık hizmeti sunan kurumda yüksek doluluk oranlarına aynı zamanda da hastaların gereğinden çok daha fazla hastanede kalmasına neden olmaktadır.
- Sağlık kurumuna ödemede bulunan sigorta kurumlarının sağlık kurumlarındaki gereksiz yatış sürelerini kontrol etmek ve denetlemek amacıyla etkili kontrol mekanizmaları oluşturmalarını gerekli kılmaktadır.
- Sağlık kurumları, tedavi ve bakım maliyetlerini düşürmek için sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşmelere neden olmaktadır.

### **Düz Oranda Ödeme Yöntemi**

Sigorta kurumlarının, sağlık hizmeti sunan kurumlara hem yatırım hem de kuruluş ihtiyaçlarında kullanmaları amacıyla yaptıkları ödemelerdir. Bu ödeme sisteminde, kurumlara belirli makine, malzeme, teçhizat ve ekipman alımlarını sağlamaları amacı ile sabit bir miktarda bütçe ödemesi tahsis edilmektedir. Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Sağlık kurumları, yaptıkları giderleri azaltmak ve gelirlerini artırmak, böylece elde para bulundurarak farklı alanlara yatırım yapabilmek amacıyla satın almaya karar verirken daha hesaplı davranma çabasına girmektedirler.

- Maliyeti çok yüksek olan ekipman, malzeme ve teknolojiyi kullanmak zorunda olmayan sağlık kurumlarının, gereksinim duydukları ekipman ve malzemeleri düz oranda ödeme yöntemiyle sağlaması hem basit hem de uygulanması kolay olmaktadır.

Dezavantajları:

- Maliyeti yüksek olan teknoloji, ekipman ve malzemeleri kullanması gereken sağlık kurumları açısından bu maliyetleri finanse etmek çok zor olmaktadır.
- Sağlık hizmeti sunan bazı kurumlar ihtiyacı olmadığı halde pahalı malzeme ve ekipmanları kullanmak isteyebilirler. Böyle bir durumda tedavi ve bakım giderlerinin gereksiz olarak artmasına sebep olmaktadır.

## **BİREYSEL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ÖDEME YÖNTEMLERİ**

Bireysel sağlık hizmeti sunucuları, herhangi bir sağlık kurumunda ücret karşılığında sağlık hizmeti verenler ile kendi adına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşmaktadır. Doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını kapsamaktadır (Karacaoğlan, 2009: 12).

### **Maaş Yöntemi**

Sağlık hizmet sunucularının belirli bir süre (genellikle bir aylık olmak üzere) çalışmalarının karşılığı olarak aldıkları sabit ve geriye dönük ücretlerdir. Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Chawla vd., 1997):

Avantajları:

- Ödenecek ücret ileriye dönük olarak ödeneğinden ve sabit olduğundan, doktorların herhangi bir hastayı reddetmesi için bir neden yoktur bu yüzden tüm hastalar kabul edilmektedir.
- Hastaya sadece gerekli olan sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu ödeme sisteminde aşırı hizmet sunumu ve gereksiz müdahaleler söz konusu olmamaktadır.

Dezavantajları:

- Doktorlar, hastaya verdikleri hizmetlerin sayısını azaltma ve sağlık kurumunun maliyetlerini düşürme açısından herhangi bir çaba göstermemektedirler. Doktorların, hizmet bakım kalitesi ya

da hasta memnuniyeti açısından herhangi bir özen göstermeleri amacıyla hiçbir maddi teşvik bulunmamaktadır.

- Sağlık bakımına ulaşım, doktorun çalışma zamanına bağlı olarak belirli bir zamanla sınırlı olmaktadır.

### **Prim Ödemesi Yöntemi**

Kuruluşlarda insan unsuru son derece önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda insan kaynağı unsuru mutlu olduğu zaman kurumsal başarı da beraberinde gelmektedir (Demirkıran, v.d., 2013). Prim ödemeleri hizmet sunan kişileri teşvik etmek için yapılan ilave ödemelerdir. Önceden belirlenmiş amaçlara ulaşılması halinde ödeme yapılmasını kapsamaktadır. Prim ödemeleri genellikle koruyucu sağlık hizmetleri için geliştirilen hedeflere yönelik gerçekleştirilmektedir (Normand ve Weber 19940: 69). Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Hükümetin belirlediği sağlık hizmetleriyle ilgili bazı politika hedeflerine ulaşılması ve belirlenen bu hedeflerin yaygınlaştırılmasına yönelik çok önemli etkileri bulunmaktadır.
- Kurumun hizmet maliyetlerinin ve gereksiz girdi miktarlarının azaltılmasını teşvik etmektedir.

Dezavantajları:

- Belirlenmiş olan sağlık politikası hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığının kontrol edilmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlayacak etkili denetim mekanizmalarının kullanılmaması halinde bazı kötü kullanımlara neden olmaktadır.
- Sağlık profesyonellerinin bakım ve tedavi giderlerini azaltarak çok daha fazla prim elde edebilmek için sağlık hizmeti alıcılarının ihtiyacını karşılamayacak, ucuz ve etkisi olmayan ilaçları, tedavi yöntemlerini ve malzemeleri hastaya önerebilmekte, sunulan hizmetin miktarını oldukça azaltma yoluna gidebilmektedir.

### **Vaka Başına Ödeme Yöntemi**

Sağlık profesyonelleri tarafından tedavi verilen her bir vaka başına yapılan ileriye dönük bir ödeme yöntemidir. Hekimler tedavide bulunduğu her bir vaka türüne göre ödeme almaktadırlar. Vaka başı

ödeme sistemi sağlık kurumlarının hizmetlerinin verimliliklerini yükseltirken, hastaların erken taburcu edilmesine neden olur ve test ve tahlillerin yetersiz kullanımı sebebiyle de kaliteyi düşürmektedir (SB, 2009: 207).

Vaka başına ödeme mekanizmasının en spesifik örneği TİG ödeme yöntemidir. TİG yönteminin mantığına göre kuruma gelen her hasta benzersizdir (Arik ve İleri, 2016: 47). Yöntem, vakalarla ilgili klinik verilerin toplanmasını sağlamakta ve hastanenin verimliliğinin özendirilmesini amaçlamaktadır (Şencan vd., 2013: 1). Aynı zamanda sağlık kurumundaki kıt kaynakların kuruma başvuran vakaların tür ve şiddetine göre eşit ve adil bir biçimde dağıtılmasını sağlamaktadır (Avcil vd., 2014:25). TİG yönteminin ilk gelişmiş uygulaması Amerika’da denenmiş ve hastaneler sisteme 1983 yılından itibaren dahil edilmişlerdir (Yorulmaz ve Uysal, 2019).

Tedavi maliyetlerini kontrol etmek için önemli olan TİG ödeme modeli, gereksiz hizmet sunumuna neden olmaktadır. Aynı zamanda hekimlerin daha ciddi ve bu nedenle daha pahalı vaka gruplarını tercih edip, daha kompleks, teşhis ve tedavi gerektiren ve tedavisi daha ucuz olan hizmet alıcılarını başka yerlere nakletmeleri de mümkün olmaktadır (DSÖ, 2004).

TİG, hem klinik profil hem de ihtiyacı olan kaynaklar açısından benzer olan hizmet alıcılarını kategorize etmektedir. Hastalıklar konulan tanılara yönelik sınıflandırıldıktan sonra her vaka kategorisinin maliyeti ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Yapılan bu hesaplamalarda prosedürler ve yatış günleri gibi değişik ölçütler de kullanılmaktadır (Özkan ve Ağırbaş, 2016: 25). Bu ölçümler hem genel giderlerin direkt giderlere hem de direkt giderlerin TİG’lere dağılımı olmak üzere iki aşamalı bir süreç gözetilerek yapılmaktadır (Aydın vd., 2013:75).

TİG’ler aynı zamanda, hastanelerin tedavi süreçlerinde birbirlerine göre niçin daha fazla kaynağa gereksinimleri olduğunu tespit etmek, hastanelerin sağlık tedavi hizmetlerinin finansmanını sağlamak, hastalara aynı hizmeti veren sağlık kurumları arasındaki farklılıkları bulmak amacıyla benzer özelliklere sahip hastanelere ait vakaların özetini oluşturan bir yöntemdir (Forgia ve Couttolenc, 2008: 159). Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Yıldırım vd., 2013):



**Avantajları:**

- Sağlık profesyonellerinin hastalara daha fazla işlem yapma aynı zamanda da taburcu edilmesi gereken hastayı tabucu etmeme yani hastanın yatış süresini gereksiz uzatmaya yönelik eğilimini yok etmektedir.

**Dezavantajları:**

- Sağlık profesyonelleri, hizmet alan hastada bulunmayan vakayla ilgili fatura gönderme ve hastaları gerçekte hastanın ait olduğu tanı grubunda sınıflamak yerine fiyatı daha yüksek diğer tanı gruplarında sınıflama gibi yollara başvurabilmektedir.
- Vaka başına oluşan maliyetleri azaltmak amacıyla sağlık hizmetinin kalitesinden ödün verilmesine neden olmaktadır.

### **Kişi Başına Ödeme Yöntemi**

Bireysel sağlık hizmet sunucularına, sağlık hizmeti verdiği her bir kişi başına yapılan ödeme sistemidir. Bu ödemeler genellikle belli bir zamana bağlı olarak belirlenir ve yapılan ödemeler hizmet verilen kişi sayısına bağlı olmaktadır (Hacettepe Üniversitesi, 2006).

Bu ödeme yöntemi daha çok aile hekimliği vb. uygulamalarda kullanılmaktadır. Aile hekimi, kapsamı önceden belirlenmiş ve vermeyi kabul ettiği hizmetleri, listesindeki kayıtlı tüm hastalara sunsa da sunmasa da karşılığında sabit bir ücret almaktadır (Tengilimoğlu vd. 2015: 310). Ancak hastanın kabulü, hastanın yatış süresi ve kaynak kullanımı gibi tüm risk faktörlerini de üstlerine almaktadırlar (Bodenheimer ve Grumbach, 2016: 40). Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

**Avantajları:**

- Hastalar aldıkları hizmetlerin çoğunu aynı hekimden almakta bu da sunulan hizmetlerin devamlılık göstermesini sağlamakta böylece hasta-hekim ilişkisi de kuvvetlenmektedir.
- Hastalar yalnızca gerekli olan sağlık hizmetlerini aldığı için gereksiz ve aşırı hizmetin üretilmesi durumu söz konusu olmamaktadır.
- Tedavi edici hizmetlerin arka plana atılıp koruyucu hizmetlerin öncelik verildiği bir sistemdir.

#### Dezavantajları:

- Sağlık profesyonelleri, risk seçimi yoluna giderek yalnızca daha az sağlık sorunu olan veya tedavi maliyetleri daha az olan hastalara hizmet vermeyi seçebilmektedir. Böylece tedavi maliyetleri yüksek olan ve hastalık şiddeti yüksek olanlar açısından sağlık hizmetlerine ulaşımında sorunlar çıkabilmektedir.
- Sağlık hizmet sunucuları verdikleri hizmetlerin hem miktarını hem de kalitesini düşürerek oluşan giderleri en aza indirebilmektedirler. Bu da hastalar açısından hem daha az hem de daha kalitesiz sağlık hizmeti almak anlamına gelmektedir.
- Hastalara sunulan bakım ve tedavi hizmetlerini azaltmak amacıyla hastaların diğer hizmet basamaklarına sevk edilmesine neden olmaktadır.

#### **Hizmet Başına Ödeme Yöntemi**

Bu ödeme sisteminde sağlık çalışanları, önceden belirlenmiş olan fiyatlar üzerinden, verdikleri hizmetler karşılığında fatura düzenler daha sonra bu faturalar doğrultusunda sigorta kurumlarınca ödemeler gerçekleştirilmektedir (Harrington, 2016: 46; Akyürek, 2012).

Bu yöntemde sağlık profesyonelleri sağlık bakımının hem kalitesini hem de verimliliğini artırmak için güçlü özendiricilere sahiptir (Chawla vd., 1997:17; Pan American Health Organization, 1999:16). Buna karşılık kaliteyi artırmak, koruyucu hizmetleri ön plana çıkarmak veya hasta eğitimi gibi karı artırmayan sağlık hizmetlerini sunmak için herhangi bir özendirici sağlamamaktadır (Steinbrook, 2009; Jegers vd., 2002). Hizmet başına ödemelerin; kaliteli hizmet bakımını sağlaması, aşırı hizmet kullanımını önlenmesi ve ödemeleri avantajlı hale getirmesi yalnızca oluşturulacak hizmetlerin fiyat listesinin çok iyi bir şekilde hazırlanmasıyla mümkün olmaktadır (Benli, 2011: 12). Bireysel olarak kişilerin cepten yaptığı ödemeler, hizmet başına yapılan ödemelere örnek olarak verilebilmektedir (Özgen ve Tatar, 2008: 104).Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

#### Avantajları:

- Hizmet alıcılar en uygun düzeyde ve kaliteli hizmetten faydalanabilmekte aynı zamanda hastaların hizmete erişimi olumlu yönde etkilenmektedir.

- Sağlık hizmetinin üretimini ve kalitesini artırmak amacıyla hekimlere yönelik olumlu teşvik ediciler bulunmaktadır.

