



Cilt/Volume :9 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2023 (NİSAN) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

İÇİNDEKİLER

İNDEKSLER VE NİSAN SAYISI HAKEM LİSTESİ

- HASTANE HİZMETLERİ ALT SEKTÖRÜNÜN FİNANSAL PERFORMANSININ TREND ANALİZİYLE İNCELENMESİ** (Öğr. Gör. Esra AVAN) (Araştırma Makalesi 1-11)
- TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTA KULLANICILARININ BİLGİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİNDE BİR UYGULAMA** (Prof. Dr. Emine ORHANER, Öğr. Gör. Engin YAVAŞ) (Araştırma Makalesi 12-24)
- NETNOGRAFİK BİR ŞİKÂYET ARAŞTIRMASI: BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ (2018-2022)** (Dr. Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR, Öğr. Gör. Hacer GÜNGÖRDÜ, Doç. Dr. Haydar HOŞGÖR) (Araştırma Makalesi 25-38)
- EBEVEYNLERE GÖRE: OLUMSUZ AŞI TUTUM NEDENLERİ VE OLUMSUZ TUTUMLARININ AZALTILMASIYLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİ** (Dr. Öğr. Üyesi Kazım BAŞ) (Araştırma Makalesi 39-48)
- SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ, EKONOMİK VE YAPISAL ETKİLER** (Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Fevzi Gün, Dr. Öğr. Üyesi Demet TOPAL KOÇ) (Araştırma Makalesi 49-68)
- SYSTEMATIC REVIEW OF STUDIES OF HEALTH TOWARDS BIRTHDAY PARTIES FIGURE IN TURKEY** (Öğr. Gör. Mustafa FİLİZ) (Araştırma Makalesi 69-82)
- SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI: PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ ÜZERİNDEN BİR ARAŞTIRMA** (Esra TOPÇUOĞLU, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ) (Araştırma Makalesi 83-101)
- AYDIN İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN EBELERİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞI İLE ÖRGÜTSEL SESSİZLİK NEDENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ** (Büşra KARABULUT, Prof. Dr. Ayden ÇOBAN) (Araştırma Makalesi 102-112)
- TAMAMLAYICI ÖZEL SAĞLIK SİGORTASINDA TOPLUMSAL ALGI** (Prof. Dr. Aykut EKİYOR, Merve AKÇINAR) (Araştırma Makalesi 113-127)
- İŞGÖRENLERİN SİNİZM SEVİYESİ İLE MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ** (Öğr. Gör. Dr. Erhan USLU) (Araştırma Makalesi 128-138)
- NETWORK YÖNTEMİ İLE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE ZOONOTİK HASTALIKLARIN MODELLENMESİ: 2010-2017 YILLARI ÖRNEĞİ** (Dr. Öğr. Üyesi Elçin GÜVEN, Prof. Dr. Halil TUNALI) (Araştırma Makalesi 139-154)



Cilt/Volume :9 Sayı/Issue :1 Yıl/Year :2023 (NİSAN) ISSN-2149-6161

İNDEKSLER



HAKEMLER

Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR
Prof. Dr. Cemalettin AKTEPE
Prof. Dr. Haşim ÖZÜDOĞRU
Prof. Dr. Latif ÖZTÜRK
Prof. Dr. Mehmet ARSLAN
Prof. Dr. Ramazan ERDEM
Prof. Dr. Sedat BOSTAN
Prof. Dr. Tülin DURUKAN
Doç. Dr. Ahmet KAR
Doç. Dr. Alper GÜZEL
Doç. Dr. Bünyamin DEMİRGİL
Doç. Dr. Emine ASLAN
Doç. Dr. Gülbeyaz BARAN DURMAZ
Doç. Dr. Halil ŞENGÜL
Doç. Dr. Mustafa Ağâh TEKİNDAL
Doç. Dr. Mümin Mehmet KOÇ
Doç. Dr. Naim KARAGÖZ
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ
Doç. Dr. Nursen BOLSOY
Doç. Dr. Sümeyye ÖZMEN
Doç. Dr. Yeliz MERCAN
Doç. Dr. Zafer ADIGÜZEL

Aydın Adnan Menderes Üniv.
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Süleyman Demirel Üniversitesi
Ordu Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Kırıkkale Üniversitesi
Gazi Üniversitesi
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
İzmir Bakırçay Üniversitesi
Dicle Üniversitesi
Sabahattin Zaim Üniversitesi
İzmir Katip Çelebi üniversitesi
Kırklareli Üniversitesi
Cumhuriyet Üniversitesi
Süleyman Demirel Üniversitesi
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Kırklareli Üniversitesi
Medipol Üniversitesi



HASTANE HİZMETLERİ ALT SEKTÖRÜNÜN FİNANSAL PERFORMANSININ TREND ANALİZİYLE İNCELENMESİ

INVESTIGATION OF THE FINANCIAL PERFORMANCE OF THE HOSPITAL SERVICES SUB-SECTOR BY TREND ANALYSIS

Öğr. Gör. Esra AVAN

Şirnak Üniversitesi, esrasap33@gmail.com, orcid.org/0000-0002-7013-0359

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (21.07.2022-10.04.2023)

Öz

Sağlık kurumlarında finansal yönetim uygulamaları kapsamında finansal analiz giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Nitekim sağlık hizmeti sunumunda temel rol alan hastanelerin finansal performansının değerlendirilmesi sağlık sektörünün devamlılığı için gereklidir. Bu araştırmanın amacı hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansını trend analizi yöntemiyle incelemektir. Araştırma verileri 2009-2020 dönemi için Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası'ndan elde edilmiştir. Trend analizi için 2009 yılı temel yıl alınarak diğer yıllardaki hesapların temel yıl hesaplarına göre değişim yüzdeleri hesaplanmıştır. Analizin gerçekleştirilmesinde Microsoft Excel programından yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda hastane hizmetleri alt sektörünün duran varlıklarının ve özkaynaklarının temel yıla kıyasla sürekli arttığı tespit edilmiştir. Dönen varlıkların ve Kısa Vadeli Yabancı Kaynakların 2019 yılında, Uzun Vadeli Yabancı Kaynakların ise 2018 yılında düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Enflasyon göz önüne alındığında bu artışın gerçekleşmesi doğal bir süreçtir. Gelecek araştırmalarda enflasyon vb. faktörlerin de analiz kapsamına alınması önerilmektedir. Bu kapsamda farklı analiz yöntemleriyle araştırmaların artırılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Eğilim yüzdesi, finansal analiz, finansal performans, hastane, trend analizi

Abstract

Financial analysis has become increasingly important within the scope of financial management practices in health institutions. As a matter of fact, it is necessary the evaluation of the financial performance of hospitals, which play a fundamental role in the provision of health services for the continuity of the health sector. The aim of the study is to examine the financial performance of the hospital services sub-sector by trend analysis method. Research data were obtained from the Central Bank of the Republic of Turkey for the period of 2009-2020. It was taken that 2009 as the base year for the trend analysis. It was calculated that the percentages of change of the accounts of other years to the base year accounts. It was used that Microsoft Excel program in the analysis. As a result of, it was determined that the fixed assets and equity of the hospital services sub-sector increased continuously compared to the base year. It was observed that current assets and short term liabilities decreased in 2019 and long term liabilities in 2018. When inflation is taken into account, the realization of this increase is a natural process. It is suggested that factors such as inflation should be



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

included in the analysis in future studies. In this context, it would be beneficial to increase research with different analysis methods.

Keywords: Financial analysis, financial performance, hospital, trend, trend analysis

GİRİŞ

Güncel ekonomik gelişmeler tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de finansal sürdürülebilirliği ön plana çıkarmıştır. Pandemi döneminde önemi daha da anlaşılan sağlık kurumları sağlık hizmeti sunumunun temel yapı taşlarıdır. Sağlıklı bir toplum ve sağlıklı bir ekonomi için sağlık kurumlarının finansal sürdürülebilirliği önemli bir gerekliliktir. Bu bağlamda sağlık kurumlarının finansal sürdürülebilirliği için mevcut durumları değerlendirilmeli, kar- zarar durumlarına göre finansal planlamalarını düzenlemeleri gerekmektedir. Bu kapsamda faydalı sonuçlar sunan finansal analizler giderek artan öneme sahip olmuştur.

Faaliyet sonuçlarının/ performansın değerlendirilmesi, kararlara ve planlara temel oluştur, maliyetlerin, kapasitelerin ve fiyatlandırma politikası incelenmesine olanak sağlayan (Saraç, 2012:30) finansal analiz finansal tabloların analizini içermektedir (Kargın, 2010:21). Finansal analizin başarılı olması hususundaki birincil faktör finansal tabloların sağlıklı bir şekilde hazırlanıp analizde kullanılan verilerin ve bilgilerin doğru olmasıdır. Finansal tablolardaki verilerin doğruyu yansıtmaması durumunda, hangi tür analiz yöntemi kullanılmış olursa olsun sağlıklı bir sonuç alınmasına imkân yoktur. Bunun yanı sıra işletmenin yer aldığı sektörün özelliklerinin belirlenmesi, incelenen işletmenin üretim, fiyat, finansman, kar dağıtımı gibi politikalarının ve muhasebe yöntemlerinin bilinmesi gereklidir. Ayrıca, incelenen dönemdeki ekonomik şartlar, eğilimlerin tespit edilmesi ve çevre koşullarının da bilinmesi gereklidir (Koçyiğit vd, 2022:167).

Finansal tablo analiz türleri amacına göre, içeriğine göre ve analizi yapana göre üç temel gruba ayrılmaktadır. Amacına göre finansal analiz yatırım, kredi ve yönetim analizinden oluşmaktadır. İçeriğine göre finansal analiz statik ve dinamik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Analizi yapanın niteliğine göre finansal analiz iç analiz ve dış analiz türlerinden oluşmaktadır (Yaslıdağ, 2012:159). Finansal tablo analiz teknikleri Oran Analizi, Karşılaştırmalı Tablolar Analizi, Yüzde Yöntemiyle Analiz ve Trend Analizi olmak üzere 4 başlıktan oluşmaktadır (Clemenson ve Sellers, 2013:257).

Trend (Eğilim Yüzdeleri) Analizi işletmenin finansal durumu ve faaliyet sonuçlarının uzun dönemdeki trendlerini inceleyen analiz tekniğidir. Bu analiz tekniğinde işletmenin finansal durumuna ve faaliyet sonuçlarına ilişkin kalemlerin uzun dönemler itibari ile değişiminin trendleri (eğilimleri) belirli bir yılın finansal tablosundaki rakamlara endeksenerek analiz edilmektedir. Bu amaçla özellikle aralarında anlamlı ilişkiler kurulabilen kalemlerin analizde baz alınan yıllara göre uzun dönemde göstermiş olduğu değişim yönü belirlenerek bu kalemler arasındaki eğilimin etkileşimi incelenmektedir (Topak, 2010:193). Bu yöntemde, birbirini izleyen dönemlere ait mali tablolarda yer alan kalemlerin, temel veya baz alınan mali tablo kalemlerine göre gösterdiği artış veya azalışlar yüzde olarak hesaplanmaktadır (Kaya, 2015:163-164).