Dezavantajları:

- Verilen sağlık hizmetlerinin gereğinden çok daha fazla üretilmesi, sunulması ve hastaların gereksiz tedavi ve işlemlere maruz kalmasına sebep olabilir. Bu da sağlık hizmeti harcamalarının kısa sürede artmasına neden olup verilen hizmetin hem kalitesini hem de maliyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
- Maliyetlerin önceden tahmin edilememesi ve belirsizlik altında oluşması, ödemeyi yapan kişiyi finansal açıdan riske sokmaktadır.
- Bu yöntem, maliyetli hizmetlerin ödüllendirilmesine ve sağlık bakımının devamlılık göstermediği alanlara katkı yapılmasına neden olmaktadır (Keckley vd., 2011: 1).

Ayrıca bu dezavantajlar, tedavi harcamalarını azaltmak için yapılacak olan değişikliklerin önünde de bir engel sayılmaktadır (Miller, 2014: 59).

## **SONUÇ**

Sağlık sunucularına, sundukları hizmetlerin bir karşılığı olarak yapılan ödemeler, sağlık sigortalarının çeşitli geri ödeme sistemleriyle gerçekleştirilmektedir. Bu ödeme modelleri ülkelerin sosyo-kültürel, siyasal ve ekonomik koşulları gibi çeşitli koşullarına göre belirlenmekte olup ülkeler bu çeşitli ödeme sistemlerini tek başına veya bir arada kullanabilmektedir (Aydemir ve Ağırbaş, 2017: 64). Sağlık hizmetlerinde uygulanmakta olan geri ödeme yöntemlerinin temelinde, sürekli artan sağlık harcama maliyetlerinin düzenli olarak denetlenmesi ve sistemin finansal yönden devamlılığının sağlanması amacı yatmaktadır (Arık ve İleri, 2016: 89).

Sağlık işletmelerinde ödeme modelleri sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini ve sağlık kurumlarının finansman yönetimini önemli ölçüde etkilemektedir.(Yıldız, 2008:105) Sağlık hizmetlerinde kullanılan her bir ödeme yöntemi sağlık hizmetinin verimliliğinde ve hizmetlerin maliyet-etkin bir şekilde sunulmasında farklı etkilere sahiptir (Kocakanat, 2018: 79).

Ülkemizde sağlık sunucularına yapılan geri ödemelerde birden fazla ödeme yöntemi (vaka başına, kişi başına ve maaş yöntemi gibi) bir arada kullanılmaktadır. Bunun sebebi ise her yöntemin farklı avantaj ve dezavantajının bulunmasıdır. Böylece Türkiye’de yöntemlerin avantajlarından yararlanmak için birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı söylenebilmektedir (Şantaş ve Çıraklı, 2019: 18).

## **KAYNAKLAR**

Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2(2), 124- 153.

Arık, Ö. İleri, Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG). SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(2), 45-50.

Arık, Ö. İleri, Y. (2016). Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe. GÜSBD, 5(4): 78-92.

Avcil, M., Beylik, U., Doluküp, İ. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar: KOAH Vakaları Üzerine Karşılaştırma. SGD, 7(1): 21-42.

Aydemir, İ., Ağırbaş, İ., (2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20(1): 49-67.

Aydın, S., Yiğit, P., Demir, M., ve Güler, H. (2013). Tanı İlişkili Gruplama Verileri Çerçevesinde Türkiye’de Ürogenital Kansere Bakış. Yeni Üroloji Dergisi, 8(2), 72-78.

Berenson, R.A., Upadhyay, D. K., Delbanco, S.F. ve Murray, R. (2016). Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. Washington DC: Urban Institute.

Bodenheimer, T., ve Grumbach, K. (2016). Understanding Health Policy: A Clinical Approach. McGraw-Hill Education, United States of America (7). ABD. McGraw-Hill.

Brick, A., Nolan, A., O’reilly, J., Smith, S. (2010). Resource Allocation, Financing and Sustainability in Health Care: Evidence for the Expert Group on Resource Allocation and Financing in the Health Sector. The Economic and Social Research Institute, Dublin.

Casto, A. B., Layman, E. (2006). Principles of healthcare reimbursement. American Health Information Management Association, Chicago.

Chawla, M., W. Berman, Adam, M., Peter, K. (1997). "Paying the Doctors: Review of Different Methods", Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project, Boston.

Demirkıran M., Yardan E. D. ve Yorulmaz M. (2013) İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılamalarının İletişim Doyumlarına Olan Etkisi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 5(2): 322-334.

Dredge, R. (2004). Hospital Global Budgeting. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC.

DSÖ. (2004). Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period. Geneva: World Health Organization.

Gökçalp, Y. (2018). Sağlık Kurumlarında Geri Ödeme Sistemleri; Paket Fiyat Uygulaması Kapsamındaki Ameliyat Maliyetlerinin Sut Fiyatları İle Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Hacettepe Üniversitesi. (2006). Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi Rapor (D.B.7.1): Ulusal DRG'ye Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması.

Harrington, M. K. (2016). Health Care Finance and the Mechanics of Insurance and Reimbursement. Jones and Bartlett Learning, United States of America.

Hsiao, W.C., Dunn, D.L. (1987). The Impact of DRG Payment on New Jersey Hospitals. Inquiry, 212-220.

Jegers, M., Kesteloot, K. Graeve, D., Gilles, W. (2002). A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. Health Policy, 60(3), 255-273.

Karacaoğlan, N. (2009). 'Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar', SD Dergi (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu), sayı 12, s.16-21.

Keckley, P., S. Coughlin ve S. Gupta (2011). Value-Based Purchasing: A Strategic Overview for Health Care Industry Stakeholders. Deloitte Center for Health Solutions.

Kocakanat, İ. (2018). Sağlık Kuruluşlarında Ödeme Yöntemleri ve İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

La Forgia, G. M., Couttolenc, B. (2008). Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence. World Bank Publications.

Langenbrunner, J. Wiley, C., Miriam, M. (2002). “Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries” Hospital in a Changing Europe, Open University Press, Buchingham, s. 150-176.

Maceira, D. (1998). “Provider Payment Mechanisms In Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries” Partnership For Health Reform, Major Applied Research 2, Working Paper 2 – August.

Miller, H.D. (2014). Measuring and Assigning Accountability for Healthcare Spending, Center for Healthcare Quality and Payment Reform.

Normand, C., Weber, A. (1994). Social Health Insurance: A Guidebook For Planning. WHO and ILO.

Normand, C., Weber, A. (2009). Social Health Insurance: a Guidebook for Planning. World Health Organization Geneva.

Özgen, H., Tatar, M. (2008). “Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11 (1): 103-132.

Özkan, O., Ağırbaş İ. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Modelleri: Teşhis İlişkili Gruplar ve Vaka Karması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 69(1), 21-27.

Öztürk, F. (2015). Sağlık Kuruluşlarında Geri Ödeme Yöntemleri ve Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Uygulanan Laparoskopik Ameliyatların Hizmet Maliyetlerinin Belirlenerek Sut Fiyatıyla

Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Pamukçu, D. (2014). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Sağlık Hizmeti Finansmanı Sağlanan Hastanelerin Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunları Algılama Biçimleri (İstanbul İlinde Bir Uygulama). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Pan American Health Organization Final Report; “Regional Forum On Provider Payment Mechanisms.”

Pan American Health Organization,.LAC HSR Health Sector Reform Initiative. March, 1999.

Quinn, K. (2015). The 8 Basic Payment Methods in Health Care. *Annals of Internal Medicine* 2015; 163: 300-306.

Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Steinbrook, R. (2009). The end of fee-for-service medicine? Proposals for payment reform in Massachusetts. *New England Journal of Medicine*, 361(11): 1036-1038.

Stokes, J., Struckmann, V., Kristensen S.R., Fuchs, S., Ginneken, E., Tsiachristas, A., Rutten van Mölken, M., Sutton, M. (2018). Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care. *Health Policy* 122(9): 963-969.

Sur, H. (2007). Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. Sayı: 3.

Şantaş F., Çıraklı Ü., (2019), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman ve Geri Ödenme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum”, *Usaysad Dergisi*, 2019; 5(1 ): 12 -20

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/705133>

Şencan, İ., Şeker, M., Demir, M., (2013). Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları.

Şengül, H. Bulut, A. (2019). “ Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları ve Teşhis İle İlişkili Gruplar” Estüdam Halk Sağlığı Dergisi 2019;4(2):196-209.

Şimşir, İ. (2018). Geri Ödeme Mekanizmalarının Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi (Bir Sistem Önerisi), Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Doktora Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Telyukov, A. (2001).” Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America”, Latin America Countries Research Health Sector Reform Initiative.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Top, M., Tarcan, M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(1):169-189.

WHO; “Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.” A Report of a WHO Study Group, World Health Organization, Geneva, 1993.

Yıldırım, H.H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu.

Yıldırım, H.H., Yıldırım T., Akbulut, Y. (2013). "Sağlık Sigortacılığı", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 2527.

Yıldız, G. (2008). Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunucularından Hastanelere Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunların Algılanma Biçimleri: Ankara İli Uygulaması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.

Yiğit, V. ( 2016). Hastanelerde Ayaktan Vaka Başlı Ödeme Modeli: Poliklinik Maliyetleri İle Geri Ödeme Fiyatlarının Karşılaştırılması, BJSS Balkan Journal Of Social Sciences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi International Congress Of Management Economy And Policy.

Yorulmaz M., Uysal, B. (2019). Mehmet Yorulmaz A Comparison of Public Health Insurance: TheCase of Turkey and the United States ofAmerica. Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften Berlin 2019. E-ISBN 978-3-631-78869-1 (E-PDF).



Yorulmaz, M. (2019). An Overview Of The Health Spending In Turkey Between The Years 2002-2017. Economics and Politics. Academician Publishing House Inc. ISBN: 978-605-258-346-3.

Araştırma Türü: Derleme

2020;1(2): 118 – 132

Geliş Tarihi:31.10.2020

Kabul Tarihi: 11.12.2020

## TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Şule SEVİNÇ<sup>1</sup> Fatma Özlem YILMAZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

### Öz

**Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmada Türkiye’de sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin sunumunda kullanılan sağlık harcamaları ve bu harcamaların finansmanı hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

**Yöntemi:** Bu çalışma bir araştırma makalesidir ve nitel çalışma tekniği olan literatür taraması ile konunun araştırılması, incelenmesi ve değerlendirilmesi yapılmıştır. Kullanılan finansman yöntemlerinin yıllar içindeki değişimlerinden de bahsedilmiş ve analizi yapılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Yapılan literatür incelemesi sonucunda sağlık hizmetlerinde Türkiye’de sağlık harcamalarının büyük bir kısmının kamu tarafından finanse edildiği, diğer ülkelere bakıldığında gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının daha yüksek olduğu, Türkiye’nin ise sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının önceki dönemlerine göre azaldığı tespit edilmiştir.

Dünya’da birçok OECD ülkesinin sağlık hizmetlerinde finansmana ülkemize nazaran daha çok pay ayırdığı, finansman sağladığı bulgularına rastlanmıştır. Ancak Türkiye’nin bu konuda geri kaldığı gözlemlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Harcamaları, Sağlık Finansmanı, Sağlık Hizmetleri

## **HEALTH CARE FINANCING METHODS IN TURKEY**

### **Abstract**

**Purpose of the Study:** In this study, health services and health expenditures in Turkey used in the provision of these services and is intended to provide information about the financing of these expenditures.

**Method:** This study is a research article and the subject has been researched, analyzed and evaluated with the literature review, which is a qualitative study technique. The changes in the financing methods used over the years are also mentioned and analyzed.

**Results and Conclusion:** In the literature examination of the health services of a large portion of health spending in Turkey it is financed by the public, when we look at other countries, developed countries was higher than the share of GDP on health expenditures, of the share in GDP to health spending Turkey was determined that decreased compared to the previous period. It has been found that many OECD countries in the world allocate more shares and provide financing to healthcare services than our country. However, it has been observed that Turkey is lagging behind in this regard.

**Keywords:** Health Expenditures, Healthcare Financing, Health Services

## **GİRİŞ**

İnsanların yaşamlarını refah içerisinde sürdürebilmesi için sağlık oldukça önem arz eden bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında da belirttiği gibi sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Kişinin bu iyilik halini elde edebilmesi ve koruması için de gerek koruyucu gerekse tedavi edici ve rehabilite edici geliştirici sağlık hizmetlerinden faydalanması oldukça normal bir ihtiyaçtır. Bu sağlık hizmetlerinden herkesin eşit bir biçimde hakkaniyete uygun olarak faydalanması gerekmektedir. Sağlığa erişim son derece insani bir haktır. Devletin görevi de bu sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlara sunmak olmalıdır. Bunu yaparken de ulaşılabilirlik, hakkaniyete uygunluk tüm vatandaşların eşit şekilde faydalanabilme durumlarını gözetmeye dikkat etmelidir (Başol & Işık, 2015, s. 2-4). Sağlık hizmetleri, kişisel ve toplumsal açıdan sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalıklar rahatsızlıklar veya yaralanma durumlarında gereken tedavileri yapmak, tam anlamıyla iyileşme söz konusu olana kadar hastanın kendi başına bağımsız şekilde ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde yaşayabilmesini sağlayacak çalışmalarının tamamını kapsar. Temel insan haklarından biri olan sağlık ekonomik ve toplumsal yapıdan bağımsız düşünülemez. Yani kişinin fiziken de zihnen de kendisini huzurlu, ekonomik kaynak açısından yeterli, beslenme ve barınma ihtiyaçlarını karşılama gibi maddeleri içeren bazı koşullar bu açıdan vurgulanmaktadır. Bu koşulların kabul edilmesiyle, toplumsal ve ekonomik koşullar, çevre, kişisel yaşam stili ve sağlık arasında ilişkiler ortaya çıkıyor. Bu yüzden insanların sağlık kaynaklarına erişebilmeleri gerekiyor (Erol & Özdemir, 2019, s. 120).

Sağlık hizmetlerini sunarken en önemli konulardan biri bu hizmetlerin finansmanının sağlanması olacaktır. Çünkü sağlık hizmetlerinin en temel görevlerinden olan sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlık harcamaları oldukça önemlidir. Sağlık harcamaları ile kişilerin yaşam süresi ve kalitesi doğru oranda artmaktadır. Bu yüzden hükümetler sağlık harcamalarına daha çok önem vermektedir (Başol & Işık, 2015, s. 9).

## **TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ**

Sağlık bireyler için ne kadar önemliyse ülkelerin ekonomik gelişmesi ve büyümesi için de oldukça önemlidir. İnsanlar hayatlarını devam ettirebilmeleri ve ekonomik faaliyette bulunabilmeleri adına

sağlıklarını korumak ve bunu sürdürebilmek zorundadırlar. Bunu sağlamak için de belirli harcamalarda bulunmak durumundadırlar. Sağlık harcaması dediğimiz bu harcamalar birey ve toplum için sağlık seviyesini yükselten ekonomik etkileri olan finansman kaynaklarıdır (Ağır & Tıraş, 2018, s. 644). Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık hizmeti sunumu incelendiğinde önceki dönemlerde genellikle vakıflar ve kamu tarafından sağlandığı görülmektedir. O dönemlerde de maddi durumu iyi olan kişiler özel hekim muayenesi olabilmekteydi.

Cumhuriyet'in ilk yıllarında Sağlık Bakanlığı'nın da kurulması ile ülkemizde sağlık hizmetlerinin karşılanması kamusal nitelik kazanmaya başlamıştır fakat ilerleyen zamanlarda sağlık harcamalarının artmasıyla beraber kamuya külfet olmaya başlamıştır. Bu artan maliyetlerin kamu tarafından nasıl kontrol edilip karşılanacağı tartışılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır daha sonrasında sağlıkta reform çalışmaları ve sağlıkta dönüşüm programı ile bu harcamaların kontrol altına alınması için çalışmalar başlamıştır. Bu harcamalar artarken sağlık hizmetinden yararlananlar bu hizmet karşılığında katkı payları ve cepten ödemeler yapmaktaydı bunların yasal hale getirilmesiyle hükümetin maddi külfetini azaltmak amaçlanmıştır.

1980li yıllarda sağlıkta reform çalışmaları ile tüm halkın sağlık hizmetleri kapsamına alınıp eşitsizliklerin giderilmesi için uygulamalar yapılacağı söylenmiştir. Bu çalışmalardan biri de sosyal güvenlik kurumlarının yeniden yapılandırılıp tek çatı altında toplanması olmuştur.

Bu şekilde hizmetin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması, kamunun etkisinin azaltılıp kamu dışı hizmet vericilerin de sektöre girmesi sağlanmak istenmiştir. Devletin de hizmet vermekten ziyade düzenleyici denetleyici konuma getirilmesi amaçlanmıştır.

Sağlık reformları 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla sunulmuştur ve nihayet 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile sosyal güvenlik kuruluşları (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) SGK adıyla tek çatı altında birleştirilmiştir ve 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile de Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur (Erol & Özdemir, 2014, s. 12) 1992 senesinde sosyal güvencesi olmayan ve maddi durumu yetersiz olan vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için çıkartılan "Yeşil Kart" uygulaması da 2010'da SGK'ya aktarıldı.

## SAĞLIK HARCAMALARI

Nüfusun çoğalması ve buna bağlı olarak yaşlı nüfusun da artmasıyla sağlık harcamaları da giderek artmaktadır. Sağlık alanında yapılan yatırımlar da ülkenin ekonomik gelişimine katkı sağlamaktadır(Kamacı & Uğurlu Yazıcı, 2017, s. 55).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre değişen sağlık harcamaları ekonomik kalkınma için en önemli faktörlerden biridir. Bu sebeple gelişmiş ülkelerde diğer ülkelere oranla sağlık harcamaları daha fazladır. Sağlık hizmetleri için yapılan yatırımlar ülkenin ekonomik kalkınmasına yardımcı olur, sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye olan bu olumlu katkısına da ‘‘ sağlığa dayalı büyüme hipotezi’’ denmektedir(Başol & Işık, 2015, s. 9).

Sağlıklı insan sayısı arttıkça üretkenlik de artacağı için sağlık harcamaları ekonomiye katkı sağlamış olacaktır.

Sağlık Harcamaları etkenleri, teknolojinin gelişmesi, eğitim durumu ile beraber sağlık bilincinin artması, kentleşme, artan ortalama yaşam süresi olarak sayılabilir (Albayrak, 2019, s. 18).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen kişi başına düşen milli gelir, okuma-yazma oranı, tasarruf miktarı, gibi göstergeler yanında sağlık göstergeleri de önemli rol oynar (Ay & Talaşlı, 2008, s. 136).

### Sağlık Harcamaları ile ilgili göstergeler

**Tablo 1. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları**

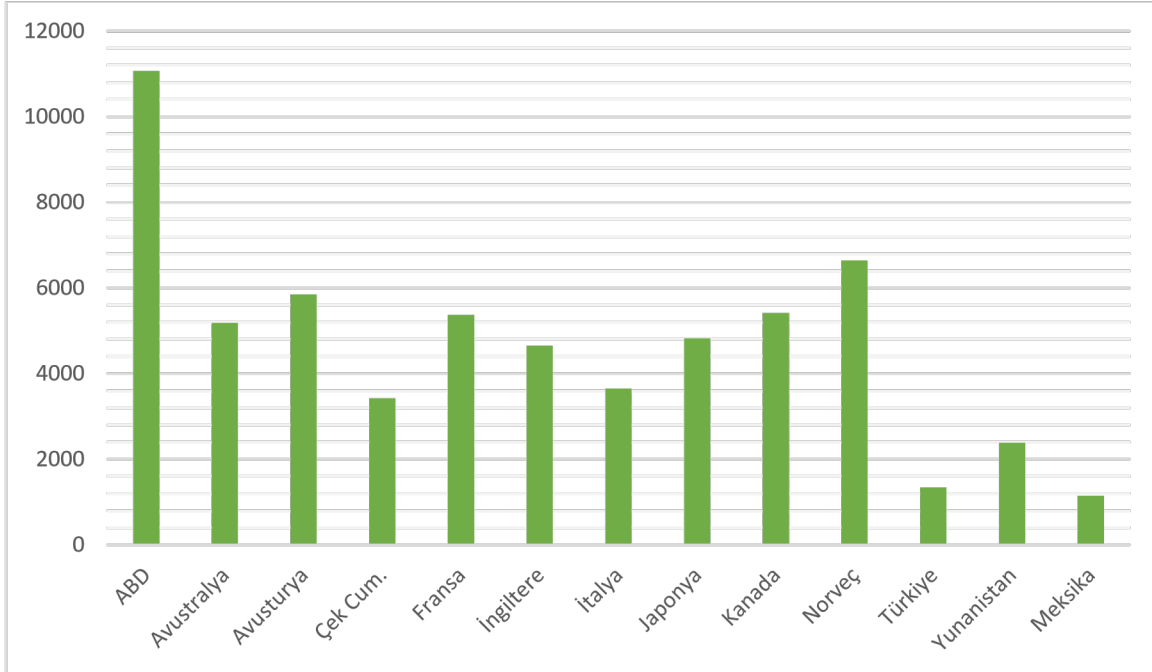
YIL	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYİH’ya oranı (%) (1)
2008	57.740	5,8
2009	57.911	5,8
2010	61.678	5,3
2011	68.607	4,9
2012	74.189	4,7
2013	84.390	4,7
2014	94.750	4,6
2015	104.568	4,5
2016	119.756	4,6
2017	140.647	4,5
2018	165.234	4,4

**Kaynak:** (TÜİK, 2019), Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 1'deki verilere göre Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının her geçen sene artarak devam ettiği görülmektedir.

Tablo 1'de Türkiye'de 2008 yılında 57.740 Milyon TL olan toplam sağlık harcaması 10 yılda yaklaşık 2,8 kat artarak 2018'de 165.234 Milyon TL'ye yükselmiştir. Tablo 1 sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı dikkate alındığında, yıllar içerisinde inişli çıkışlı bir yol izleyen ve yüzde 5,8'lere ulaşan oran son dönemlerde azalmıştır. Dönem ortalaması yaklaşık %4,8 olan oran, 2018 yılında %4,4 olarak seyretmiştir. Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYİH artış oranlarına benzer bir seyir izlediği söylenebilir.

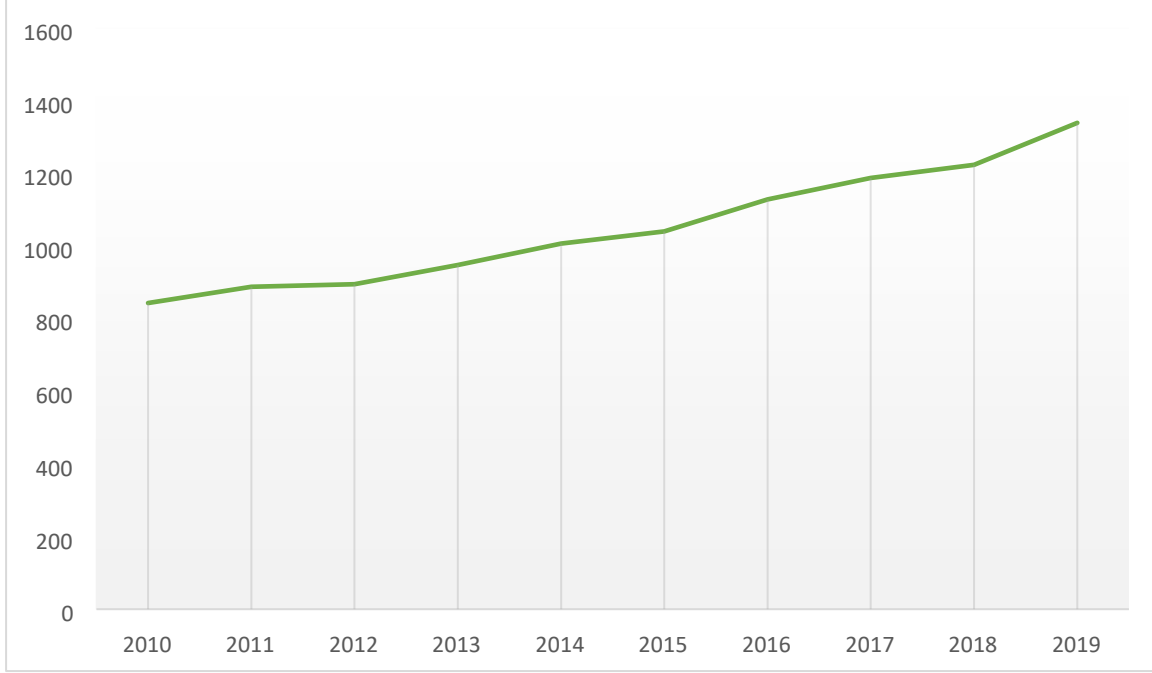
**Şekil 1. OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları 2019**



Kaynak: (OECD, 2020)

Şekil 1'de bazı OECD ülkelerinin kişi başına düşen sağlık harcamaları verilmiştir. Buna göre ülkeler içerisinde 11071\$ ile kişi başına düşen sağlık harcamalarında ilk sırada ABD vardır. Son sıralarda ise 1153\$ ile Meksika ve 1339\$ ile Türkiye bulunmaktadır.

## Şekil 2. Türkiye’de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları



**Kaynak:** OECD

Şekil 2’de Türkiye’de kişi başı sağlık harcamaları verileri verilmiştir. Verilerde görüldüğü üzere 2010 yılında 843\$ olan kişi başına sağlık harcaması 2019’da %59 artarak 1340\$’a yükselmiştir. Bu da ülkemizde her geçen yıl kişi başına düşen sağlık harcamalarının arttığını göstermektedir.

## SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI

Dünya genelinde nüfusun (özellikle yaşlı nüfusun) artması, sağlık hizmeti ihtiyacının buna bağlı olarak hastane sayılarının artması, teknolojik gelişmelerin hızla artması ve hasta ihtiyaç ve beklentilerinin artması gibi sebeplerden dolayı sağlık sektörü için yapılan harcamalar da hızla artmaya başlamıştır(Bektemür, Şafak Yılmaz, Arslanoğlu, Beylik, & Adaş, 2018, s. 102).

Sağlık harcamalarının artmasıyla sağlık finansman kaynakları da önemini artırmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı izlenecek sağlık politikasını belirlemesi açısından önemlidir. Türkiye sağlık hizmetleri finansman yapısında bahsedilen yöntemlerden tek birine sahip değildir; karma bir yapı söz konusudur. Zorunlu sigorta sistemi yanında özel sigorta, cepten yapılan ödemeler ve kamu gelirleri yani vergilerle finansman yöntemi hep birlikte ve iç içe karma bir şekilde uygulanmaktadır. Bu karma yapı dahilinde sağlık harcamaları temelde kamu ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Yani Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı arz ve talep açısından çeşitlilik göstermektedir(Yurdadoğ, 2007, s. 592).



Sağlık sisteminin performansını önemli ölçüde etkileyen finansman temelde kamu ve özel olmak üzere iki kaynaktan sağlanır.