Sağlık kurumlarında finansal performansın değerlendirilmesinde çeşitli yöntemlerden yararlanılmaktadır (Aydemir, 2018; Bozdemir ve Güley, 2022; Bülüç vd., 2018; Çil Koçyiğit vd., 2022; Çil Koçyiğit, 2022; Işıkçelik vd., 2021; Işıkçelik vd., 2022; Karadeniz ve Koşan, 2017; Karadeniz, 2016; Karataş ve Çınaroğlu, 2023; Turgut vd., 2019). Gerek sağlık kurumlarının gerekse hastane hizmetleri alt sektörünün finansal durum değerlendirmesinde bu yöntemler kullanılmaktadır. Trend analizi bu amaçla kullanılan yöntemlerden biridir. Bu bağlamda bu

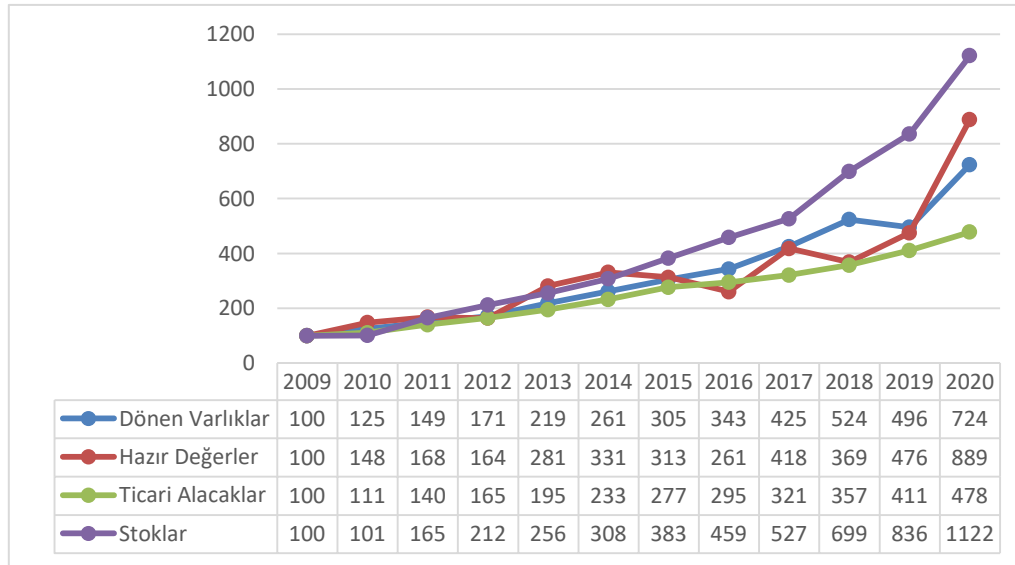
araştırmanın amacı hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının trend analizi yöntemiyle incelenmesidir. Literatür incelendiğinde hastane hizmetleri sektörünün mali durumun çeşitli yöntemlerle analiz edildiği ancak trend analizinin bu yöntemlerden biri olmadığı gözlemlenmiştir. Araştırmanın bu bağlamda özgün olduğu düşünülmektedir.

YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansını trend analizi yöntemiyle incelemektir. Araştırma verileri TCMB (2022) tarafından verisi yayımlanan Q-86-İnsan sağlığı hizmetleri sektörü Q-861-Hastane hizmetleri alt sektörüne ait 2009-2020 yıllarının finansal tablolarından oluşmaktadır. Bu kapsamda 2009 yılında 669, 2010'da 861, 2011'de 964, 2012'de 1210, 2013'te 1836, 2014'te 1797, 2015'te 1853, 2016'da 1887, 2017'de 2008, 2018'de 2302, 2019'da 2537 ve 2020 yılında 2613 hastaneye ait konsolide bilanço ve gelir tablosu hesap kalemleri analiz edilmiştir. Trend analizi için 2009 yılı temel yıl alınarak diğer yıllardaki hesapların temel yıl hesaplarına değişim yüzdeleri hesaplanmıştır. Analizin gerçekleştirilmesinde Microsoft Excel programından yararlanılmıştır. Araştırmada kamuya açık ve erişilebilir verilerin kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır.

BULGULAR

Bu araştırmada hastane hizmetleri alt sektörünün 2009-2020 finansal performansı trend analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Bu kapsamda sektörde faaliyet gösteren hastanelerin varlık durumları, kaynak yapıları ve kar/ zarar performanslarının yıllar itibarıyla gösterdiği değişim

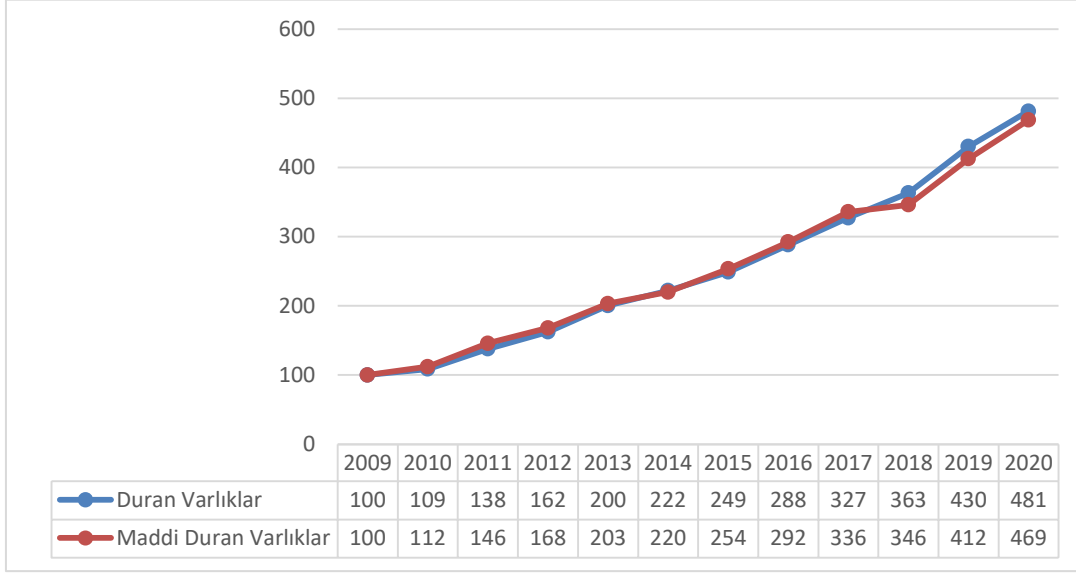


grafikler yardımıyla yorumlanmıştır.

Şekil 1: Dönen Varlıklar, Hazır Değerler, Ticari Alacaklar ve Stoklar Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

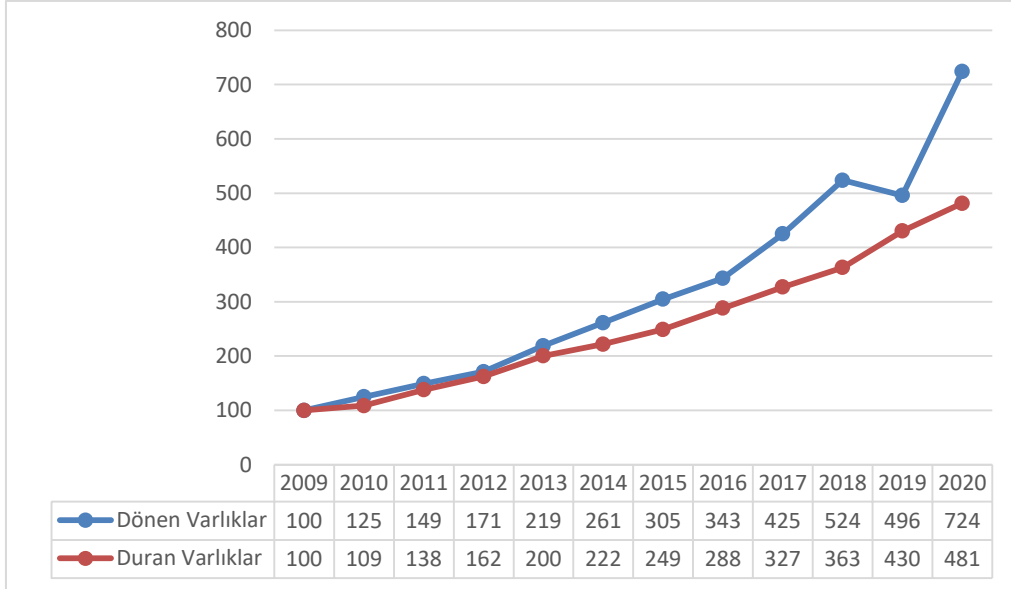
Şekil 1'de Dönen Varlıklar ve alt kalemleri olan Hazır Değerler, Ticari Alacaklar ve Stoklar hesap kalemlerinin 2009-2020 trend analizi bulguları yer almaktadır. Dönen varlıkların temel yıla kıyasla diğer yıllarda sürekli arttığı gözlemlenmiştir. Hazır Değerlerin 2015'e kadar dalgalanma

göstererek arttığı, 2015'ten 2016'ya düştüğü, sonrasında ise artarak yükseldiği görülmektedir. Ticari alacaklar da 2009'a kıyasla diğer yıllarda sürekli bir artış göstermiştir. Stoklarda da artış trendi mevcut olmakla birlikte bu trendin son yıllarda aşırı olduğu görülmektedir.



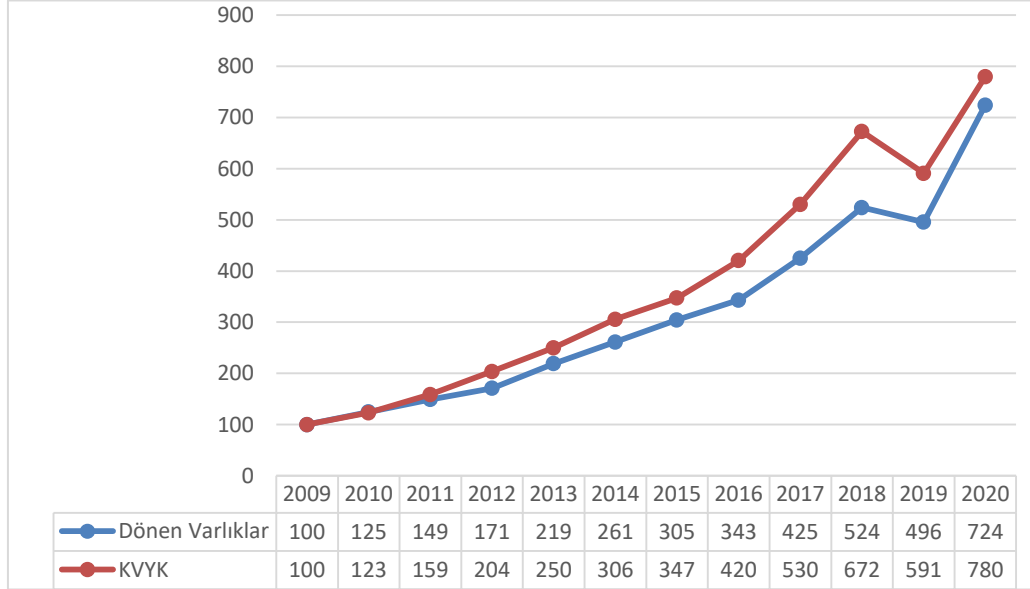
Şekil 2: Duran Varlıklar ve Maddi Duran Varlıklar Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

Şekil 2'de Duran Varlıklar ve Maddi Duran Varlıklar trend analizi bulguları yer almaktadır. Temel yıla kıyasla diğer yıllarda Duran Varlıklar artmıştır. Maddi Duran Varlıklar hesabında da aynı şekilde bir artış görülmektedir.



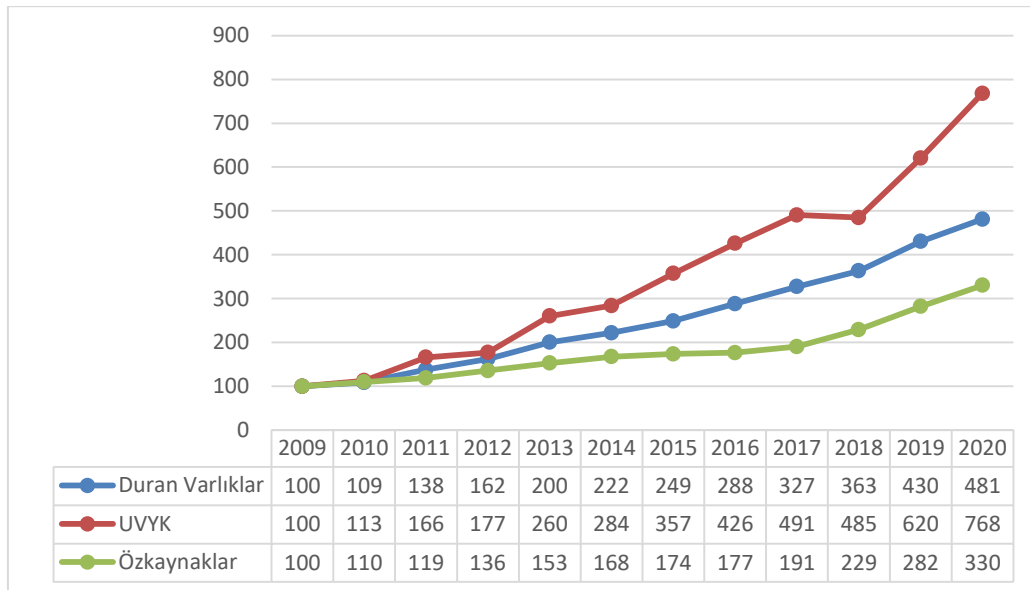
Şekil 3: Dönen Varlıklar ve Duran Varlıklar Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

Hastanelerin varlık yapısındaki değişimi görmek amacıyla Şekil 3'te Dönen Varlıklar ve Duran Varlıklar hesap kalemlerinin trend analizi bulguları sunulmuştur. Dönen Varlıklar temel yıla kıyasla 2018'e kadar artmış ancak 2019'da düşmüş, 2020'de yeniden artmıştır. Duran Varlıklar temel yıla kıyasla diğer yıllara kıyasla sürekli bir şekilde artmıştır.



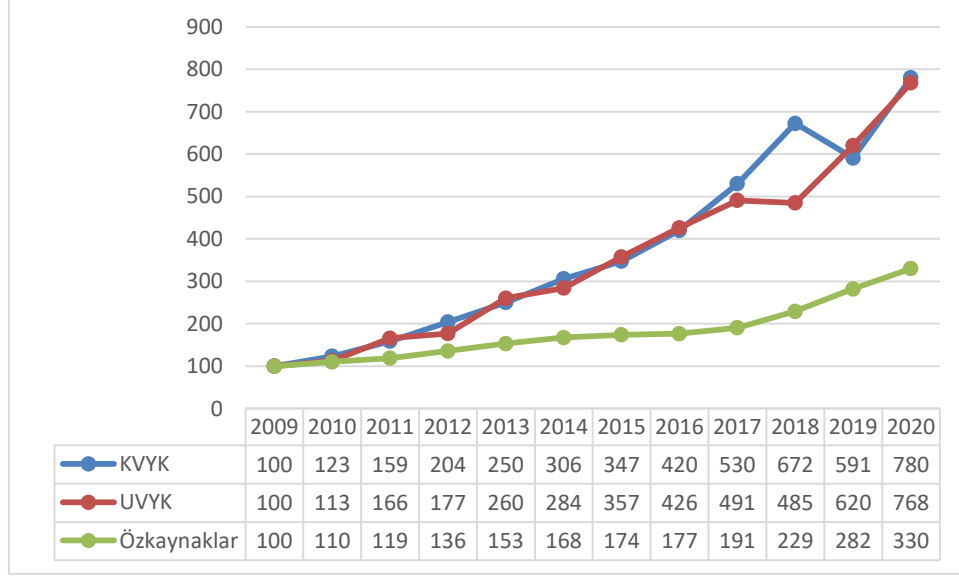
Şekil 4: Dönen Varlıklar ve KVKYK Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

Vade Uyumu Kuralına göre Dönen Varlıkların KVKYK ile finanse edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda iki hesap kalemini birlikte yorumlamak için Şekil 4'te Dönen Varlıklar ve KVKYK trend analizi bulguları verilmiştir. Dönen Varlıklar temel yıllara kıyasla 2018'e kadar artmış, 2019'da düşmüş ve 2020'de yeniden artmıştır. KVKYK hesabında da aynı trend görülmektedir. Bu durum Dönen Varlıklarla KVKYK'ın uyumlu olduğunu göstermektedir.



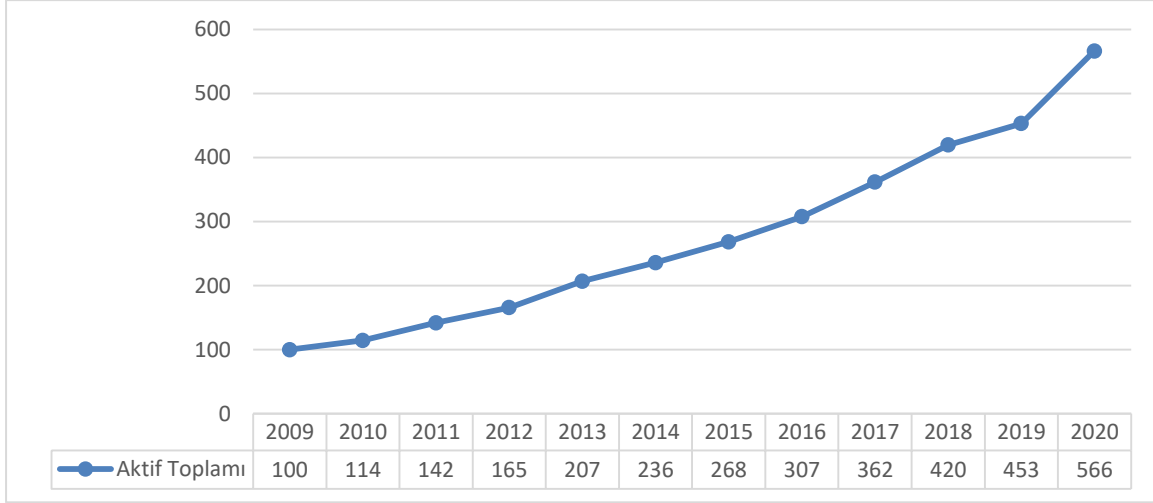
Şekil 5: Duran Varlıklar, UVYK ve Özkaynaklar Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

Vade Uyumu Kuralına göre Duran Varlıklar ve Özkaynaklar ile finanse edilmelidir. Bu kapsamda Şekil 5'te Duran Varlıklar, UVYK ve Özkaynaklar trend analizi bulguları sunulmuştur. Duran Varlıklar temel yıla kıyasla diğer yıllarda sürekli bir artış göstermiştir. UVYK 2017 yılına kadar artmış, 2018'de biraz düşmüş, sonrasında yine yükselmiştir. Özkaynaklar temel yıla kıyasla 2020 yılına kadar sürekli bir artış göstermiştir.



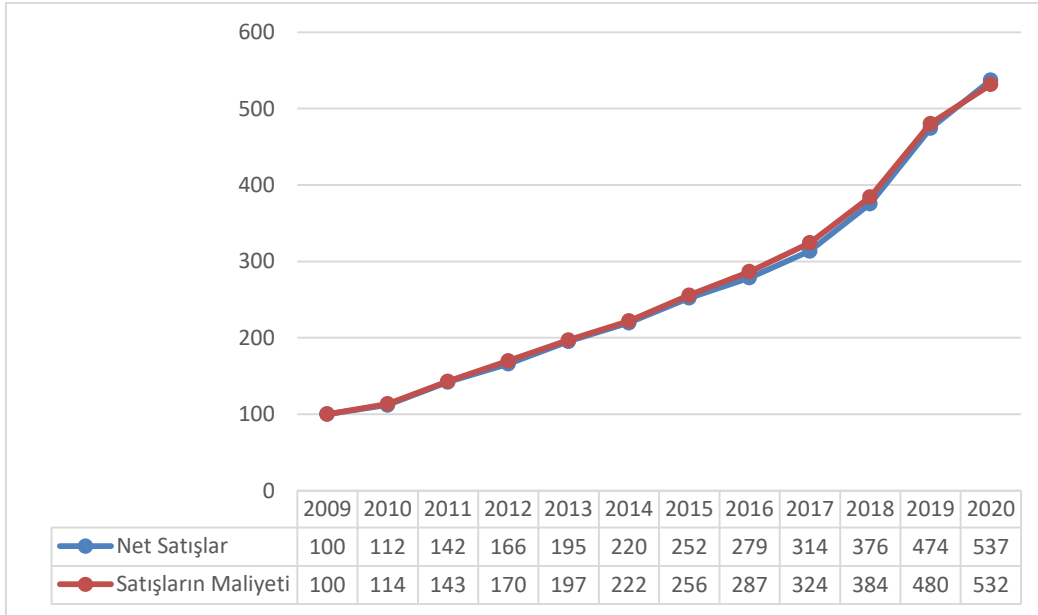
Şekil 6: KVKYK, UVYK ve Özkaynaklar Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

Araştırma kapsamındaki hastanelerin kaynak yapısındaki değişimler gözlemlemek amacıyla Şekil 6'da KVKYK, UVYK ve Özkaynaklar trend analizi bulgularına yer yer verilmiştir. KVKYK temel yıllara kıyasla 2018'e kadar artmış, 2019'da düşmüş ve 2020'de yeniden artmıştır. UVYK 2017 yılına kadar artmış, 2018'de biraz düşmüş, sonrasında yine yükselmiştir. Özkaynaklar temel yıla kıyasla 2020 yılına kadar sürekli bir artış göstermiştir.



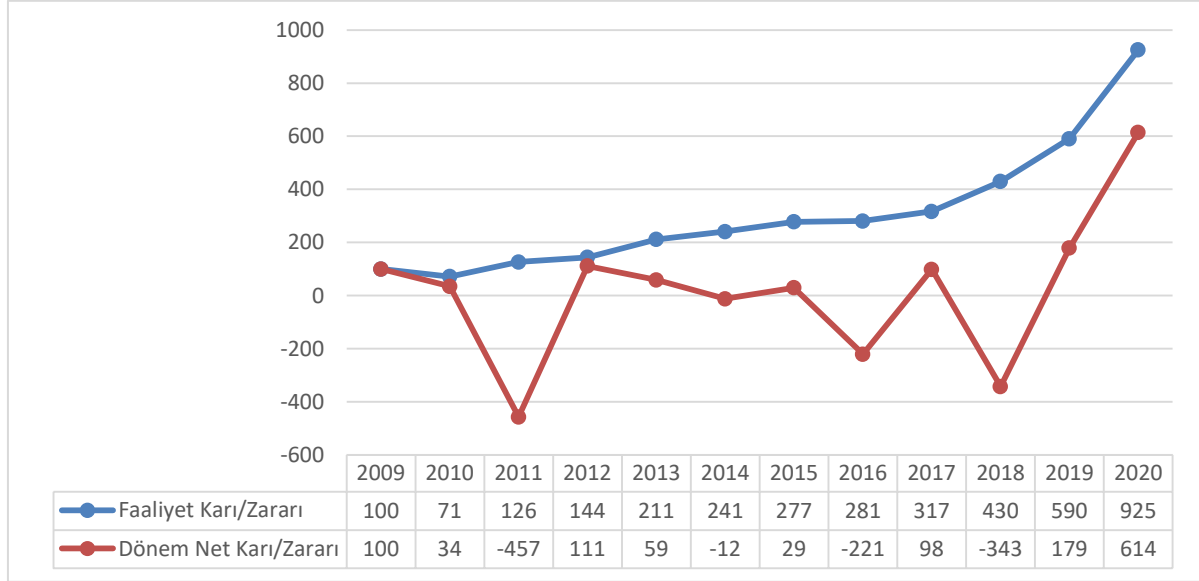
Şekil 7: Aktif Toplamı Trend Analizi Bulguları

Şekil 7’de Aktif aynı zamanda pasif toplamı trend analizi bulguları yer almaktadır. Hastanelerin varlıklarının ve kaynaklarının temel yıla kıyasla sürekli artış gösterdiği saptanmıştır.