Sağlık hizmetlerinde arz özel ve kamu kuruluşları tarafından yapılırken, talep de sağlık sigortası kapsamında olanlar ve olmayanlar şeklinde ayrılmaktadır. Bu finansman türlerinin oluşturduğu sağlık harcamaları farklı kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmaktadır ve ülke çapında tek tip organizasyon yapısı oluşturulamamıştır (Yurdadoğ, 2007, s. 592). Kamu kaynaklı finansman yöntemleri, sosyal sağlık sigortası, vergilerle finansman; özel finansman yöntemleri, özel sağlık sigortacılığı, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesabı olarak ayrılmaktadır.

### **Finansman Türleri**

#### ***Sosyal Sağlık Sigortası***

Almanya'da geliştirilmiş bir model olup sağlık sigortacılığının kamu tarafından yürütülüp zorunlu hale getirilmesi ile oluşmuş bir finansman yöntemidir. Bu modelde çalışanlar, işverenler ve devlet, fonun oluşması için prim ödemesi yaparlar. Bismarck yöntemi olarak da adlandırılan bu yöntemde nüfusun hemen hemen tümü için zorunlu bir ödeme yöntemidir (Tosun, 2018, s. 59).

#### ***Vergilerle Finansman***

Bu finansman yöntemi finansmanın tümünün veya çoğunluğunun vergilerden karşılandığı bir modeldir. Beveridge modeli olarak da anılan bu yöntem tüm nüfusu kapsar ve kanunen belirlenen katkı payları dışında ücretsiz hizmet verilmesi esasına dayanır. Yani sağlık hizmetlerinden faydalananlar gelir seviyesinden bağımsız şekilde kamu tarafından finanse edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne üye olan ülkelerin çoğu çoğunlukla vergilerle finansman yöntemini kullanmaktadır. Finansman kaynağı vergi olduğu için bu yöntemde tüm toplumun katkısı mevcuttur (Tosun, 2018, s. 60).

#### ***Özel Sağlık Sigortacılığı***

Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya ve İsviçre gibi ülkelerin en çok tercih ettiği yöntemdir.

Bu finansman yönteminde, hizmet alan taraf ile hizmet veren taraf arasında bağlantıyı kuran aracılık yapan özel sağlık sigortası kuruluşları vardır. Bu kuruluşlar hizmet alan taraflardan prim toplamakta ve

gerektiği zamanda hizmet alan kişinin sağlık hizmeti aldığı sunucuya gereken ödemesini yapmaktadır. Bu yöntem genellikle zorunlu sağlık sigortasına alternatif olarak seçilmekte veya tamamlayıcı sigorta olarak kullanılmaktadır (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 91)

### ***Cepten Ödemeler (Doğrudan ödeme)***

Cepten ödeme yönteminde hizmetten faydalananlar hizmet veren kişiye veya kuruma doğrudan kendi cebinden ödeme yapar, herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında değildirler. Doğrudan ödemeler, katkı payı ve informel ödemeler gibi çeşitleri vardır.

Doğrudan ödemeler: Sosyal güvence kapsamı dışındaki tüm hizmetler için gerçekleştirilen ödemelerdir. Genellikle özel sektörde hizmet verenlere yapılmaktadır.

Kullanıcı Katkısı: Sosyal güvence kapsamı içerisindeki hizmetlerin kullanımı esnasında gerçekleştirilen ödemelerdir, örneğin ilaç katkı payları. Sağlık harcamalarının genelde düşük olduğu durumlarda, sağlık hizmetleri için var olandan daha fazla kaynak yaratmak veya sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda, talebi azaltarak verimliliği arttırmak şeklinde iki farklı durumda kullanıcı katkıları kullanılabilir.

Resmi olmayan ödemeler: Sosyal güvence kapsamı dahilindeki hizmetler için yapılan yasa dışı ödemelerdir. Kayda geçmez ve çoğu ülkede de yasa dışıdır. "Bıçak parası" veya "teşekkür hediyeleri" gibi örnekleri vardır. (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 90-91).

### ***Tıbbi Tasarruf Hesabı***

Bireylerin gelecekte karşılaşılabileceği sağlık risklerine karşı kendi hesaplarına para yatırıp bu parayı da yalnızca oluşabilecek sağlık harcamaları için kullanmaları temeline dayanır(Tengilimoğlu, 2017, s. 309).

**Tablo 2. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynağına Göre Dağılımı**

		Genel Toplam	Genel Devlet				Özel Sektör		
			Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane-halkları	Diğer
2010	Toplam Sağlık Harcaması	<b>61.678</b>	<b>48.482</b>	17.209	577	30.695	<b>13.196</b>	10.062	3.134
	Cari Sağlık Harcaması	<b>58.623</b>	<b>45.726</b>	15.307	477	29.941	<b>12.897</b>	9.891	3.007
	Yatırımlar	<b>3.054</b>	<b>2.756</b>	1.902	100	754	<b>299</b>	172	127
2011	Toplam Sağlık Harcaması	<b>68.607</b>	<b>54.580</b>	19.086	557	34.937	<b>14.028</b>	10.590	3.438
	Cari Sağlık Harcaması	<b>65.372</b>	<b>51.728</b>	17.230	445	34.052	<b>13.644</b>	10.391	3.253
	Yatırımlar	<b>3.236</b>	<b>2.852</b>	1.856	112	885	<b>384</b>	199	185
2012	Toplam Sağlık Harcaması	<b>74.189</b>	<b>58.785</b>	16.493	662	41.630	<b>15.404</b>	11.750	3.654
	Cari Sağlık Harcaması	<b>70.288</b>	<b>55.648</b>	14.465	531	40.652	<b>14.640</b>	11.198	3.442
	Yatırımlar	<b>3.901</b>	<b>3.137</b>	2.028	131	978	<b>764</b>	552	212
2013	Toplam Sağlık Harcaması	<b>84.390</b>	<b>66.228</b>	18.425	810	46.993	<b>18.162</b>	14.156	4.006
	Cari Sağlık Harcaması	<b>79.702</b>	<b>62.447</b>	15.682	638	46.127	<b>17.255</b>	13.491	3.764
	Yatırımlar	<b>4.688</b>	<b>3.781</b>	2.743	172	866	<b>907</b>	665	242
2014	Toplam Sağlık Harcaması	<b>94.750</b>	<b>73.382</b>	21.282	744	51.356	<b>21.368</b>	16.819	4.549
	Cari Sağlık Harcaması	<b>88.787</b>	<b>68.974</b>	18.213	704	50.058	<b>19.904</b>	15.754	4.150
	Yatırımlar	<b>5.871</b>	<b>4.407</b>	3.069	40	1.298	<b>1.464</b>	1.065	398
2015	Toplam Sağlık Harcaması	<b>104.568</b>	<b>82.121</b>	25.286	927	55.908	<b>22.446</b>	17.315	5.131
	Cari Sağlık Harcaması	<b>96.786</b>	<b>75.622</b>	20265	893	54.464	<b>21.163</b>	16.404	4.760
	Yatırımlar	<b>7.782</b>	<b>6.499</b>	5.021	34	1.444	<b>1.283</b>	912	371
2016	Toplam Sağlık Harcaması	<b>119.756</b>	<b>94.012</b>	28.731	1.118	64.163	<b>25.744</b>	19.562	6.182
	Cari Sağlık Harcaması	<b>112.540</b>	<b>88.279</b>	24.290	1.064	62.925	<b>24.261</b>	18.531	5.730
	Yatırımlar	<b>7.216</b>	<b>5.733</b>	4.441	54	1.238	<b>1.483</b>	1.031	452
2017	Toplam Sağlık Harcaması	<b>140.647</b>	<b>109.744</b>	35.316	1.303	73.125	<b>30.904</b>	24.004	6.900
	Cari Sağlık Harcaması	<b>130.981</b>	<b>101.786</b>	27.694	1.216	72.876	<b>29.195</b>	22.770	6.425
	Yatırımlar	<b>9.666</b>	<b>7.958</b>	7.623	86	249	<b>1.709</b>	1.234	475
2018	Toplam Sağlık Harcaması	<b>165.234</b>	<b>128.021</b>	40.461	1.439	86121	<b>37.213</b>	28.655	3.933
	Cari Sağlık Harcaması	<b>154.998</b>	<b>119.941</b>	34.027	1.316	84.598	<b>35.057</b>	27.111	3.721
	Yatırımlar	<b>10.236</b>	<b>8.080</b>	6.433	123	1.523	<b>2.156</b>	1.543	212

**Kaynak: (TÜİK)**

Tablo 2’de Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 2’ye göre Türkiye 2010 yılında 61.678 Milyon TL olan toplam sağlık harcaması 8 yılda yaklaşık

2,6 kat artarak 165.234 Milyon TL’ye ulaşmıştır. Toplam cari sağlık harcaması da yine yıllar içerisinde

sürekli artış göstererek 28.623 Milyon TL'den 154.998 Milyon TL'ye çıkarak yaklaşık 5,4 kat artmıştır. Yatırımlar ise 3,3 kat artarak 3.054 Milyon TL'den 10.236 Milyon TL'ye ulaşmıştır.

Tablodaki verilere göre 2008 yılında toplam sağlık harcamalarının %78,6'sını genel devlet harcamaları oluştururken, %21,4'ünü özel sektör harcamaları oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarında gerek devlet gerekse özel sektörde yıllar boyunca artış devam etmiştir. 2018 yılında toplam sağlık harcamalarının %77,4'ü genel devlet harcamalarından %22,6'sı ise özel sektör harcamalarından oluşmaktadır.

2010 genel devlet sağlık harcamalarının %63,3'lük kısmını SGK karşılarken kalan kısmını merkezi devlet ve çok küçük bir bölümünü yerel devlet (yerel yönetimler) karşılamaktadır. 2018 yılı genel devlet sağlık harcamalarında da %67,2'lik gibi büyük çoğunluğu yine SGK karşılarken %31,6'sını merkezi devlet kalanını ise yerel yönetim karşılamaktadır. Özel sektör sağlık harcamalarının da yıllar boyunca çoğunluğunu hane halklarının cepten ödemeleri tarafından oluştuğu kalan azınlık kısmın diğer özel sağlık harcaması yapan kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından karşılandığı görülmektedir. Tablo 2 verilerine bakıldığında, Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmını kamu kesiminin karşıladığı söylenebilir.

**Tablo 3. Bazı OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı (%)**

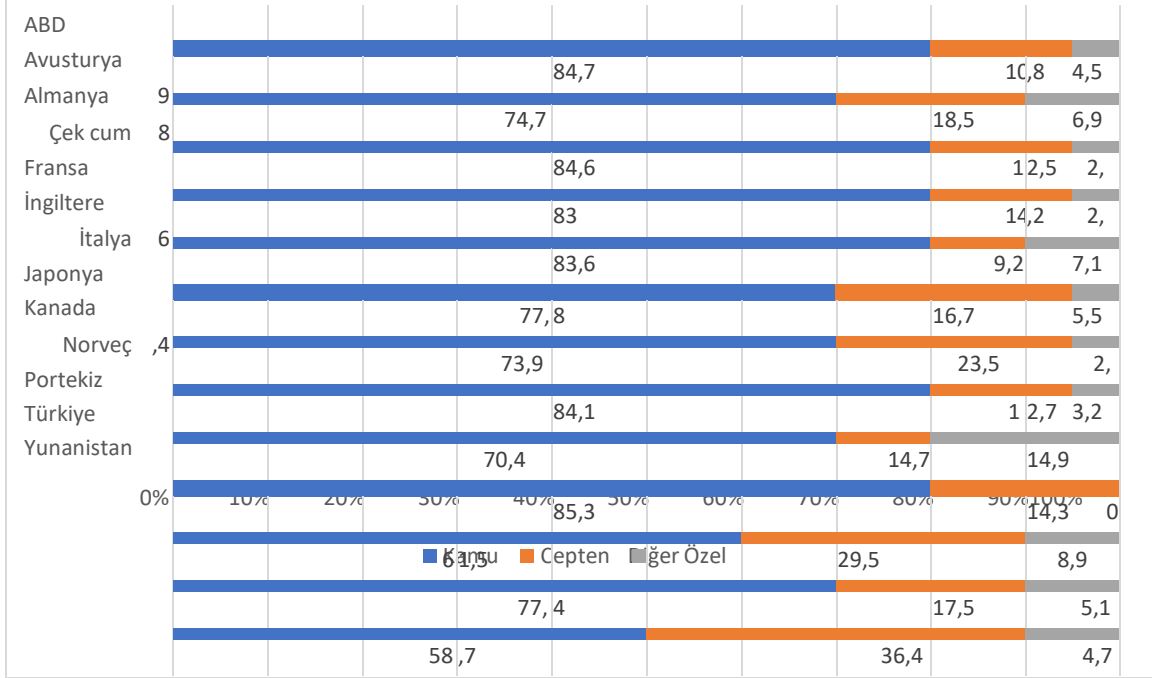
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avustralya	8,5	8,7	8,8	9,0	9,3	9,2	9,2	9,3	9,3
Avusturya	10,0	10,2	10,3	10,4	10,4	10,4	10,4	10,3	10,4
Kanada	10,3	10,4	10,3	10,3	10,7	11,0	10,8	10,8	10,8
Fransa	11,2	11,3	11,4	11,6	11,5	11,5	11,4	11,3	11,2
Almanya	10,8	10,8	11,0	11,0	11,2	11,2	11,4	11,5	11,7
İtalya	8,8	8,8	8,8	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,7
Yunanistan	9,0	8,8	8,3	7,9	8,0	8,2	8,0	7,7	7,8
Japonya	10,6	10,8	10,8	10,8	10,9	10,8	10,8	11,0	11,1
Norveç	8,8	8,8	8,9	9,3	10,1	10,6	10,3	10,0	10,5
Türkiye	4,7	4,5	4,4	4,3	4,1	4,3	4,2	4,2	4,4
İngiltere	10,0	10,1	10,0	10,0	9,9	9,9	9,8	10,0	10,3
ABD	16,3	16,3	16,2	16,4	16,7	17,0	17,0	16,9	17,0
Çek cum.	7,0	7,0	7,8	7,7	7,2	7,2	7,2	7,6	7,8

**Kaynak:** (OECD) Health Data 2019

Tablo 3'deki verilere göre 2019 GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı OECD ülkeleri ortalaması %10,'dur. ABD %17,0 ile birinci sırada iken Türkiye %4,4 ile son sırada yer almaktadır.