Şekil 8: Net Satışlar ve Satışların Maliyeti Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

Şekil 8’de Net Satışlar ve Satışların Maliyeti trend analizi bulguları sunulmuştur. Net Satışlar ve Satışların Maliyeti hesaplarının her ikisinde de temel yıla kıyasla aynı yönde artış trendi gözlemlenmektedir.



Şekil 9: Faaliyet Karı/ Zararı ve Dönem Net Karı/ Zararı Hesap Kalemlerinin Trend Analizi Bulguları

Faaliyet Karı/Zararı ve Dönem Net Karı/Zararı trend analizi bulguları Şekil 9'da yer almaktadır. Faaliyet Karı/Zararı hesabına bakıldığında temel yıla kıyasla 2010 yılında zarar edildiği, sonrasında kar ettiği ve karlılığın arttığı görülmektedir. Bu durum hastanelerin sağlık hizmeti sunumundan genel anlamda kar ettiğini göstermektedir. Hastanelerin tüm faaliyetleri sonucundaki karlılık durumunu gösteren Dönem Net Karı Zararı hesabı incelendiğinde 2011, 2014, 2016 ve 2018 yıllarında mevcut durumda zarar edildiği, temel yıla kıyasla ayrıca 2010, 2013, 2015, 2017 yıllarında da zarar edildiği, 2012, 2019 ve 2020 yıllarında kar edildiği saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Hastane hizmetleri alt sektörünün 2009-2020 finansal performansı trend analizi yöntemiyle değerlendirildiği bu çalışmada dönen varlıkların temel yıla kıyasla 2018'e kadar arttığı ancak 2019'da düştüğü, 2020'de yeniden arttığı sonucuna ulaşılmıştır. KVKYK hesabında da aynı trend görülmektedir. UVYK 2017 yılına kadar artmış, 2018'de biraz düşmüş, sonrasında yine yükselmiştir. Özkaynaklar temel yıla kıyasla 2020 yılına kadar sürekli bir artış göstermiştir. Hastanelerin aktiflerinin ve pasiflerinin temel yıla kıyasla sürekli artış gösterdiği saptanmıştır. Sektörün satış maliyetlerinde ve satışlarında temel yıla kıyasla aynı yönde artış trendi gözlemlenmektedir. Faaliyet Karı/Zararı hesabına bakıldığında temel yıla kıyasla 2010 yılında zarar edildiği, sonrasında kar ettiği ve karlılığın arttığı görülmektedir. Dönem Net Karı/Zararı hesabına bakıldığında temel yıla kıyasla 2012, 2019 ve 2020 yıllarında kar, diğer yıllarda zarar edildiği saptanmıştır. Genel olarak sağlık kurumlarının finansal durumlarını düzenli bir eğilim göstermemekte, düzensiz dalgalanmalar göstermektedir. Bu durumun genel ekonomik gelişmelerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde hastane hizmetleri alt sektörünün finansal durumunu trend analizinden farklı yöntemlerle analiz eden araştırmalar görülmektedir. Karadeniz (2016) tarafından yapılan çalışmada oran analizi yöntemi kullanılmış olup hastane hizmetleri alt sektörünün likiditesinin zayıf, yabancı kaynak ağırlıklı finansmana sahip olduğu ve karlılık açısından olumsuz değerlere



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

sahip olduğu saptanmıştır. Aydemir (2018) tarafından aynı yöntemle analiz yapılmış olup finansal yapının borç ağırlıklı ve karlılığın düşük olduğunu neticesine varmıştır. Karadeniz ve Koşan (2017)'in araştırmasında DuPont analizi kullanmış olup hastane hizmetleri alt sektörünün karlılıklarının 2012 ve 2014 yıllarında pozitif, 2013 yılında negatif, maliyetin yüksek, yabancı kaynak kullanımının fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yiğit (2020) hastane hizmetleri sektörünün finansal durumunu TOPSİS ve Altman Z Skor Modeli ile ölçmüştür. Çalışma neticesinde finansal sağlık düzeyinin kötüye gittiği ve finansal riskin arttığı saptanmıştır. Bir diğer araştırmada CRITIC temelli TOPSİS yöntemiyle analiz yapılmış olup hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansında yıllar itibariyle dalgalanma görüldüğü saptanmıştır (Erkılıç, 2021). Işıkçelik vd. (2022) tarafından DuPont Analiz Tekniği, Finansal Güç İndeksi ve Hastane Finansal Yaşam İndeksi ile analiz yapılmıştır. Araştırmada hastane hizmetleri sektöründe likiditenin düşük, yabancı kaynak kullanımının çok, karlılıkların düşük olduğu sonucun ulaşılmıştır.

Literatürde sağlık kurumlarının finansal performansının trend analiziyle değerlendirildiği çalışmalar araştırıldığında sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmaktadır. Özgülbaş (2006) kamu hastanelerinin 1996-2000 yılları finansal durumlarını trend analiziyle değerlendirmişlerdir. Araştırmada oran analizi yöntemiyle elde edilmiş finansal oranların trendi incelenmiş olup likidite oranlarının dalgalanma gösterdiği, özkaynak ağırlıklı finansman izlediği, karlılıklarının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bülüç vd. (2017c) bir kamu hastanesinin Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması öncesi ve sonrası finansal durumunu trend analiziyle incelemişlerdir. 2008-2016 yılı verilerinin analiz edildiği araştırmada hastanenin yapılanma sonrasında, öncesine oranla KYVK'nın artış trendinin, özkaynaklarının düşüş trendinin ve net satışların artış trendinin daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Bülüç vd. (2018) kamu üniversite hastanelerinin 2013-2017 yılı finansal performansını trend analiziyle değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda üniversite hastanelerinin finansal açıdan problem yaşadığı, zarar ettiği ve 2015 yılı hariç bu zararlarının arttığını tespit etmişlerdir. Kaya ve Biçer (2022) iki kamu hastanesinin birleşmesi öncesi (2013-2015 yılları) ile birleşme sonrası (2016-2018 yılları) finansal performansını trend analiziyle incelemişlerdir. Araştırmada hastanelerin dönen varlıklarının ve duran varlıklarının dalgalanma gösterdiği, KVK'nın arttığı ve özkaynaklarının düştüğü sonucuna ulaşmışlardır. Karataş ve Çınaroğlu (2023) iki özel hastanenin 2017-2021 finansal performansını değerlendirmede trend analizinden yararlanmışlardır. 2017 yılının temel alındığı araştırmada hastanelerden birinin finansal kalemlerinde sürekli artış görülmekteyken diğer hastanede özellikle Covid-19 başlangıcından sonra düşüş görülmüştür.

Hastane hizmetleri alt sektörünün varlıklarının ve kaynaklarının temel yıla kıyasla diğer yıllarda genel anlamda arttığı saptanmıştır. Sadece dönen varlıklarda ve KVK'da 2019 yılında, UYVK'da 2018 yılında düşüş gözlemlenmiştir. Enflasyon göz önüne alındığında bu artışın gerçekleşmesi doğal bir süreçtir. Gelecek araştırmalarda enflasyon vb. faktörlerin de analiz kapsamına alınması önerilmektedir. Bu kapsamda farklı analiz yöntemleriyle araştırmaların artırılması da faydalı olacaktır. Literatür incelendiğinde genelde bir veya birkaç yöntemin bir arada kullanılarak finansal analiz yapan araştırmalar bulunmaktadır. Gelecek araştırmalarda tüm finansal analiz tekniklerinin bir arada kullanılarak analizler yapılmasının daha kapsamlı sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

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



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

- Akdoğan, N. ve Tenker, N. (1991). Tekdüzen Muhasebe Sisteminde Mali Tablolar ve Oran Analizi, Ankara.
- Aydemir, İ. (2018). "Hastanelerde Finansal Performansın Değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Uygulama", USAYSAD, 4(2):133-149.
- Bozdemir, E. ve Güley, A.Ö. (2022). "Sağlık Hizmeti Sunan Özel İşletmelerin Finansal Analizi: Merkez Bankası Verileri Üzerine Bir Çalışma", İşletme Bilimi Dergisi, 10(3), 337-361.
- Bülüç F, Özkan O, Ağırbaş İ (2018). Üniversite Hastanelerinin Finansal Performansının Trend Analiziyle Değerlendirilmesi, 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 11-13 Ekim 2018, Muğla, 1226-1233 (sözlü bildiri).
- Bülüç, F., Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2017a). "Oran Analizi Yöntemiyle Özel Hastane Finansal Performansının Değerlendirilmesi", International Journal of Academic Value Studies, 3(11), 64-72.
- Bülüç, F., Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2017b), "Üniversite Hastanelerinin Finansal Performansının Oran Analizi Yöntemiyle Değerlendirilmesi", BMIJ, 5(2),268-281.
- Bülüç, F., Özkan, O., Şahan Öztürk, N. ve Ağırbaş, İ. (2017c). "Hastane Finansal Durumunun Trend Analizi Yöntemiyle Değerlendirilmesi", 1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 13-15 Ekim 2017, Trabzon (sözlü bildiri).
- Clemenson, B. ve Sellers R.D. (2013). "Educational Case Hull House: an Autopsy of Not-For-Profit Financial Accountability. Journal of Accounting Education", 31,257.
- Çil Koçyiğit, S. Bıyık, E. ve Ertaş, Ş. (2022). "Özel Bir Sağlık İşletmesinin Finansal Performansının Trend Analizi ile Değerlendirilmesi", Abant Sosyal Bilimler Dergisi, 22(1),165-180.
- Erkılıç, C.E. (2021). "Hastane Hizmetleri Sektörünün CRITIC Temelli TOPSIS Yöntemi ile Finansal Performansının Değerlendirilmesi", Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 46,63-84.
- Işıkçelik, F., Durur, F. ve Günaltay, M.M. (2021). "Özel Hastane Finansal Performansının DuPont Finansal Analiz Yöntemiyle Değerlendirilmesi", Alanya Akademik Bakış Dergisi, 5(2),773-791.
- Işıkçelik, F., Turgut, M. ve Ağırbaş, İ. (2022). "Hastanelerde Finansal Performansın Farklı Analiz Yöntemleri ile Değerlendirilmesi", Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 13(34), 505-519.
- Karadeniz, E. (2016). "Hastane Hizmetleri Alt Sektörünün Finansal Performansının İncelenmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Sektör Bilançolarında Bir Uygulama", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(2),101-114.
- Karadeniz, E. ve Koşan, L. (2017). "Hastane Hizmetleri Sektörünün Aktif ve Özsermaye Karlılık Performansının Analizi: Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında Bir Araştırma", İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 5(1),37-47.
- Karataş, Y. E. ve Çınaroğlu, S. (2023). "Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren İşletmelerin Konsolide Finansal Tablo Analizi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1), 149-174.
- Kargın, M. (2010). Muhasebe Verileri Olarak Finansal Oranlar ve İstatistiksel Özellikleri, Ankara.
- Kaya, F. (2015). Finansal Yönetim, İstanbul:Beta Yayıncılık.
- Kaya, Y. ve Biçer, E.B. (2022). "Hastane Birleşmelerinin Finansal Analizi: Kamu Hastanelerinde Bir Uygulama", USAYSAD, 8(1),69-94.
- Özgülbaş, N. (2006). "Türkiye'de Kamu Hastanelerinin Finansal Durum Değerlendirmede Kullanılabilecekleri Bir Yöntem: Trend Analizi", Muhasebe ve Finansman Dergisi, 0(29),129-139.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Saraç, M. (2012). Finansal Yönetim. İstanbul: Sakarya Yayıncılık.
- TCMB (2022). Metaveri. https://www3.tcmb.gov.tr/sector/dosyalar/menu/metadata_tr.pdf , 09.07.2022.
- Topak, M.S. (2010). Finansal Tablolar Analizi, İstanbul Üniversitesi.
- Turgut, M., Işıkçelik, F. ve Ağırbaş, İ. (2019). Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizi ve Finansal Analiz, İsmail Ağırbaş (Ed.) Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Kurumları Yönetiminde Temel Konular içinde (135-169). Ankara:Siyasal Kitabevi.
- Yaslıdağ, B. (2012). Finansal Yönetim. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Yiğit, V. (2020). “Hastane Hizmetleri Alt Sektörünün Finansal Performans Analizi”, USAYSAD, 6(3),609-624.



**TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTA KULLANICILARININ BİLGİ VE
MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA İLİNDE
BİR UYGULAMA**

**A STUDY OF KNOWLEDGE AND SATISFACTION LEVELS OF
COMPLEMENTARY HEALTH INSURANCE USERS: AN APPLICATION IN
ANKARA PROVINCE**

Prof. Dr. Emine ORHANER

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, eorhaner@gazi.edu.tr, orcid.org/0000-0002-4448-2684

Öğr. Gör. Engin YAVAŞ

Balıkesir Üniversitesi, engin_yavas@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-0371-5453

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.11.2022- 10.01.2023)

Öz

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Türkiye’de on yıldır sağlık harcamalarının bir kısmını finanse etmektedir. Bu süre sonucunda üç milyona yaklaşan nüfus için sınırlı bir kapsamda da olsa finansal koruma sağlamaktadır. Hızla gelişen bu enstrümanın sürdürülebilirliği birçok faktörle ilişkilidir. Bu çalışmada, bu faktörlerden olan, kullanıcı memnuniyet ve bilgi seviyelerinin demografik değişkenler ile olan ilişkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için, tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi sahibi bireyler arasında kolayda örneklem yoluyla seçilen 152 kişiye hazırlanan anket forumu uygulanmıştır. Anket soruları sıralama ölçme düzeyinde olduğu için hipotez testi olarak parametrik olmayan yöntemlerden Mann-Whitney U kullanılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden alınana veriler analiz edildiğinde, çalışma kapsamında yer alan tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili yargıların bazı demografik değişkenlere göre farklar gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireyler arasında erkek olanların kadınlara göre tamamlayıcı sağlık sigorta poliçesi hakkında bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde özel kesimde çalışanların kamu kesimi çalışanlarına göre tamamlayıcı sağlık sigorta poliçesi hakkında bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigorta şirketlerinden alınan hizmetler için memnuniyet seviyeleri ile demografik değişkenler arasında herhangi anlamlı ilişkiye rastlanılmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Finansmanı, Özel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Abstract

Complementary Health Insurance has been financing some of the health expenditures in Turkey for ten years. As a result of this period, the population approaching three million provides financial protection. The sustainability of this rapidly developing instrument is related to many factors. In this study, it was aimed to

¹ Bu makale “Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Tüketicilerin Ayaktan Sağlık Hizmet Talepleri Üzerindeki Etkileri” başlıklı yayımlanmamış doktora tezinden türetilmiştir.

determine the relationship between user satisfaction and knowledge levels, which are among these factors, and demographic variables. In order to achieve this aim, a questionnaire prepared was applied to 152 people who were easily selected from among individuals who have supplemental health insurance policies. Mann-Whitney U, one of the non-parametric methods, was used as a hypothesis test because the survey questions were at the rank-measurement level. When the data obtained from the individuals participating in the study were analyzed, it was concluded that the judgments regarding complementary health insurance within the scope of the study differ according to some demographic variables. It has been revealed that among the individuals participating in the research, the level of knowledge about complementary health insurance policy is higher in men than in women. Similarly, it has been concluded that the level of knowledge of the private sector employees about the supplementary health insurance policy is higher than the public sector employees. No significant relationship was found between satisfaction levels and demographic variables for the services received from complementary health insurance companies.

Keywords: Health Financing, Private Health Insurance, Complementary Health Insurance

GİRİŞ

İnsanlar yaşamları boyunca sağlıklarını tehdit eden birçok etkene maruz kalmaktadır. Hastalık ve/veya kaza gibi olaylarla karşılaşıldığında sağlık durumu kötüleşen bireylerin sağlıklarına kavuşabilmesi için çok fazla enerji, zaman ve finansal kaynak kullanmaları gerekebilir. Sağlık sigortası planları, eski sağlıklarına dönmek isteyen bireylerin karşı karşıya kaldığı finansal harcama yükünü azaltmayı amaçlayan finansal koruma ürünüdür (Orhaner, 2018). Sağlık sigortaları, poliçede yazılı süreler içerisinde gerçekleşen sağlık sorunları ve sağlık sorunlarının yarattığı gündelik masrafları poliçede yazan genel ve özel şartlar çerçevesinde finansal koruma sağlamaktadır (Uygun, 2018, s. 214).

Özel sağlık sigortalarının (ÖSS) amacı; kişilerin sağlıklarını korumak, sağlıklarının bozulması halinde ortaya çıkan sağlık harcamalarını karşılamak, hastalanma ya da sakat kalma veya iş göremezlik nedeniyle gelirleri azalmışsa gelir sağlamaktır. (Orhaner, 2018: 176)

Özel Sağlık Sigortası

Risk paylaşım aracı olarak kullanılan ÖSS planları dönemlik primler karşılığında, ön görülemeyen sağlık risklerinin getirdiği büyük masraflara bağlı gelir kaybını önlemeye çalışarak gerekli tedaviye ulaşım için finansal engelleri kaldırmaktadır. Bu finansal engeller ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. ÖSS ülkelerin sosyal sigortası sisteminde yer alan boşlukları tamamlamak için farklı roller oynarlar. Ayrıca, sosyal sağlık sigortasının sunduğu imkanlardan daha fazlasını talep eden bireyler tarafından da talep edilmektedir. (Çelik, 2019)

Günümüzde sağlık sistemleri çeşitlilik göstermektedir. Bunun sebebi, sağlık sistemleri tasarımının altında ülkelerin kültürel, ekonomik, beşerî ve ideolojik farklılıkları yer almaktadır (Ateş, 2016). Dünyanın neresinde olursa olsun kamusal kaynakla yönetilen sağlık finansman sisteminin, sağlık riskleri ve sağlık harcamalarının tamamını kapsayabilecek bir kapasite ve hedefe sahip olması mümkün değildir (Thomson, Foubister, & Mossialos, 2009).

ÖSS'ye sahip olmak genellikle gönüllülük esasına dayalıdır ve poliçe satın almak için herhangi bir statü şartı aranmaz. Poliçe dönemleri genellikle bir yıldır ve sigorta primlerinin ödenmeye başlandığı tarih sigorta başlangıcı olarak kabul edilir (ORHANER ve EKİNCİ, 2019). Sosyal sağlık sigortalarından farklı olarak ÖSS şirketleri kâr amacı güden işletmelerdir. Bundan dolayı, zorunlu

sağlık sigortası sistemlerinde olduğu gibi ortak bir risk havuzu yoktur. Primler, bireylerin hastalık ve kaza risklerine göre bireysel olarak belirlenir. Bu yüzden ödenecek primler bireyler ve/veya gruplar arasında farklılık gösterir (Manavgat, 2019).

Kamu sağlık sistemlerinin sahip olduğu dört temel özelliğin niteliği ÖSS'nin gelişimini ve sistemde oynayacağı rolü belirlemektedir. Bu özellikler, 'özel sağlık sigortası pazar gelişiminin itici güçleri' olarak adlandırılmaktadır. Bu itici güçleri sıralayacak olursak; (Foubister, Thomson, Mossialos, & McGuire, 2006)

- Kamu sağlık sigortası hizmet kapsamı: Kamu sistemi tarafından kapsanan sağlık hizmetleri.
- Sağlık sigortası kapsamının derinliği: Sağlık hizmet bedellerinin kamu sağlık sigortası tarafından karşılanma oranı.
- Kamusal sağlık sigorta kapsayıcılığı; Kamu sağlık sigortası şemsiyesi altındaki nüfus oranı.
- Tüketici memnuniyeti; Sağlık bakım kalitesine ilişkin hasta algıları.

Bu itici güçlerin sağlık sistemi içerisindeki farklı ağırlıktaki yapısı, ÖSS sistemi için belirleyicidir. Buna bağlı olarak ÖSS'ler farklı sağlık sistemlerinde farklı tiplerde yer almaktadır. Bunlar; (Mossialos & Thomson, 2004)

- İkame edici özel sağlık sigortası (Substitutive Insurance)
- Tamamlayıcı sağlık sigortası (Complementary Health Insurance)
- Destekleyici sağlık sigortası (Supplementary Health Insurance)

Tablo 1: Özel Sağlık Sigortası Pazarlarının Fonksiyonel Sınıflandırması

Pazar Rolü	Pazar Gelişiminin İtici Gücü	Kapsamın Niteliği
İkame Edici Özel Sağlık Sigortası	Kamu sigorta kapsayıcılığı	Kamu sağlık sigortası dışında kalan ya da çıkmasına izin verilen nüfus grubunu için geliştirilmiştir.
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (Hizmetler için)	Kamu sağlık sigortası hizmet kapsamı	Kamu sağlık sigortasının karşılamadığı hizmetleri kapsar. Kamu sağlık hizmet paketini tamamlayıcı niteliktedir.
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (Kullanıcı ödemeleri için)	Kapsamın derinliği	Kamu sağlık hizmet paketinde bulunan hizmetlerin getirebileceği kullanıcı ödemelerini karşılar.
Destekleyici Sağlık Sigortaları	Tüketici memnuniyeti	Daha hızlı erişim ve kaliteyi artırıcı seçenekler sunar.

Kaynak: (Thomson & Mossialos, Private Health Insurance and The Internal Market, 2010)

ÖSS'ler her sağlık sisteminde farklı rol üstlenmektedir. İkame edici sağlık sigortaları, bireylerin ya da grupların kamusal sigorta sisteminden dışlandığı ya da farklı hizmet almak istediği durumlarda, kamusal sağlık sigortasının yerine kullanabilen ve benzer faydaları sunan bir yapıya sahiptir. Tamamlayıcı sağlık sigortaları (TSS) ise kamusal sağlık sigortası temel hizmet paketi dışında kalan hizmetler ve/veya temel hizmet paketi içerisinde olmasına rağmen cepten ek ödeme gerektiren sağlık hizmetlerinin ek ödemelerin finansmanında kullanılabilir. Bu bağlamda, TSS 'hizmetleri tamamlayan' ve 'cepten ek ödemeleri tamamlayan' sağlık sigortası olarak sağlık sisteminde iki farklı rolde kullanılabilir. Birçok insan sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim ve daha konforlu şartlarda hizmet sunan sağlık hizmetlerini talep edebilir. Destekleyici sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

sigortaları, kamusal sağlık hizmet paketinde yer alıp bu ileri konfor şartları için gerekli ek ödemeleri kapsamaktadır. (Thomson, Foubister, & Mossialos, 2009)

Türkiye’de uygulanan ilk ÖSS uygulaması, sosyal sigorta dışında kalan sigortalılar ile daha kaliteli ve hızlı sağlık hizmeti talep eden bireyler için sağlık risklerini teminat altına alan ikame edici ÖSS türüdür. Bu sigorta türü 2011 yılına kadar Türkiye’de grup ve ferdi poliçeler çerçevesinde tek ÖSS türü olmuştur. Sağlıkta dönüşüm programının kazanımlarından olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi ile Türkiye nüfusunun tamamının kamusal sağlık sigorta kapsamı altına alma hedefi TSS’nin ülke pazarına girmesi için itici güç olmuştur.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

TSS genellikle bir ülkenin kamusal sağlık sigortalıları kapsamında yer alan boşlukları ele almaktadır. Bu sigorta türü, kamusal sağlık sisteminin cevap veremediği ya da sistemin finansal desteklere ihtiyaç duyduğu alanları göz önüne alarak sınırlı bir kapsam sunmaktadırlar. TSS, ek ödemeler gibi kalan sağlık bakım maliyetlerini üstlenebileceği gibi kamusal sağlık sigortası temel hizmet paketi dışında kalan sağlık hizmetleri içinde bir tamamlayıcı rol üstlenebilmektedir. (Sekhri & Savedoff, 2005)

Türkiye’de TSS’nin tanımı 28 Haziran 2012 tarihli 2012/25 sayılı ‘Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları’ başlıklı genelge ile yapılmıştır (Deloitte, 2015). Genelgeye göre Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası “*Özel sağlık sigortasının bir türü olan ‘Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası’, genel sağlık sigortasının temel teminat paketi içerisinde yer almayan, temel teminat paketinde yer alıp kısmen karşılanan, yani cepten ödeme yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür.*” olarak tanımlanmaktadır. Bu tarihten itibaren Türkiye’de ÖSS ve TSS olmak üzere iki farklı ÖSS uygulaması faaliyetini sürdürmektedir. TSS, hayata geçtiği 2013 yılında Türkiye Sağlık Politikalarını bir adım ileri taşınması amaçlanmıştır (Özgen Narcı, Şahin, & Yıldırım, 2014).