Görüldüğü üzere OECD ülkeleri ile kıyaslandığında ise Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki düzeyi daha düşüktür. Yani sağlık harcamalarında Türkiye diğer ülkelerin daha gerisindedir. Sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık harcamalarının artışının en önemli etkenlerinden biri yaşlı nüfustur. Yaşlı nüfus (65 yaş ve üzeri nüfus) oranı Türkiye’de 2018 yılında %8,7’dir. (TÜİK, 2018). Ülkemizde hem sağlık hizmetlerinin kullanımındaki hem de sağlık harcamalarındaki artış bu düşük yaşlı oranına rağmen meydana gelmiştir. Ülkelerin ekonomik kalkınma düzeyleri arttıkça sağlık harcamalarının da arttığı söylenebilir. Gelişmiş ülkeler diğer ülkelere nazaran daha çok sağlık harcaması yapmaktadır. Türkiye’ye baktığımızda da sağlık harcamalarının yetersiz olduğunu görüyoruz.

**Şekil 3. Bazı OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları 2018**  
Grafik Başlığı



**Kaynak:** (OECD) Health Data 2019

Şekil 3’e göre grafikteki OECD ülkeleri içerisinde en çok kamu harcaması olan ülke %85,3 ile Norveç iken son sırada %58,7 ile Yunanistan vardır. Türkiye ise %77,4 ile 8.sıradadır. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı %77,4 oranında kamu harcamaları tarafından, %17,5 oranında çeşitli ödemeler tarafından karşılanırken kalan %5,1’lik kısım ise diğer özel kesim tarafından karşılanmaktadır.

OECD ülkelerinde ortalama %77 kamu harcamaları finansmanından oluşurken %17,7’si çeşitli ödemeler kalan %5,3 ise diğer özel ödemelerden karşılanmaktadır. OECD ülkelerinin de Türkiye’nin

de harcamalarına bakıldığında sağlık hizmetleri harcamalarının çoğunluğunun kamu harcamalarından finanse edildiği görülmektedir. Kamudan sonra cepten ödemeler daha sonra ise küçük kısmı oluşturan diğer özel harcamalar gelmektedir.

## **SONUÇ**

Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerinin ve bunun devamlılığının sağlanması için finansal kaynakların da devamlı olması gerekiyor bu açıdan sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile sağlıklı birey sayısının artması ölüm oranlarının azalması ile de çalışan nüfus yani işgücü (fiziksel sermaye) de artacaktır. Bu sayede de ekonomik büyümede rol oynayacaktır. Yani sağlık göstergeleri ülkelerin gelişmişlik durumunu gösteren en önemli etmenlerdendir.

Diğer yandan ekonomik büyüme de sağlığı etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde kişilerin gelirleri gelişmekte veya az gelişmiş ülke vatandaşlarına oranla daha yüksek olacaktır ve alacakları sağlık hizmeti de kalite olarak daha yüksek olacaktır yani sağlık ile ekonomik büyüme arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur.

Sağlık hizmetleri finansmanı izlenecek sağlık politikasını belirlemesi açısından önemlidir.

Türkiye sağlık hizmetleri finansman yapısında bahsedilen yöntemlerden tek birine sahip değildir; karma bir yapı söz konusudur. Zorunlu sigorta sistemi yanında özel sigorta, cepten yapılan ödemeler ve kamu gelirleri yani vergilerle finansman yöntemi hep birlikte ve iç içe karma bir şekilde uygulanmaktadır. Bu karma yapı dahilinde sağlık harcamaları temelde kamu ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarına bakıldığında kamu sağlık harcamalarının payının yılları içerisinde arttığı görülmektedir. Yani Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük bir kısmı devlet tarafından finanse edilmektedir. Diğer ülkelere bakıldığında gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının da GSYH içindeki payının da daha yüksek olduğu görülmektedir

Veriler analiz edildiğinde, Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH içindeki payına bakıldığında 2018'den 2019'a sağlık harcamalarında artış görülmesine rağmen daha önceki dönemlerine nazaran

azalma olduğu görülmektedir. Nüfusun her geçen sene daha da arttığı göz önüne alındığında sağlık harcamalarının yetersiz olduğu görülmektedir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının bazı OECD ülkeleri içerisindeki durumunu gördüğümüz, uluslararası karşılaştırmalara da olanak sağlayan bir sınıflandırma ile seneler içerisindeki gelişiminin analizini de içeren bu çalışmada, Türkiye’de gerçekleştirilen sağlık harcamalarının gerek OECD gerekse TÜİK verileri sayesinde mevcut durumunu gördük. Ülkemizin sağlık hizmetlerine yatırımları, harcamaları artırması ve artan nüfusu da dikkate alarak daha yeterli hale getirmesi gerektiği söylenebilir.

## **KAYNAKLAR**

Ağır, H., & Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2), 643-670.

Albayrak, S. (2019, Haziran). Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma (Master's thesis, Çığ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü). *Sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye üzerine araştırma*. Mersin.

Ay, H., & Talaşlı, E. (2008). Ülkelerin Ekonomik Gelişmişlik Seviyeleri ve Vergi Yapıları Arasındaki İlişki. *Maliye Dergisi*, (154), 136.

Başol, E., & Işık, A. (2015). TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARINDA GÜNCEL GELİŞMELER: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDAN GÜNÜMÜZE BAZI DEĞERLENDİRME VE ÖNERİLER. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 2(2), 1-26.

Bektemür, G., Şafak Yılmaz, E., Arslanoğlu, A., Beylik, U., & Adaş, G. T. (2018). Türkiye’de Kişisel Ödeme Yöntemiyle İlaç Harcamaları. *Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Turkey. JAREM*, 8(2), 101-108.

Erol, H., & Özdemir, A. (2014). *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.

Erol, H., & Özdemir, A. (2019). TÜRKİYE’DE 1980 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARINDA DÖNÜŞÜM VE SAĞLIK HARCAMALARINA ETKİLERİ. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 119-146.

İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.

Kamacı, A., & Uğurlu Yazıcı, H. (2017). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisinin Ekonometrik Analizi. *Sakarya İktisat Dergisi*, 6(2), 25-69.

OECD. (2020). *OECD Health spending (indicator)*. <https://stats.oecd.org/> adresinden alındı

Tengilimoğlu, D. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel .

Tosun, C. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri*. Ankara.

TÜİK. (2019). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. [tuik.gov.tr](http://tuik.gov.tr). [tuik.gov.tr](http://tuik.gov.tr) adresinden alındı

Yurdadoğ, V. (2007). TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARININ FİNANSMANI VE ANALİZİ. *Journal of the Cukurova University Institute of Social Sciences*, 16(1), 592.



Araştırma Türü: Derleme

2020;1 (2): 133 – 150

Geliş Tarihi: 06.11.2020

Kabul Tarihi: 10.12.2020

## TÜRKİYEDE ŞEHİR HASTANALARI PROJE FİNANSMAN YAPISI\*

Abdulkadir ALICI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi, Havacılık ve Uzay Bilimleri Fakültesi, Havacılık Yönetimi Bölümü

\*Bu çalışmada “Havalimanı Proje Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri Üzerine Bir Araştırma: Tav Havalimanları Holding A.Ş. Örneği” adlı yüksek lisans tezinden faydalanılmıştır

### Öz

Sağlık endüstrisinin en önemli ayağını oluşturan hastaneler, 2000’li yılların ortasına kadar kamu tekelinde yapılmakta iken, kamu kaynaklarının kısıtlı ve yetersiz olması ve kamu yatırımlarının özelleştirmelere olan rağbeti neticesinde son yıllarda özellikle şehir hastanelerinin yapımı özel sektör yatırımcıları tarafından gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de son yıllarda artan kamu-özel-işbirliği çerçevesinde yapılan hastane projelerinin artışı ve buna paralel olarak artan finansman yükü kamu ve özel sektör açısından bazı sorunlara neden olabilmektedir. Bu yatırımların en önemli özelliği yatırımı gerçekleştirmek için bilanço dışı finansal kaynaklardan faydalanılmasıdır. Projenin büyüklüğüne ve yapısına bağlı olarak birçok tarafın biraraya gelmesi gerekmektedir. Dolayısıyla taraflar arasındaki ilişkiler ve bu ilişkileri düzenleyen mevzuat, projenin başarılı bir şekilde yürütülmesi için son derece önemlidir. Aynı zamanda proje tutarının büyüklüğü, finansman kaynaklarının bulunması, yatırımın zamanında bitmesi ve borçlanma oranlarının yüksek olması gibi faktörler projenin gerçekleştirilmesinde bir takım riskler ve sorunlar doğurabilmektedir. Çalışmamızda şehir hastaneleriyle ilgili proje finansman yapısı ortaya konularak, Türkiye’deki şehir hastaneleriyle ilgili güncel durumdan bahsedilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Proje Finansmanı, Şehir Hastaneleri Proje Finansmanı, YKD

**Sorumlu Yazar:** Abdulkadir ALICI

e-posta: aalici@erbakan.edu.tr

ORCID: 0000-0002-4796-6385

## **CITY PROJECT FINANCING STRUCTURE IN TURKEY HOSPITALIZATIONS**

### **Abstract**

While the hospitals, which constitute the most important part of the health industry, were built under the public monopoly until the mid-2000s, as a result of the limited and insufficient public resources and the demand of public investments to privatization, especially the construction of city hospitals has been carried out by private sector investors in recent years. increase and accordingly increasing the financial burden of hospital projects carried out in the framework of public-private-increasing cooperation in recent years in Turkey may cause some problems in terms of public and private sector. The most important feature of these investments is the use of off-balance sheet financial resources to realize the investment. Depending on the size and structure of the project, many parties need to come together. Therefore, the relations between the parties and the legislation regulating these relations are extremely important for the successful implementation of the project. At the same time, factors such as the size of the project amount, the availability of financing resources, the timely completion of the investment and high borrowing rates may cause some risks and problems in the realization of the project. Working with project financing structure put forth about our city hospital, is mentioned about the current status of the city hospital in Turkey.

**Keywords:** Project Finance, City Hospitals Project Finance, BLT

## **GİRİŞ**

Sağlık alanında yaşanan hızlı büyümeye ayak uydurabilmek için kendini sürekli geliştiren hastaneler, faaliyette buldukları bölgenin sosyal ve ekonomik kalkınmasında önemli rol oynamaktadır. Hastanelerin bu gelişimindeki en önemli sebeplerden biri insan kaynağının kalitesidir. Bu bağlamda çalışanlar, artık problem kaynağı olarak değil rekabet avantajı elde edebilmede değerli bir kaynak olarak görülmektedir (Demirkıran ve diğ, 2013). Sağlık sisteminin önemli bir parçası olan ve içerisinde büyük çapta insan kaynağı barındıran hastaneler, yapım projeleri ile sağlık hizmetlerinin gelişimi açısından kritik bir öneme sahiptir. Büyük hastane projelerinin hayata geçirilmesi, uzun zaman almasının yanında ciddi maliyetlere de neden olmaktadır. Son yıllarda şehir hastaneleri projelerinin yapımında ve hastanelerin işletilmesinde kamu-özel işbirliğinin arttığı görülmektedir. Hastane projelerinin artması ve olanakların gelişmesiyle birlikte kamu-özel sektör işbirliği ve proje finansman işlemleriyle ilgili sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan bakıldığında hastane projelerinin başarısı, ilgili kamu kurumları ve özel işletmelerin etkin ve verimli bir biçimde birlikte çalışmasına bağlıdır.

Bu çalışmada şehir hastaneleri proje finansman yapısının ortaya konulması hedeflenmektedir. Bu kapsamda öncelikle proje finansmanı yapısı açıklanmıştır. Proje finansmanında karşılaşılan risklerden bahsedilmiştir. Proje finansman modelinin gelişimi detaylı bir şekilde açıklanıp, proje finansman kaynaklarından söz edilmiştir. Son olarak Türkiye'deki şehir hastaneleri proje finansman yapısının durumu ortaya konulmuştur.

## **PROJE FİNANSMANI**

Proje finansmanı, büyük ölçekli altyapı projeleri ve genellikle başlangıç aşamasındaki (Greenfield project) yatırım projelerinin yatırım, işletim ve diğer maliyetlerini tamamen kendi oluşturmuş olduğu nakit akışlarıyla ödeme esasına dayalı uzun vadeli bir yatırım finansman tekniğidir (Yescombe, 2014: 6). Gelişmekte olan ülkelerde çokça görülmekte olan bir finansman yöntemidir. Devlet kaynaklarının sınırlı olmasından dolayı projelerin özel sektörler vasıtasıyla yapılmasıdır. Böylelikle devlet hazineden hiçbir kaynak ödemedi altyapı yatırımlarını gerçekleştirmektedir. Hatta YİD tipi projelerden kira geliri dahi sağlanmaktadır.

Proje finansman anlaşmasının özellikle ayırt edici 5 ana unsuru aşağıda verilmektedir (Gatti, 2013: 2):

*“1. Projenin sahipleri mali ve hukuki sorumluluklar için geçici olarak proje şirketi (SPV-Special Purpose Vehicle) kurmaktadır.*

*2. Alacaklılara karşı sponsorların kısmen sınırlı sorumlulukları (bazı durumlarda hiç sorumluluğu yok.) bulunmaktadır. Bu şekildeki anlaşma ile ilişki olunan proje risklerinin boyutları da değişmektedir.*

*3. Projeyi en iyi şekilde kontrol etmek ve yönetmek amacıyla proje riskleri proje sözleşmesinde yer alan tüm taraflara adil bir şekilde dağıtılmaktadır.*

*4. Özel amaçlı kurulan proje şirketi (SPV) tarafından oluşturulan nakit akışları işletme maliyetlerini ve borç ödemelerini karşılayacak durumda olmalıdır. Nakit akışları öncelikle işletme maliyetlerine borç yönetimine tahsis edilmektedir. Kalan fonlar olursa sponsorlara temettü ödemek için kullanılabilir.*

*5. Kreditörlere teminat için tüm proje gelirleri ve varlıkları teminat olarak gösterilir.”*

Yatırımcıların proje finansmanını tercih etme nedenleri aşağıda sıralanmıştır (Yescombe, 2014: 21).

- *“Yüksek kaldıraç etkisi*
- *Düşük maliyet*
- *Borçlanma kapasitesi*
- *Riskin sınırlı olması*
- *Riskin dağıtılması*
- *Geliştirici kaldıraç*
- *Uzun dönemli finansman*
- *Gelişmiş kredi*
- *Dış yatırımcı ihtiyaçlarını azaltması*
- *Vergi avantajları*
- *Bilanço dışı finansman”*

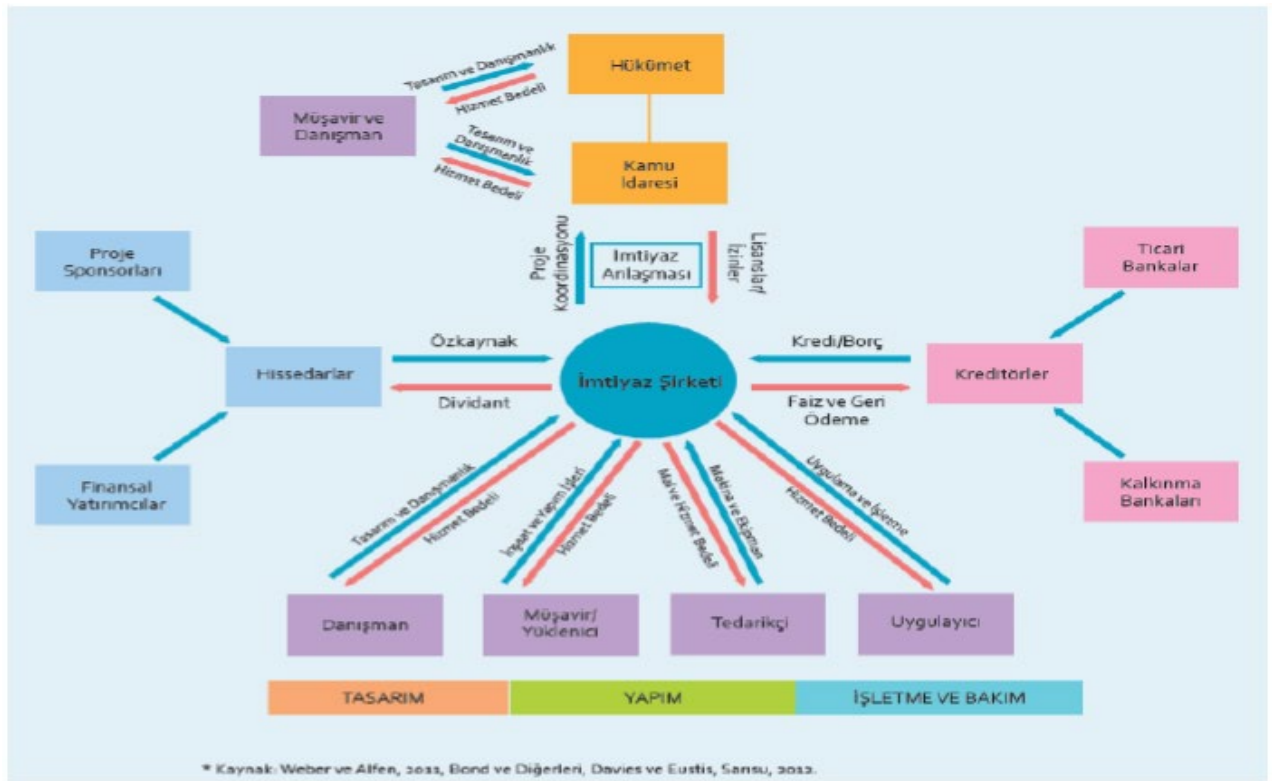
Proje finansmanı modelinde, işletmelerin varlıklarından ziyade nakit akışları ve gelecekte oluşturacağı kazançlar büyük önem taşımaktadır. Finansmanın büyük bir bölümü borç yoluyla sağlanmaktadır ve bu yüzden kaldıraç oranı yüksektir. Kaldıraç oranı, işletmenin borçlarının varlıklarına bölünmesini ifade etmektedir. Proje finansmanında borçlanma yoluyla finansman kullanıldığından işletmenin kaldıraç oranı da yükselmektedir.

Şirketlerin toplam sermayesi öz kaynakları ile dış kaynaklarından (borçlar) oluşmaktadır. Toplam sermaye içinde borç alınan kaynakların (banka kredisi, tahvil vb.) bulunmasının, şirketin karlılık

oranlarındaki dalgalanmanın şiddetini arttırıcı etki yapması, finansal kaldıraç etkisi olarak adlandırılmaktadır. Borçların öz kaynak'dan fazla olması durumunda kaldıraç derecesi artarken, az olması durumunda ise kaldıraç derecesi azalmaktadır. Kaldıraç derecesi, Şirket karının öz kaynağa bölünmesiyle elde edilmektedir (Yescombe, 2014: 21). Örneğin proje finansmanında proje maliyeti 1.000.000 tl olan projenin 300.000 tl'si öz kaynaklardan diğer 700.000 tl'si ise dış kaynaklı borçlardan elde edilmektedir. Şirketin karı ilgili hesaplamalar sonucunda 80.000 tl'dir. Şirketin kaldıraç oranı hesaplandığında %26 olmaktadır. Kaldıraç oranının artmasıyla büyük karlar elde etmek mümkün iken borçluların riskleri de artmaktadır.

Proje finansmanı borçlanmaları, bilanço dışı işlemlerdir. Borçlanmanın bilanço dışı olması destek verenlerin kredi değerliliklerini etkilememekte ve dolayısıyla sponsorların gelecekteki borçlanma kapasiteleri etkilenmemektedir. Böylece finansal kaldıraçın olumlu etkisinden daha fazla yararlanmak mümkün olmaktadır (Başar, 2000: 6)

Aşağıda proje finansman modelinin temel yapısı ve finansman akışı gösterilmektedir:



Şekil 1. Proje Finansman Modelinin Temel Yapısı ve Finansman Akışı

Kaynak: İstanbul Uluslararası Finans Merkezi Projesi (2013), Ulaşım Yatırımlarının Finansmanı Çalıştayı

Proje finansmanında 3 büyük taraf bulunmaktadır. Bunlar; Otorite (Kamu), Sponsorlar (Özel şirket veya Konsorsiyum) ve Kreditorler (Bankalar, Kalkınma Bankaları vb.)'dir. Projeyi yürütmekte olan şirket öncelikle ortak bir girişim şirketi kurar. Tüm işlemler bu şirket üzerinden yürütülmektedir. Proje şirketi (Ortak girişim şirketi) ilgili projeyi hükümete sunarak devletin yasalarına uygun lisans ve izinler almaktadır. Projenin finansman ihtiyacı için hissedarlar, öz kaynak kısmını sağlamaktayken kreditorler ise geriye kalan finansman ihtiyacını gidermektedirler. Hissedarlar için kâr payı verilirken, borç verenlere ise anapara ve faiz ödemesi yapılmaktadır. Projenin altyapı faaliyetleri ise inşaat müteahhidi, tedarikçi ve uygulayıcı tarafından yerine getirilmektedir. Onların hizmetleri karşılığında proje şirketi hizmet bedelleri ödemektedir.

### **Proje Finansmanında Karşılaşılan Riskler**

Ulaştırma, enerji, madencilik, iletişim vb. altyapı veya üstyapı yatırım projelerinde, projelerin süresinin uzun olması, birçok kuruluşun projeye dahil olması, yapılacak işin yeri ve niteliği ve projenin bitiminde elde edilecek gelirin belirsizliği gibi faktörler proje finansmanında riskleri artırmaktadır (Yescombe, 2014: 296-311; Gatti, 2013: 31-44). Bu nedenlerde dolayı proje finansmanında risk yönetimi göz ardı edilemeyecek bir konumdadır.

Proje finansmanında karşılaşılan başlıca riskler aşağıda sıralanmaktadır (Başar, 2000: 24; Yıldırım, 2006: 45; Merna vd, 2010, 49):

- Kredi riski
- Pazar ve gelir riskleri
- İnşaat ve geliştirme riski
- İşletim riski
- Finansal risk
- Politik risk
- Ticari riskler
- Yasal risk

- Çevre riski
- Hissedarlar ilgili riskler

Proje finansmanında karşılaşılan risklerle alakalı özet şekil aşağıda verilmektedir.



**Şekil 2.** Proje Finansmanında Karşılaşılan Riskler ve Hafifletici Önlemler

**Kaynak:** TAV Presentations, (2014), Project and Structured Finance at TAV'dan uyarlanmıştır.

Yatırım projelerinin doğasında olan riskleri, hem borç verenler hem de projeyi işletecek olanlar önceden muhtemel riskleri tanımlamak ve bu risklerin olası senaryolarını değerlendirmek durumundadırlar (Gatti, 2013: 31). Bu risklerden korunmak için de yukarıdaki şekilde belirtildiği üzere gerekli tedbirler alınmalıdır. Proje risk yönetiminin iyi yönetilmesi, projenin sponsorları açısından daha karlı olacağı ve sorumlulukların da azalacağı söylenebilir.

### Proje Finansman Modelinin Gelişimi

Proje finansman yapısı, projenin türüne ve sektörler göre farklılıklar gösterebilmektedir. Her projenin kendine has özellikleri sahip olabileceğinden proje finansman modeli olarak standart bir proje finansman yapısından bahsetmek mümkün değildir. Örneğin işletme finansmanında finanslanması yapılan projenin gerçek değeri proje varlıklarının mülkiyeti ve bilançodaki varlıklar iken, proje

finansmanında ise proje nakit akışları üzerindeki haklar projenin gerçek değerini göstermektedir. Projeye borç veren sponsorlar açısından mülkiyetin kimde olduğundan ziyade projenin artık değeri yatırımın getirisini hesaplarken önem arz etmekte olduğu ifade edilmiştir (UBAK, 2005: 11-23).

Oluşturulacak finansman modelindeki en kritik unsurun finansal değerlendirme süreci olduğu ve bu süreç, sadece ilgili projenin değil, proje firmasının tüm faaliyetleriyle ilgili nakit akışlarını, kredi kullanımı ve geri ödemeleri vergilendirme ve muhasebeleştirmeyle beraber kapsadığı ifade edilmiştir. Finansal model süreci; varsayımlar, hesaplamalar ve çıktılardan oluşmaktadır. Finansal model varsayımları 5 temel alana ayrılmaktadır (UBAK, 2005: 11-24):

- Makro ekonomik varsayımlar
- Proje maliyeti ve fonlama yapısı
- İşletme gelirleri ve maliyetleri
- Kredi kullanımı ve geri ödemeleri
- Vergilendirme ve muhasebeleştirme

Hesaplamalar aşamasında birçok kalem işin içerisinde olabilir. Fakat finansal açıdan baktığımızda, inşaat aşaması maliyeti, özkaynak miktarı ve maliyeti, alınacak borç miktarı ve geri ödemeleri, faiz hesaplamaları, işletme gelirleri ve maliyetleri ve vergiler temel hesaplama kalemlerindedir (Özkan, 2010: 45).

Çıktılar veya raporlar bölümünde, nakit akış tabloları, kar-zarar tablosu, bilanço ve finansal göstergeler ve özet tablolar yer almaktadır. Finansal göstergeler çeşitli hesaplamalar yapılarak bulunduğu için hesaplamalar bölümünde de olabilmektedir. Fakat bu göstergeler proje finansmanı açısından önemli olduğundan rapor kısmında değerlendirilmektedir (Lynch, 1997: 15). Projenin yatırımcıları ve borç verenleri açısından en önemli finansal göstergeler nakit akış tablosu, borç servisi karşılama oranı (BSKO), net bugünkü değer (NBD) ve iç getiri oranı (İGO)'dır.

Bu hesaplamalar ve raporlarla birlikte yatırımcılar her türlü olumsuz duruma karşı çeşitli senaryolar hazırlayarak finansal sonuçlarını incelerler. Sonuç olarak yatırımcılar, bu aşamalardan sonra yatırım kararlarını vermektedirler.