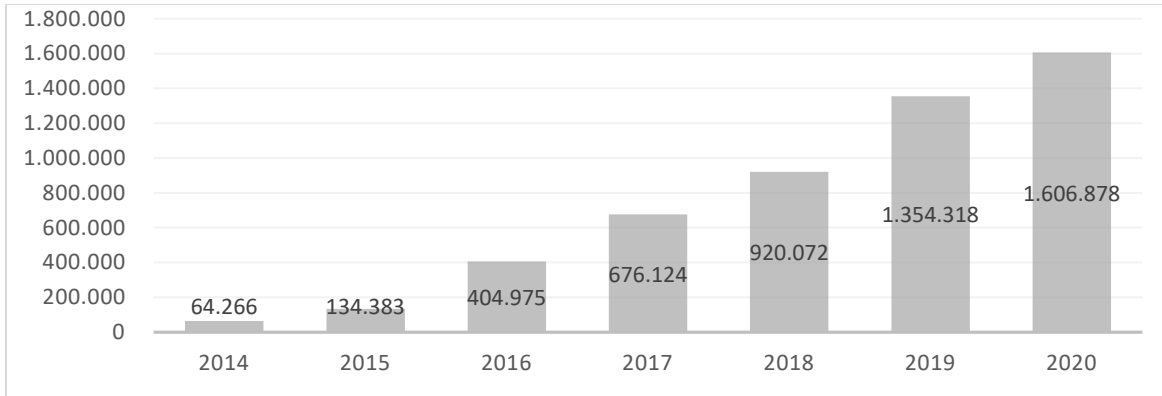
TSS, Türkiye’de kamusal sağlık sigortası olan GSS’ye ek teminatlar sağlaması için düzenlemiş bir özel sigorta uygulamasıdır ve özel sigorta şirketleri tarafından sağlanırlar. Her ne kadar resmi düzenlemelerde, TSS’nin, TSS temel teminat paketinde yer almayan hizmetleri kapsama aldığı belirtilse de mevcut uygulamalar farklılık göstermektedir. Günümüzde ÖSS şirketleri tarafından sunulan TSS planlarının genel şartları incelendiğinde, sadece GSS tarafından sağlanan hizmetlerin kapsamına aldığını görülmektedir. Bu açıdan mevcut uygulamada, TSS’nin, GSS tarafından kapsanmayan sağlık hizmetlerini tamamlama gibi bir niteliğinin olmadığı söylenebilir. Bunun yanında, Türkiye’de TSS poliçesi sahip olmak için ilk şart GSS bağlı olmaktır. Bu bağlamda, GSS’li olmak için aranan şartlar TSS edinmek için önem arz etmektedir.

Türkiye’de TSS bireysel veya iş veren sponsorluğunda grup poliçeler şeklinde sağlanabilmektedir. Ayrıca poliçeler sadece yatarak sağlık hizmetlerini kapsayan ve hem ayaktan hem de yatarak sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde iki farklı kapsamda sunulmaktadır. (Orhaner, Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı, 2018)

Türkiye’de TSS poliçeli insan sayısı (Şekil 1.) günümüze kadar artış göstermiştir. Türkiye Sigorta Birliği’ne göre 2014 yılında 64.266 kişi TSS tarafından kapsama alınmasına karşın 2020 yılında bu rakam 1.606.878 olarak kayıtlara geçmiştir. Günümüze gelindiğinde ise 2022 yılı temmuz ayında

2.900.000 civarında TSS poliçesi sahibi bir nüfusun varlığından söz edilmektedir. (Bloomberght, 2022)

Türkiye’de TSS’ye olan bu ilgi literatürde de yer bulmuş ve bu alanda birçok çalışma yapılmıştır. Özer, Gözülü, Karsavuran ve Gözülü (2014) tarafından yapılan çalışmada TSS tanıtılmış ve Türkiye’de uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Önder, Ersoy ve Karacaoğlu (2016) yaptıkları araştırmada, bireylerin TSS hakkınca bilgi ve memnuniyet düzeylerini ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada bireylerin TSS hakkınca yeterince bilgi sahibi olmadıkları ve bilgi sahibi olanların memnuniyet düzeylerinin genel olarak iyi olduğu gösterilmiştir. Başoğlu, (2021) ise yaptığı çalışmada, TSS prim üretiminin ÖSS sistemine katkılarını değerlendirmiş, TSS’nin her yıl artan oranda ÖSS’lerin prim üretimine katkı yaptığı sonucunu ortaya koymuştur. Serdar, Kurtaran, Kurtaran ve Çelik (2021), TSS ile ilgili öğretim elemanlarının görüşlerini değerlendirmiş, TSS’nin sürdürülebilirliği konusunda cinsiyet, medeni durum, bilim dalı ve gelir düzeyi gibi faktörlere göre değişiklik gösterdiği sonucuna varmıştır. Attila ve Gülay (2022) yaptıkları çalışmada Türkiye için zorunlu TSS modelini değerlendirmiştir. Çalışmada birçok faktörün GSS üzerinde baskı yarattığı ve kaynak israfına neden olduğu vurgulanmış, GSS’nin sürdürülebilir finansman yapısına ulaşabilmesi için zorunlu TSS sisteminin kullanılabilceğini değerlendirmiştir.



Şekil 1. Türkiye'de yıllara göre toplam tamamlayıcı sağlık sigortalı kişi sayıları

Kaynak: <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909> , Erişim tarihi: 28.02.2021

Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Yöntemi

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu 7.09.2022 tarih ve 10 sayılı toplantısında görüşülmüş olup 31.08.2022 tarih ve E.122382 evrak tarih ve sayısı ile “Tamamlayıcı Sağlık Sigortalılarının Tüketicilerin Ayaktan Sağlık Hizmet Talepleri Üzerindeki Etkileri ” çalışmasına ilişkin gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada, Ankara’da Sosyal Güvenlik Kurumu ve TSS şirketleri ile anlaşmalı olan özel sağlık sunucularından hizmet alan TSS poliçesine sahip bireylerin sahibi oldukları TSS poliçeleri hakkında bilgi düzeyleri ile memnuniyet düzeylerinin, demografik değişkenlerle ilişkilerini ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmanın hedef kitlesini Ankara ilinde SGK ve TSS şirketleri ile anlaşmalı olan özel hastanelerden poliklinik hizmeti alan bireyler oluşturmuştur. Birincil veri toplamak amacıyla oluşturulan anket formu kurumlardan izin alınarak, poliklinik hizmeti alan ve kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen 152 kişiye yüz yüze anket yöntemi ile uygulanmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler, sıralama ölçme düzeyinde olduğu için hipotez testi olarak parametrik olmayan yöntemlerden Mann-Whitney U yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için beş hipotez belirlenmiştir. Bu hipotezler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

H₁: TSS poliçe sahiplerinin TSS hakkındaki yargılarında cinsiyet değişkeni bakımından farklılık vardır.

H₂: TSS poliçe sahiplerinin TSS hakkındaki yargılarında medeni durum değişkeni bakımından farklılık vardır.

H₃: TSS poliçe sahiplerinin TSS hakkındaki yargılarında yaş değişkeni bakımından farklılık vardır.

H₄: TSS poliçe sahiplerinin TSS hakkındaki yargılarında meslek değişkeni bakımından farklılık vardır.

H₅: TSS poliçe sahiplerinin TSS hakkındaki yargılarında poliçe tipi değişkeni bakımından farklılık vardır.

Araştırma Bulguları

Demografik değişkenler frekans ve yüzde Tablo 2’de ile TSS yargıları ile ilgili maddeler ortalama ve standart sapma kullanılarak özetlenmiştir.

Tablo 2: Demografik Değişkenlerin Frekans Tablosu

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	68	44,7
	Erkek	84	55,3
Medeni Durum	Bekar	35	23,0
	Evli	117	77,0
Eğitim Durumu	Lise	8	5,3
	Önlisans	14	9,2
	Lisans	104	68,4
	Lisansüstü	26	17,1
Yaş Grupları	30 yaş ve altı	24	15,9
	31-40 yaş	56	37,1
	41-50 yaş	48	31,8
	51 yaş ve üzeri	23	15,2
Meslek	Öğrenci	1	0,7
	Ev Hanımı	8	5,3
	Kamu Görevlisi	48	31,6
	İşveren	14	9,2
	Emekli	15	9,9
	Özel Sektör	65	42,8
	Diğer	1	0,7
Poliçe Tipi	Ferdi	87	57,2
	Grup	65	42,8

Araştırmaya katılan TSS poliçesine sahip 152 bireyin %44,7'i kadın, %55,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Araştırma katılımcılarının çoğunun erkek olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılımcılarının %77'si evli, %23'ü bekârdır. Buna göre araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun evli bireyler olduğu söylenebilir. Araştırmaya katılanların %68,4'ü ise lisans seviyesinde eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Meslek değişkenine göre araştırmaya katılan bireylerin büyük bir kısmı ya özel sektörde ya da kamu kesiminde çalıştıklarını beyan etmişlerdir. Buna göre katılımcıların %42,8'i özel sektörde, %31,6'sı ise kamuda çalışmaktadır. Katılımcıların %57,2'si TSS poliçesini ferdi poliçe kapsamında kendileri satın alırken %42,8'i ise işverenleri tarafından sağlanan grup poliçe olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 3. TSS ile İlgili Yargıların Ortalama ve Standart Sapma Tablosu

	Ortalama	Std. Sapma
Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti	3,33	0,78
TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Düzeyi	3,48	0,89
TSS Şirketinden Memnuniyet Seviyesi	3,63	0,84
TSS Şirketi Değişirme Tercihi Zorluk Seviyesi	3,17	1,14
TSS Acentesinden Alınan Hizmetlerin Memnuniyet Seviyesi	3,93	0,70
TSS Acentesi Değişirme Tercihi Zorluk Seviyesi	3,64	0,85

Tablo 3'te ölçeklerin ortalama ve standart sapma bilgileri yer almaktadır. Çalışmada kullanılan ölçekler cronbach's alpha kat sayısı ile 0,619 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç ölçeklerin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Alpar, 2011, s. 876).