## **Proje Finansman Kaynakları**

Dünya’da kamu yatırımları, özel sektör katılımının yetersiz olduğu dönemlerde ağırlıklı olarak devlet bütçesinden yapılmaktaydı. Bu yöntemle, özellikle zengin ülkeler, kendi özkaynaklarıyla yatırımlarını hızla tamamlamalarına olanak sağlamıştır. Fakat Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise, kamu özel sektör işbirliği ile yapılan yatırımların genellikle finansman kaynakları özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Özel sektör bu kaynakların bir kısmını özkaynaklardan sağlayıp yatırım harcamalarının büyük bir kısmını ise yabancı kaynaklardan borçlanma yöntemiyle sağlamaktadır. Yap-İşlet-Devret modeli ile yapılan projelerde, genellikle ortak yatırım şirketi kurulur ve proje bedelinin bir kısmı, ortakların sermayesinden öz kaynak olarak tahsis edilir. Geriye kalan yatırım harcamaları ise genellikle bankalar ve uluslararası finans kuruluşlarından temin edilmektedir (Llanto, 2008: 327-328; Yescombe, 2014: 427; Gatti, 2013: 6).

Proje finansmanında finansman kaynakları çok çeşitlilik göstermekle birlikte temel finansman kaynakları; öz sermaye, banka kredileri, tahvil, finansal kiralama ve uluslararası kuruluşlar tarafından alınan kredilerden oluşmaktadır.

Yap-İşlet-Devret modeli ile uygulanan projelerde finansman sözleşmelerinde belirli bir oranda özkaynak tahsisi yapılmak zorundadır. Özkaynak oranı %20 ile %30 arasında değişmektedir. Özel sektör şirketlerin 3996 sayılı kanun (Yap-İşlet-Devret çerçevesinde yaptırılması amacıyla çıkartılan kanun) ve 94/5907 sayılı karar kapsamında gerçekleştireceği yatırım ve hizmetler için getireceği öz kaynak oranı, toplam sabit yatırım tutarının %20’sinden az olamaz. Örneğin Türkiye’de yapılmakta olan 3.Havalimanı projesi için ayrılan özkaynak oranı %20 olarak belirlenmiştir.

Proje finansmanında borçlanma çoğunlukla bankacılık piyasası üzerinden yapılmaktadır. Bununla ilgili tablo aşağıda verilmektedir.

**Tablo 1: Proje Finansmanında Fon Kaynaklarının Tarihsel Dağılımı (Milyar \$)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bankacılık Piyasası	140	165	230	245	232	295	345	370	388	435	470	480
Sermaye Piyasası	10	15	10	5	10	5	5	10	12	15	30	30

**Kaynak:** E. Reviglio, (2012). Financing Future Infrastructure, EU 2020 and Long Term Financing, [https://ec.europa.eu/economy\\_finance/events/2012/2012-06-06-ec-epec/documents/cdp.pdf](https://ec.europa.eu/economy_finance/events/2012/2012-06-06-ec-epec/documents/cdp.pdf) Erişim Tarihi: 18.11.2020

Tabloya bakıldığında Dünya genelinde proje finansmanı fon kaynaklarının %95'i bankacılık piyasasından karşılanmaktadır. 2005 yılından bu yana kredi tutarlarının da arttığı görülmektedir. Bu tablodan da anlaşılacağı üzere fon tedarik sürecinin büyük bir kısmı banka kredilerinden oluşmakta olduğu gözlemlenmektedir.

Türkiye'de son dönemde özellikle ulaştırma ve enerji alanlarında pek çok mega projeleri Türk bankalarının finanse ettiği görülmektedir. 2.8 milyar \$ yatırım tutarıyla ihale edilen 3.İstanbul Boğaz Köprüsünde toplam 2.3 milyar \$ tutarında 2.5 yıl geri ödemesiz olmak üzere 9 yıl vadeli kredinin tedarikçi bankaları Vakıfbank, Yapı Kredi, İş Bankası, Halkbank, Garanti, Ziraat Bankası, Akbank olmuştur.<sup>1</sup> Boğaz köprüsü haricinde yine son dönemlerde Gebze-İzmir Otoyol Projesi ve Entegre Hastane Kampüsleri projelerine finansman olanaklarını yine Türk bankaları sağlamaktadır.

Türkiye'nin en büyük altyapı yatırım projelerinden biri olan 3. Havalimanı için de banka kredileri kullanılmıştır. Projenin maliyeti 10,2 milyar Euro olarak hesaplanmıştır. Bu maliyetin 1 milyar Euro'su konsorsiyumun özkaynaklarından sağlanmış olup büyük kısmı dış finansman kaynaklarından sağlanmıştır. İlk etapta bankalardan 750 milyon Euro'luk köprü kredisi alınmış olup Ekim 2015 tarihi itibarıyla 3.Havalimanının ilk etabın finansmanı için 4,5 milyar Euro'luk kredi anlaşması imzalandı. Vadesi 16 yılı bulan bu kredi, Ziraat Bankası, Halkbank, Vakıfbank, Denizbank, Garanti Bankası ve Finansbank bankalarından sağlanmış olup tümüyle yerel bankalardan finansman elde edilmiştir.

Bir diğer proje finansman kaynağı tahvil araçlarıdır. Fakat hastaneyle ilgili proje finansmanında nadiren kullanılmaktadır. Örneğin Türkiye'de işletmelerin sermaye piyasasından kaynak temin etme imkanları oldukça sınırlıdır. Gerek faiz oranlarının stabil olmaması gerekse sermaye piyasasının etkili olamaması

<sup>1</sup> <http://www.icholding.com.tr/Upload/BasinBulten/icafinansman-03-09-2013.pdf>, Erişim Tarihi: 18.11.2020

nedeniyle Türkiye'deki özel işletmelerin de menkul kıymet ihraç ederek finansman sağlama olanağı azdır (Bastı, 2013: 193).

İşletmeler açısından dönen varlıklar büyük önem arz etmekle birlikte duran varlıklar sermaye yatırımı olarak büyük rakamları oluşturabilmektedir. İşletmeler bu sermaye yükünü azaltmak için demirbaş ve malzemelerini finansal kiralama işlemleriyle daha az bir maliyetle yapmaktadırlar. İşletmeler özellikle YİD ve YKD modeliyle olan yatırım projelerinde yüksek miktarda sermaye veya finansman ihtiyacı gerekmektedir. Proje finansmanında inşaatı tamamlayana kadar işletmeler taşıt, demirbaş, inşaat malzemeleri vb. gereçleri finansal kiralama yöntemiyle karşılamaktadırlar. Böylelikle proje tamamlandığında işletmenin kendisine lazım olmayan malzemelerin masraflarını azaltarak işletmeyi diğer finansman ihtiyaçlarına yönlendirmektedir (ACRP, 2007: 31).

Son olarak uluslararası kuruluşlar vasıtasıyla finansman kaynağı sağlanabilmektedir. Uluslararası kuruluşlar sermaye desteği sağlamakla birlikte kredi garanti desteği de verebilmektedir. Aynı zamanda bu kuruluşların projeye destek vermeleri diğer kreditorler açısından referans durumu oluşturmakla daha kolay kredi olanağını da beraberinde getirmektedir. Fakat uluslararası kuruluşlar finans desteği sağlarken detaylı bir şekilde projeyi incelemekle birlikte prosedürler de artmaktadır. Başlıca uluslararası kuruluşlar; Dünya Bankası, Avrupa Yatırım Bankası , Avrupa İmar ve Kalkınma Bankası , Uluslararası Finansman Kuruluşu, Bölgesel Kalkınma Bankaları, İslam Kalkınma Bankası.

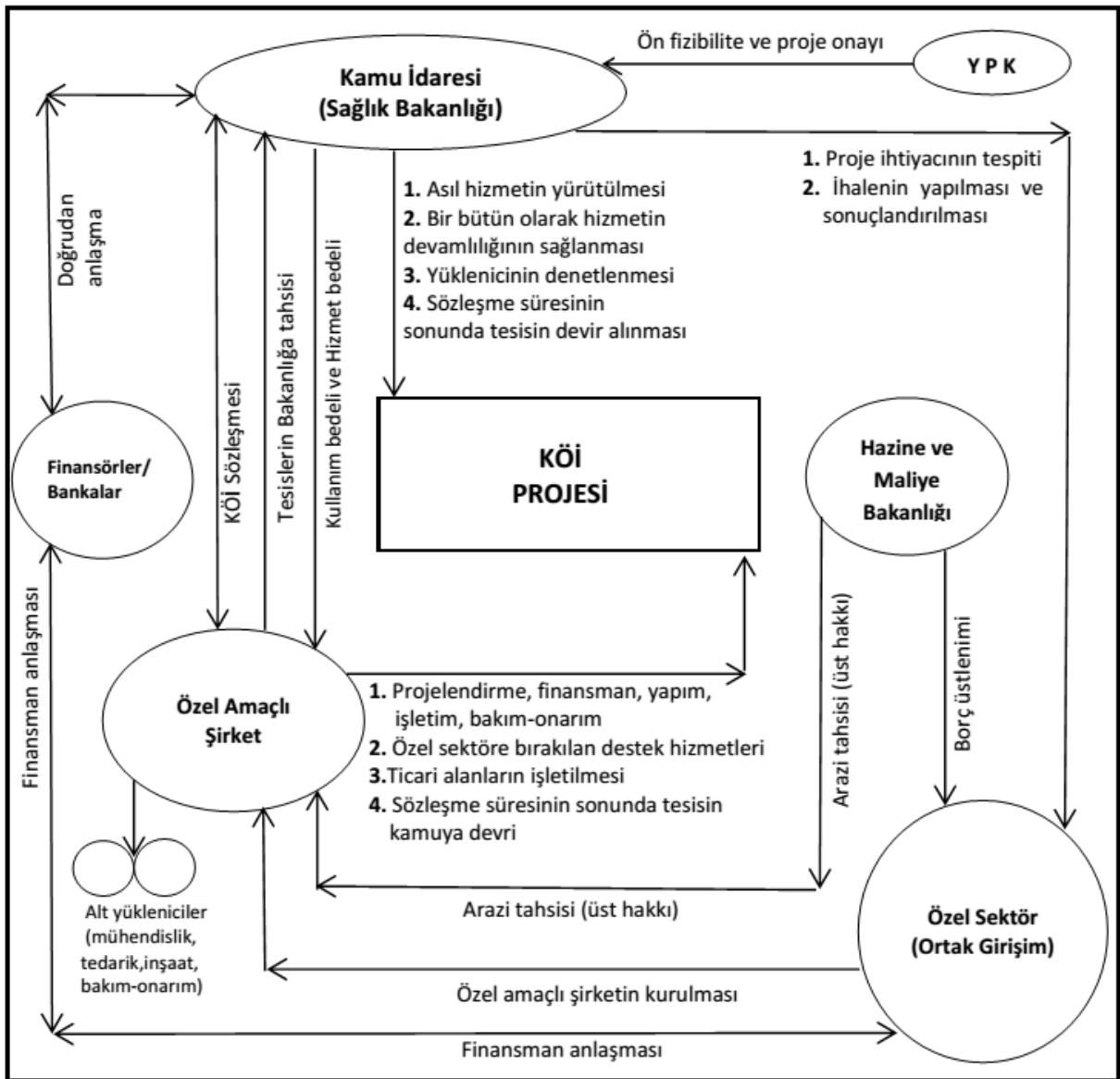
## **TÜRKİYE'DE ŞEHİR HASTANELERİ PROJE FİNANSMAN YAPISI**

Türkiye'de şehir hastaneleri son dönemde uluslararası hastaları ülkemize çekmek adına yapılmış makro ekonomik projelerdendir. Uluslararası hastalar, özellikle insanların kendi ülkeleri dışında başka ülkeleri görme ve ziyaret etme istekleri dünya çapında büyük bir insan hareketliliğine sebep olmaktadır (Yorulmaz, 2019). Türkiye'de şehir hastaneleri proje finansman yapısı, 5396 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek Madde 7 ve bu maddeye dayalı "Sağlık Tesislerinin Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik" ile şekillenmektedir (Benli vd. 2014:210). Türkiye'de

şehir hastaneleri, proje finansman kapsamında Yap-Kirala-Devret (YKD) modeli ile hayata geçirilmektedir.

Genel olarak proje finansman modellerinin süreci; projenin tanımlanması, teklif sürecinin hazırlanması, firmaların teklif için hazırlık yapmaları, ihale ile tekliflerin seçimi, projenin geliştirilmesi ve uygulanması, projenin işletme süreci ve süre sonunda devredilmesinden oluşmaktadır (UNIDO, 1997:13-18; Başar, 2000:54-60; Kaya vd., 2000:14; Acar, 2006: 38-42).

Şekil 3. Şehir Hastaneleriyle İlgili YKD Modeli Yapısı Ve İşleyişi Durumu

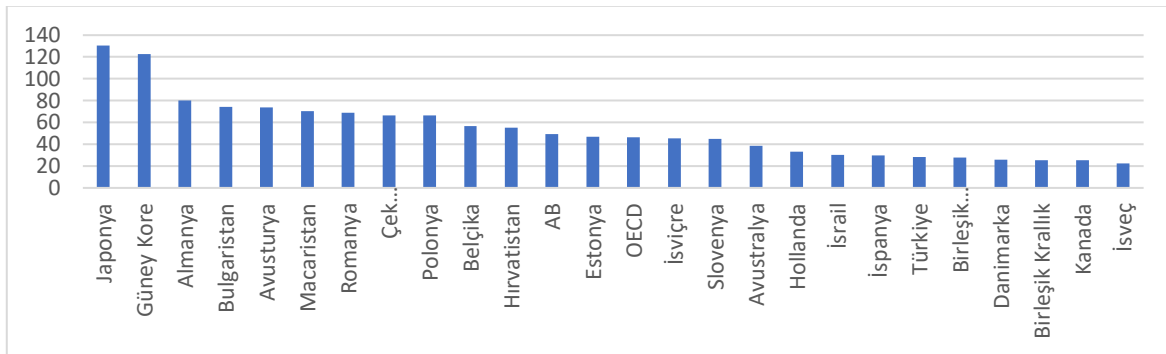


Kaynak: Uysal, 2019: 383.

Türkiye’de şehir hastaneleri YKD sürecinde öncelikle Sağlık Bakanlığı, yapılacak olan projenin ihtiyaç durumunu saptayan “Ön Fizibilite Etüdü” hazırlayarak Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı bünyesine giren Kalkınma Bakanlığı’na bağlı Yüksek Planlama Kurulu (YPK)’na müracaat etmektedir. YPK tarafından yetki verilmeden önce gerekli durumlarda ilgili Bakanlık Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı ile ilgili devlet kuruluşlarından görüş alınmaktadır. YPK tarafından onaylandıktan sonra Kamu adına Sağlık Bakanlığı eliyle teklif paketi hazırlanmaktadır. Teklif paketinde, şirketlerde aranacak özellikler, şartnamenin kapsamı, mal ve hizmetlerin ücretlerinin belirlenmesi gibi ölçütler belirlenmektedir. Hazırlanan teklif paketiyle birlikte YKD modeliyle yapılacak proje Resmî Gazete ve yüksek tirajlı 2 gazetede ve bakanlık web sitesinde ihale ilanı duyurulmaktadır. Gerekli evrakları ve şartnameyi alan işletmeler 3-4 ay içerisinde ihaleye teklif vermek için hazırlanmaktadır. Şirketler açısından en önemli süreçlerden biri olan ihale sürecinde ihale komisyonu, özel şirketlerin tekliflerini inceleyerek projenin verileceği şirketi veya konsorsiyumu seçmektedir. Teklifi kabul edilen şirket seçildikten sonra Sağlık Bakanlığı ile teklifi kazanan şirket(ler) arasında “Uygulama sözleşmesi” imzalanmaktadır. Uygulama sözleşmesiyle birlikte inşaat sözleşmesi, işletme ve bakım sözleşmesi, sigorta sözleşmesi gibi alt sözleşmeler de yapılmaktadır. Projenin inşaat aşamasına başlamadan önce, kurulan ortak girişim şirketinin finansal ve teknik taahhütleri yerine getirmesi beklenmektedir. İlgili devlet otoritesi olan Sağlık Bakanlığı uygun görürse bu aşamada projenin hayata geçirilmesi süreci başlamaktadır.

Aşağıdaki Grafik 1’de Türkiye’nin içinde bulunduğu bazı ülkelere ait 10 bin kişiye düşen hastane yatak sayıları sıralanmıştır.

**Tablo 2.** Uluslararası Bazı Ülkelerin 10 Bin Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayıları



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, 2019: 124

Grafikteki istatistiklere bakıldığında, Türkiye'deki 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı yaklaşık 30 olup; Japonya, Güney Kore, Almanya ve Bulgaristan gibi ülkelerin çok gerisinde kalmaktadır. AB ve OECD ortalamalarından da oldukça uzaktır. Türkiye, Uluslararası ülkelerle karşılaştırıldığında hastane yatırımlarının yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda yapılan yeni hastanelerle birlikte hastane yatak sayılarının da artacağı düşünülmektedir. Aşağıda Türkiye'deki sözleşmesi imzalanan şehir hastanelerinin güncel listesi bulunmaktadır:

**Tablo 3.** Sözleşmesi İmzalanan Şehir Hastaneleri

NO	PROJE ADI	Yatak Kapasitesi	Hedeflenen Bitiş Tarihi
1	Adana Şehir Hastanesi	1.550	Hizmete Girdi
2	Mersin Şehir Hastanesi	1.294	Hizmete Girdi
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	Hizmete Girdi
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	Hizmete Girdi
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	Hizmete Girdi
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	Hizmete Girdi
7	Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	Hizmete Girdi
8	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.711	Hizmete Girdi
9	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	Hizmete Girdi
10	Bursa Şehir Hastanesi	1.355	Hizmete Girdi
11	İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi	2.682	Hizmete Girdi
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838 (1.250)	Hizmete Girdi
13	Tekirdağ Şehir Hastanesi	486	Hizmete Girdi
14	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.210	2021
15	Kütahya Şehir Hastanesi	610	2021
16	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.624	2021
17	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	2021
18	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	2021

**Kaynak:** <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> (Erişim Tarihi: 06.12.2020)

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Türkiye’de sağlık sektöründe YKD modeliyle çokça hastane projesi hayata geçirilmiştir. Toplamda 18 şehir içerisinde 27.000 yatak kapasiteli entegre şehir hastaneleri Türkiye’nin sağlık kapasitesine büyük katkı sağladığı görülmektedir.

YKD modeliyle gerçekleştirilen hastane projelerinde riskler proje finansman yapısındaki tarafalar arasında dengeli bir şekilde dağıtılmaktadır. Projede en önemli risklerden biri olan talep riski devlet tarafından üstlenilmektedir. Buna rağmen inşaat, işletme, bakım ve finansman riskleri özel sektör tarafından üstlenilmektedir. Fakat finansman ve inşaat riskleri özel sektör üzerinde gözükmese de devlet bu riskleri de paylaşmaktadır. Örneğin özel sektörün finansman riski devlet tarafından hazine garantisi ile minimize edilmektedir (Uysal, 2019: 888).

## **SONUÇ**

Büyük çaplı yatırım projelerinde, kamu tarafından yeterli kaynakların bulunamaması, fayda-maliyet konusundaki belirsizlikler ve bürokratik engellerden dolayı uzun süreler geçmekte ve verimsiz yatırımlar ortaya çıkabilmektedir. Bundan dolayı devletler, büyük çaplı altyapı yatırımlarının birçoğunu özel sektör eliyle yapmaktadır. Türkiye’de proje finansmanı kapsamında farklı modellerle (YİD, YKD, Yİ vb.) birçok proje hayata geçirilmiştir. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı bünyesine giren Kalkınma Bakanlığı’nın proje finansmanı ile ilgili raporu (2016)’nda altyapı yatırım ihtiyaçlarının olduğunu, bu yatırımların proje finansman modelleri ile yapılmasının kalkınmanın artması açısından verimli olacağı vurgulanmıştır. Altyapı yatırımlarından olan ulaştırma projeleri ve enerji projeleri başta olmak üzere birçok projede yaygın olarak YİD yöntemi kullanılmaktadır. Fakat sağlıkla ilgili hastane projelerinde YKD yöntemi sıklıkla kullanılmaktadır. Yapılan birçok çalışmada YKD ile yapılan projelerin geleneksel yöntemle yapılan yatırımlardan daha verimli olduğu açıklanmaktadır.

Dünyadaki altyapı projelerinde özel sektör, proje ve inşaat aşamalarında esnek ve çabuk karar alma avantajı ile yatırımları kamu kurumlarına göre daha hızlı tamamlayarak projelerin zamanından önce bitirilmesini sağlamaktadır. Son yıllarda büyük bir hızla tamamlanan şehir hastaneleri projeleri buna en iyi örnektir.

Türkiye’de şehir hastaneleri projeleri büyük çaplı yatırım projeleri arasında olduğu için büyük risklerle de karşılaşabilmektedir. Finansman bulma riski, inşaat riski, ve siyasi riskler öncelikli büyük riskler arasındadır. Bu tür projelerde tüm bu risklerin özel sektöre yüklenilmesinin de ayrıca bir risk olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Bu noktada şehir hastaneleri projelerinde kamu nezdinde sağlık bakanlığının riskleri paylaşmak bağlamında projeye büyük katkılar sunmaktadır.

Proje finansman yapısının karmaşıklığından kurtulmak için ideal bir sistemin kurulu olması tüm proje finansman modellerinde büyük kolaylıklar sağlayacaktır. Bununla alakalı Avrupa ülkelerinde olan “PPP Center” benzeri bir kuruluşun devletin bünyesinde kurularak, ilgili yerel ve uluslararası mevzuatı takip ederek bu noktada projelere know-how hizmeti sağlayabilir. Bu hizmeti sağlamakla yetki kargaşası azalmış olup hem fizibilitesi sağlam projeler ortaya çıkabilecek hem de projelerin daha kısa sürede ilerlemesini sağlayacağı düşünülmektedir (Alıcı ve Battal, 2017). Ayrıca şehir hastanelerinde bu büyük yatırımın etkin kullanımı için Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmış “Sağlıkta Kalite Standartları”da kullanılarak etkin bir yönetim sağlanabilir (Uysal ve Yorulmaz, 2018).

Son olarak Türkiye’de yapılan şehir hastanelerinin artması, pandemi benzeri sağlık riskinin arttığı dönemlerde ülkeye ve insanlığa büyük katkılar sağlamaktadır. Aynı zamanda şehir hastaneleri, sağlık turizmi bağlamında, ülke dışından gelen hastalar için de cazibe merkezi konumunda olmaktadır.

## **KAYNAKLAR**

Acar, M. C. (2006). Kamu yapıları üretiminde yap-işlet-devret modelinin irdelenmesi havalimanı terminal binaları örnekleme. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi

ACRP (Airport Cooperative Research Program) (2007). Innovative Finance and Alternative Sources of Board of Revenue for Airports, Research Report of Transportation Research Board. [http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/acrp/acrp\\_syn\\_001.pdf](http://onlinepubs.trb.org/onlinepubs/acrp/acrp_syn_001.pdf), s.6 (Erişim Tarihi: 05.01.2015)

Alıcı, A. ve Battal, Ü. (2018). Türkiye’de Havalimanı Proje Finansmanında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri Üzerine Bir Araştırma, Bilimsel Araştırmalar Kitabı-İktisadi ve İdari Bilimler II, Chapter: Bölüm 8, Publisher: Akademisyen Yayınevi.



Bastı, E. (2013). Türkiye’de Şirketler Kesiminin Doğrudan Finansman Yoluyla Kaynak Sağlaması. SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi. 30, 185-194.

Başar, M. (2000). Proje finansmanında bir araç olarak yap-işlet-devret modeli ve İzmit Büyükşehir Belediyesi su temin projesinde modelin uygulanışı. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

Benli, F., Topuz, G., & Ceviz, E. (2014). Kamu Özel Ortaklığı İle Yapılan Entegre Sağlık Kampüsü Projelerinin Mali Analizi Ve Riske Maruz Değer (Var) Metodolojisi Altında Kur Riski Ölçümlemesi. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, (28), 209-226.

Demirkıran M., Yardan E. D. ve Yorulmaz M. (2013) İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılamalarının İletişim Doyumlarına Olan Etkisi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 5(2): 322-334.

Gatti, S. (2013). Project finance in theory and practise. England: Elsevier

<https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>, Erişim Tarihi: 06.12.2020

<http://www.icholding.com.tr/Upload/BasinBulten/icafinansman-03-09-2013.pdf>, Erişim Tarihi: 18.11.2020

<https://www.igairport.com/tr/iga-hakkinda/zaman-yolculugu>, Erişim Tarihi: 18.11.2020

İstanbul Uluslararası Finans Merkezi Projesi (2013). Ulaşım Yatırımlarının Finansmanı Çalıştay

Kaya, E. ve diğeleri, (2005). Havaalanlarında Yap İşlet Devret Uygulamaları: Antalya ve Atatürk Havalimanlarındaki Uygulamaların Değerlendirilmesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 1649.

Llanto, G. M. (2008). Build-Operate-Transfer For Infrastructure Development: Lessons From The Philippine Experience. ERIA Research Project Report 2007-2. [http://www.eria.org/publications/research\\_project\\_reports/images/pdf/PDF%20No.2/No.2-part3-11.BUILD-OPERATE.pdf](http://www.eria.org/publications/research_project_reports/images/pdf/PDF%20No.2/No.2-part3-11.BUILD-OPERATE.pdf) (Erişim Tarihi:21.06.2015).

Lynch, P. (1997). Financial modelling for project finance, London: Euromoney

Merna, A. Chu, Y. And Al-Thani, F.F. (2010). Project finance in construction: a structured guide to assessment, USA: Wiley-Blackwell.

Özkan, C. (2010). Project Financing Model In Airport Terminal Management Sector With Empirical Studies. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Revilio, E. (2012). Financing Future Infrastructure, EU 2020 and Long Term Financing. <http://www.eib.org/epec/resources/presentations/psf-06062012-presentationcdp.pdf>, (Erişim Tarihi: 24.11.2015)

TAV Airport (2014). Project and structured finance at TAV, TAV presentation.

UBAK (2005). Ulaştırma projeleri finansman modelleri. Ulaştırma Ana Plan Stratejisi Sonuç Raporu

UNIDO (United Nations Industrial Development Organization) (1996). Guidelines for infrastructure development through build-operate-transfer (BOT) projects.

Uysal, B., Yorulmaz, M. (2018). Sağlıkta Kalite Standartları Ve Bilişsel Mahremiyet. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi Sayı: 16, 2018, ss. 24-33.

Uysal, Y. (2019). Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 14 (3), 877 – 898.

Yescombe, E.R. (2014). Principles of project finance. USA: Elsevier

Yıldırım, M. A. (2006). Proje finansmanı uygulamaları ile bir sektörün geliştirilmesi (hidro elektrik santral uygulaması). Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Yorulmaz, M. (2019). An Overview of Health Tourism, (Editör) Meciar, M., Gökten, K. ve Eren, A. A.: Economic and Business Issues in Retrospect and Prospect içinde (ss.343-354) London: IJOPEC Publication Limited.