Tablo 4. TSS Hakkındaki Yargıların Cinsiyet Değişkenine Göre Farklılıkları ile İlgili Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Cinsiyet Değişkeni	N	Sıra istatistikleri ortalaması	Test istatistiği bulguları		
Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti	Kadın	67	74,37	Mann-Whitney U	2705,000
	Erkek	84	77,30	Z	-0,448
	Total	151		p	0,654
TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Düzeyi	Kadın	68	61,71	Mann-Whitney U	1850,000
	Erkek	84	88,48	Z	-4,215
	Total	152		p	0,000
TSS Şirketinden Memnuniyet Seviyesi	Kadın	68	77,17	Mann-Whitney U	2810,500
	Erkek	84	75,96	Z	-0,201
	Total	152		p	0,841
TSS Şirketi Değişirme Tercihi Zorluk Seviyesi	Kadın	68	85,61	Mann-Whitney U	2236,500
	Erkek	84	69,13	Z	-2,375
	Total	152		p	0,018
TSS Acentesinden Alınan Hizmetlerin Memnuniyet Seviyesi	Kadın	67	76,78	Mann-Whitney U	2762,000
	Erkek	84	75,38	Z	-0,215
	Total	151		p	0,830
TSS Acentesi Değişirme Tercihi Zorluk Seviyesi	Kadın	67	79,90	Mann-Whitney U	2553,000
	Erkek	84	72,89	Z	-1,040
	Total	151		p	0,299

TSS poliçesine sahip bireylerin, TSS ile ilgili yargılarının cinsiyet değişkenine göre farklılıklara sahip olup olmadığını göstermek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucu Tablo 4'te gösterilmiştir. Sonuçlara göre H_1 hipotezi "TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Seviyesi" ve "TSS Sigorta Şirketi Değiştirme Zorluk Seviyesi" açısından kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler arasında erkek olanların kadınlara göre TSS poliçesi hakkında bilgi seviyelerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca kadın katılımcıların TSS şirketini değiştirme kararını erkek katılımcılara göre daha kolay aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer faktörler için cinsiyet değişkeni göz önünde bulundurulduğunda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 5. TSS Hakkındaki Yargıların Medeni Durum Değişkenine Göre Farklılıkları ile İlgili Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Medeni Durum		N	Sıra istatistikleri ortalaması	Test istatistiği	bulguları
Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti	Bekar	35	72,47	Mann-Whitney U	1906,500
	Evli	116	77,06	Z	-0,597
	Total	151		p	0,550
TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Düzeyi	Bekar	35	81,91	Mann-Whitney U	1858,000
	Evli	117	74,88	Z	-0,938
	Total	152		p	0,348
TSS Şirketinden Memnuniyet Seviyesi	Bekar	35	78,79	Mann-Whitney U	1967,500
	Evli	117	75,82	Z	-0,418
	Total	152		p	0,676
TSS Şirketi Değiştirme Tercih Zorluk Seviyesi	Bekar	35	82,57	Mann-Whitney U	1835,000
	Evli	117	74,68	Z	-0,962
	Total	152		p	0,336
TSS Acentesinden Alınan Hizmetlerin Memnuniyet Seviyesi	Bekar	34	82,59	Mann-Whitney U	1765,000
	Evli	117	74,09	Z	-1,100
	Total	151		p	0,271
TSS Acentesi Değiştirme Tercih Zorluk Seviyesi	Bekar	34	84,29	Mann-Whitney U	1707,000
	Evli	117	73,59	Z	-1,336
	Total	151		p	0,182

TSS poliçesine sahip bireylerin, TSS ile ilgili yargılarının medeni durum değişkenine göre farklılıklara sahip olup olmadığını göstermek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi sonucu Tablo 5'te gösterilmiştir. Sonuçlara göre araştırma katılımcıları arasında, göz önüne alınan faktörler için medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiş ve H_2 hipotezi kabul edilememiştir.

Tablo 6. TSS Hakkındaki Yargıların Yaş Grupları Değişkenine Göre Farklılıkları ile İlgili Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Yaş Grupları		N	Sıra istatistikleri ortalaması	Test istatistiği bulguları	
Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti	≤ 40 yaş	79	74,62	Mann-Whitney U	2735,000
	> 40 yaş	71	76,48	Z	-0,286
	Total	150		p	0,775
TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Düzeyi	≤ 40 yaş	80	81,30	Mann-Whitney U	2416,000
	> 40 yaş	71	70,03	Z	-1,784
	Total	151		p	0,074
TSS Şirketinden Memnuniyet Seviyesi	≤ 40 yaş	80	80,95	Mann-Whitney U	2444,000
	> 40 yaş	71	70,42	Z	-1,758
	Total	151		p	0,079
TSS Şirketi Değiştirme Tercih Zorluk Seviyesi	≤ 40 yaş	80	74,14	Mann-Whitney U	2691,000
	> 40 yaş	71	78,10	Z	-0,575
	Total	151		p	0,565
TSS Acentesinden Alınan Hizmetlerin Memnuniyet Seviyesi	≤ 40 yaş	79	78,46	Mann-Whitney U	2571,000
	> 40 yaş	71	72,21	Z	-0,971
	Total	150		p	0,332
TSS Acentesi Değiştirme Tercih Zorluk Seviyesi	≤ 40 yaş	79	82,35	Mann-Whitney U	2263,500
	> 40 yaş	71	67,88	Z	-2,168
	Total	150		p	0,030

TSS poliçesine sahip bireylerin, TSS ile ilgili yargılarının yaş değişkenine göre farklılıklara sahip olup olmadığını göstermek amacıyla yapılan Mann-Whitney U sonucu Tablo 6’te gösterilmiştir. Sonuçlara göre H₃ hipotezi “TSS Acentesi Değiştirme Tercih Zorluk Seviyesi” açısından kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler arasında yaşı 40 ve altı olan katılımcıların TSS acentesini değiştirme kararını 40 yaşının üzerinde olan katılımcılara göre daha kolay aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer faktörler için yaş değişkeni göz önünde bulundurulduğunda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 7. TSS Hakkındaki Yargıların Meslek Değişkenine Göre Farklılıkları ile İlgili Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Meslek		N	Sıra istatistikleri ortalaması	Test istatistiği bulguları	
Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti	Kamu	47	71,32	Mann-Whitney U	1489,000
	Özel sektör	79	58,85	Z	-2,021
	Total	126		p	0,043
TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Düzeyi	Kamu	48	56,78	Mann-Whitney U	1549,500
	Özel sektör	79	68,39	Z	-2,015
	Total	127		p	0,044
TSS Şirketinden Memnuniyet Seviyesi	Kamu	48	58,53	Mann-Whitney U	1633,500
	Özel sektör	79	67,32	Z	-1,542

	Total	127		p	0,123
TSS Şirketi Değişirme Tercih Zorluk Seviyesi	Kamu	48	60,53	Mann-Whitney U	1729,500
	Özel sektör	79	66,11	Z	-0,856
	Total	127		p	0,392
TSS Acentesinden Alınan Hizmetlerin Memnuniyet Seviyesi	Kamu	48	65,58	Mann-Whitney U	1772,000
	Özel sektör	78	62,22	Z	-0,562
	Total	126		p	0,574
TSS Acentesi Değişirme Tercih Zorluk Seviyesi	Kamu	48	63,00	Mann-Whitney U	1848,000
	Özel sektör	78	63,81	Z	-0,129
	Total	126		p	0,897

TSS poliçesine sahip bireylerin, TSS ile ilgili yargılarının meslek değişkenine göre farklılıklara sahip olup olmadığını göstermek amacıyla yapılan Mann-Whitney U sonucu Tablo 7’te gösterilmiştir. Sonuçlara göre H_4 hipotezi “Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti” ve “TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Seviyesi” açısından kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler arasında kamu sektöründe çalışanların özel sektör çalışanlarına göre TSS’nin yıllık maliyetini daha pahalı algılamaktadırlar. Ayrıca katılımcılar arasında özel sektörde çalışanların TSS poliçesi hakkında kamu kesiminde çalışan katılımcılara göre daha yüksek seviyede bilgi sahibi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer faktörler için cinsiyet değişkeni göz önünde bulundurulduğunda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

TSS poliçesine sahip bireylerin, TSS ile ilgili yargılarının poliçe değişkenine göre farklılıklara sahip olup olmadığını göstermek amacıyla yapılan Mann-Whitney U sonucu Tablo 8’te gösterilmiştir. Sonuçlara göre H_5 hipotezi “Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti”, “TSS Sigorta Şirketi Değişirme Zorluk Seviyesi”, “TSS Acentesinden Alınan Hizmetlerin Memnuniyet Seviyesi” ve “TSS Acentesi Değişirme Tercih Zorluk Seviyesi” açısından kabul edilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler arasında ferdi poliçe sahipleri, grup poliçe sahiplerine göre TSS’nin yıllık maliyetini daha pahalı algılamaktadırlar. Ayrıca grup poliçe sahibi katılımcıların TSS şirketini değiştirme kararını ferdi poliçe sahibi katılımcılara göre daha kolay aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanında ferdi poliçe sahiplerinin, TSS acentesinden aldıkları hizmetlerden, grup poliçesi sahiplerine göre daha fazla memnun olduğu sonucu da çalışmanın çıktılarında birisidir. Son olarak ferdi poliçeye sahip katılımcıların TSS acentesini değiştirme kararlarının grup poliçe sahibi katılımcılara göre daha zor aldığı sonucu ortaya çıkmıştır. Diğer faktörler için cinsiyet değişkeni göz önünde bulundurulduğunda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 8. TSS Hakkındaki Yargıların Poliçe Tipi Değişkenine Göre Farklılıkları ile İlgili Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Poliçe Tipi		N	Sıra istatistikleri ortalaması	Test istatistiği bulguları	
Hissedilen Yıllık TSS Maliyeti	Ferdi	87	87,66	Mann-Whitney U	1769,500
	Grup	64	60,15	Z	-4,189
	Total	151		p	0,000
TSS Poliçesi Hakkında Bilgi Düzeyi	Ferdi	87	79,02	Mann-Whitney U	2608,000
	Grup	65	73,12	Z	-0,924
	Total	152		p	0,355
TSS Şirketinden Memnuniyet Seviyesi	Ferdi	87	73,03	Mann-Whitney U	2525,500
	Grup	65	81,15	Z	-1,342
	Total	152		p	0,180
TSS Şirketi Değiştirme Tercihi Zorluk Seviyesi	Ferdi	87	70,06	Mann-Whitney U	2267,500
	Grup	65	85,12	Z	-2,158
	Total	152		p	0,031
TSS Acentesinden Alınan Hizmetlerin Memnuniyet Seviyesi	Ferdi	87	89,61	Mann-Whitney U	1600,000
	Grup	64	57,50	Z	-4,916
	Total	151		p	0,000
TSS Acentesi Değiştirme Tercihi Zorluk Seviyesi	Ferdi	87	83,19	Mann-Whitney U	2158,500
	Grup	64	66,23	Z	-2,505
	Total	151		p	0,012

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sistemlerinin başarısının altında yatan en önemli faktörlerden birisi sağlık finansman sisteminin tasarımıdır. Uzunca bir süredir artan sağlık harcamalarının getirdiği finansman sorunu ülkeler tarafından üzerinde durulan konulardan birisidir. Sağlık finansman sistemi, ülkeler arasında birçok değişkene bağlı olarak farklılık gösterse de kaynakların yetersiz olması gibi konular hepsi için aşılması gereken ortak sorunlar arasında yer almaktadır. Bu sorunları aşmanın yolunu arayan politika belirleyicileri kaynak yaratmak için yollar ararken bir yandan da artan sağlık hizmet kullanımı ile baş etmek için politika geliştirmelidirler.

Sağlık finansman sistemlerinde yer alan ÖSS türleri arasında yer alan TSS birçok ülke tarafından kullanılmaktadır. Her ülkenin sağlık sisteminde farklı yapıda olan TSS yer aldığı sistemin boşluklarını tamamlamak üzere rol almaktadır. Bunun yanında genellikle gönüllülük esasına dayalı olması ve prim ödemesi gerektirmesi dolayısı ile bireylerin doğrudan olmasa da dolaylı yoldan aldıkları sağlık hizmetlerinin maliyetlerine katılımını sağladığı söylenebilir. Özellikle Türkiye uygulaması incelendiğinde, özel sağlık sunucularından talep edilen sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli bir kısmının sigorta şirketi tarafından sağlandığı görülmektedir.

Bu çalışmada Türkiye’de on yıldır faaliyet gösteren bir ÖSS türü olan TSS ile ilgili kullanıcı yargıları incelenmiş ve demografik faktörler ile ilişkileri değerlendirilmiştir. Çalışmada demografik değişkenler ile TSS şirketinden alınan hizmetlerin memnuniyet seviyeleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Değişkenler genel ortalamalarından hareketle değerlendirildiğinde ise



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

kullanıcıların TSS şirketlerinden aldıkları hizmetlerin memnuniyet seviyesinin orta düzeyde ($3,63 \pm 0,84$) gerçekleştiği görülmüştür. Çıkan sonuçlara göre TSS şirketleri, sigortalılarının memnun olmadıkları yönleri araştırabilir ve memnuniyet seviyesini yükseltecek adımlar atabilirler.

Çalışmada ulaşılan başka bir sonuç ise, TSS poliçeleri hakkında sahip olunan bilgi seviyesi ile cinsiyet ve meslek değişkeni arasında ulaşılan anlamlı ilişkidir. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda, çalışmaya katılanlar erkek bireylerin kadın bireylere göre daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Bunun yanında katılımcılardan özel sektörde çalışanların, kamu kesiminde çalışanlara göre daha fazla bilgi sahibi olduğunu sonucuna ulaşılmıştır. Değişkenler genel ortalamalarından hareketle değerlendirildiğinde ise TSS poliçesi hakkında bilgi düzeyinin orta seviyede ($3,48 \pm 0,89$) gerçekleştiği görülmüştür. Bu sonuçlara göre TSS hakkında bilgilendirici faaliyetlere ihtiyaç olduğu düşünülebilir. Ayrıca kamu kesimi için özel bilgilendirme programları da hem TSS'liler için hem de sistemden haberdar olmayanlar için faydalı olabilir.

TSS kullanıcılarının ÖSS şirketlerine yaptıkları yıllık prim ödemelerinin tüketicide yarattığı pahalılık algısı ile demografik değişkenler arasındaki ilişki Mann-Whitney U testi ile sınanmıştır. Buna göre meslek grupları ve poliçe tipinin sigorta primlerinin pahalılık algısı arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılardan, kamu kesimi çalışanlarının özel sektör çalışanlarına göre primleri daha pahalı algılandığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte katılımcılardan, ferdi poliçe sahipleri de grup poliçesi sahiplerine göre sigorta primlerini pahalı algıladığı sonucu ortaya çıkmıştır. Değişkenler genel ortalamalarından hareketle değerlendirildiğinde ise sigorta primlerinin pahalılık algısının orta seviyede ($3,33 \pm 0,78$) gerçekleştiği görülmüştür. TSS primleri, TSS talebi için en önemli belirleyiciler arasındadır. TSS'nin sürdürülebilirliği için primlerin pahalılık algısı önemli bir değişkendir. Çalışma sonuçlarına göre katılımcıların TSS primlerini ucuz olarak algılamadıklarını söylemek mümkündür. Finansal olarak daha uygun prim tutarları için çeşitli kaynaklar veya teşvikler sisteme olan bağlılığı ve ilgiyi artırabilir.

TSS ile ilgili makro veriler sisteme olan ilginin artış eğiliminde olduğunu göstermektedir. TSS, gelecekte Türk sağlık finansman yapısı içerisinde önemli bir kaynak olabilecek potansiyeli barındırdığı düşünülmektedir. Bu alanda daha geniş örneklemeler üzerinde ve farklı yöntemler kullanılarak yapılacak bilimsel çalışmalar bu alanda literatürün zenginleşmesine fayda sağlayabilir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

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

KAYNAKÇA

- Alpar, R. (2011). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Ateş, M. (2016). *Sağlık Sistemleri*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Atilla, İ. ve Gülay, A. (2022). Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Zorunlu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli Önerisi. *Uygulamalı Bilimler Fakültesi Dergisi*,4(1), 17-40.
- Baçoğlu, B. (2021). Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları Prim Üretimi ve Özel Sağlık Sigortaları Sistemine Katkıları Açısından Değerlendirilmesi. *Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der.*,46, 108-123.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Bloomberght (2022). 10.2022 tarihinde <https://www.bloomberght.com/>:
<https://www.bloomberght.com/tamamlayici-saglik-sigortasinda-hizli-artis-2315740> adresinden alındı
- Çelik, Y. (2019). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Deloitte. (2015). *Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu*. Deloitte.
- Foubister, T., Thomson, S. Mossialos, E. & McGuire, A. (2006). *Private Medical Insurance in the United Kingdom*. WHO.
- Manavgat, G. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Finansman Mekanizmaları. A. Demirci, & G. Manavgat içinde, *Sağlık Kurumları Yönetimi* (s. 43-68). Ankara : Gazi Kitabevi.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-22.
- Orhaner, E. (2018). *Türkiye'de Sağlık Sigortacılığı*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Önder, M. E., Ersoy, E. ve Karacaoğlu, K. (2016). Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı VE Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, 1(1), 23-36.
- Özer, Ö., Gözülü, M., Karsavuran, S. ve Gözülü, K. (2014). TÜRKİYE SAĞLIK FİNANSMANINDA YENİ BİR ALTERNATİF: TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI. *Akademik Bakış Dergisi*. 42.
- Özgen Narcı, H., Şahin, İ. Ve Yıldırım, H. (2014). Financial catastrophe and poverty impacts of out-of-pocket health payments in Turkey. *The European Journal of Health Economics*, 16(3), 255-270.
- Sekhri, N. & Savedoff, W. (2005). Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* (s. 127-134). içinde World Health Organization.
- Serdar, F., Kurtaran, A., Kurtaran, A. ve Çelik, M. (2021). Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği: Öğretim Elemanlarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *The Journal of International Scientific Researches*, 6(2), 218-231.
- Thomson, S. & Mossialos, E. (2010). Private Health Insurance and The Internal Market. E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, & T. Hervey içinde, *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy* (s. 419-460). Cambridge University Press.
- Thomson, S., Foubister, T. & Mossialos, E. (2009). *Financing health care in the European Union Challenges and policy responses*. Copenhagen: World Health Organization European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2000). Sağlık sigortası: Teori ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 123-138.
- Uygun, D. (2018). *Sigortacılık / Özel ve Sosyal Sigorta*. İstanbul: Umut Kitap.



NETNOGRAFIK BİR ŞİKÂYET ARAŞTIRMASI: BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ (2018-2022)

A NETNOGRAPHIC COMPLAINT RESEARCH: A PRIVATE HOSPITAL EXAMPLE (2018-2022)

Dr. Derya GÜNDÜZ HOŞGÖR

Uşak Üniversitesi EAH, deryagunduz84@gmail.com, orcid.org/0000-0002-1377-4617

Öğr. Gör. Hacer GÜNGÖRDÜ

Uşak Üniversitesi SHMYO, haker.gungordu@usak.edu.tr, orcid.org/0000-0003-3978-9259

Doç. Dr. Haydar HOŞGÖR

Uşak Üniversitesi SHMYO, haydar.hosgor@usak.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1174-1184

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.12.2022-10.04.2023)

Öz

Bu araştırmanın temel amacı, Ege Bölgesi'ndeki bir özel hastaneye yapılan şikâyetlerin incelenmesidir. Son beş yılı (2018-2022) içerecek şekilde ele alınan araştırmadaki şikâyet verileri, çevrim içi bir şikâyet portalı olan www.sikayetvar.com sitesinden 01-07 Aralık 2022 tarihleri arasında elde edilmiştir. Bu süre zarfında toplam 67 adet şikâyet metnine erişilmiş olmasına rağmen, 21 adet şikâyetin çözüme kavuşturulması dolayısıyla 46 şikâyetin analizi yapılmıştır. Çalışmada netnografi ve içerik analizi yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Elde edilen şikâyet verilerinin sınıflandırılmasında ise Reader vd. (2014) tarafından geliştirilmiş olan bir hasta/hasta yakını şikâyet taksonomisinden faydalanılmıştır. Şikâyetlerin %47,8'inin 2022 yılında yapıldığı saptanmıştır. Şikâyetlerin %32,6'sının erkek hastalar, %28,3'ünün erkek hasta yakınları tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Şikâyetlerin sırasıyla *Yönetim* (%52,2), *Klinik* (%32,6) ve *İlişkiler* (%15,2) temalarında olduğu tespit edilmiştir. Yönetim temasındaki en fazla şikâyetlerin "Kurumsal Sorunlar" (n= 12) ile "Zamanlama ve Erişim" (n=12); Klinik temasında "Kalite" (n=8) ile "Hasta Güvenliği" (n=7); İlişkiler temasında "İnsanîyet ve Önemseme" (n=4), "İletişim" (n=3) kategorilerinde olduğu ortaya konulmuştur. Hasta ve hasta yakınları tarafından en fazla şikâyet edilen konunun ise Yönetim temasına bağlı olan "Gecikmeler (bekleme sürelerinin uzunluğu)" konusuna ait olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırma sonuçlarının özel sağlık işletmelerine, şikâyetlerin azaltılması noktasında faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şikâyet, hasta şikâyetleri, şikâyet yönetimi, hasta memnuniyeti, netnografi

Abstract

The main purpose of this research is to examine the complaints made to a private hospital in the Aegean Region. Complaint data in the research, which covers the last 5 years (2018-2022), were obtained from www.sikayetvar.com, an online complaint portal, between 01-07 December 2022. Although a total of 67 complaint texts were accessed during this period, 46 complaints were analyzed due to the resolution of 21 complaints. Netnography and content analysis methods were used together in the study. A patient/patient relative complaint taxonomy developed by Reader et al. (2014) was used to classify the obtained complaint data. It was determined that 47.8% of the complaints were made in 2022. It was determined that 32.6% of the complaints were made by male patients and 28.3% by male patient relatives. It was determined that the complaints were in the themes of Management (52.2%), Clinic (32.6%) and Relations (15.2%), respectively. The most common complaints in the management theme were "Institutional Problems" (n=12) and "Timing and Access" (n=12); in the clinical theme, "Quality" (n=8) and "Patient Safety (n=7)"; In the theme of relationships, it has been revealed that it is in the categories of "Humanity and Caring" (n=4) and "Communication" (n=3). It was concluded that the issue most frequently complained about by the patients and their relatives was the Delays (length of waiting times) subject related to the Management theme. It is thought that the results of the research will be beneficial to private health enterprises in terms of reducing complaints.

Keywords: Complaint, patient complaints, complaint management, patient satisfaction, netnography

GİRİŞ

Şikâyet, hasta veya hasta yakınlarının tıbbi hizmetlerden, hemşirelik hizmetlerinden veya tedavi koşullarından memnun olmadığını mektup, telefon veya hastaneye ziyaret yoluyla bildirerek hastaneyi eleştirmesi ve/veya kuruma karşı tazminat talebinde bulunması olarak tanımlanmaktadır (Jiang vd., 2014). Günümüz sağlık hizmeti tüketicileri öz sağlıklarıyla ilgili kararlara daha fazla katılım gösteren, tedavi süreçleriyle ilgili alternatifler hakkında daha çok bilgi sahibi olan, sağlık bakım hizmetleri sürecine hakim, eğitim ve farkındalık düzeyi yüksek olan bireylerdir (Karaağaç vd., 2018). Dolayısıyla bu türden bir hasta/hasta yakını profilinin baskın ve çoğunlukta olduğu bir çağda, şikâyet sayılarındaki artışın kaçınılmaz olduğu ifade edilebilir.

Hastalardan veya onların bakım verenlerinden gelen şikâyetler, bir sağlık sistemindeki sorunların önemli göstergeleridir. Hasta perspektifi önemlidir, çünkü sağlık hizmeti kullanıcıları, artık birçok ülkede rutin bir uygulama haline gelen olumsuz olay raporlama sistemlerinde sağlık profesyonelleri tarafından bildirilen sorunlardan farklı bir bakış açısına sahip olabilir (Harrison vd., 2016). Ayrıca hasta şikâyetleri, sağlık kuruluşlarına hasta güvenliğinin nasıl iyileştirilebileceği konusunda önemli ve ek bilgiler sağlayabilir (Reader vd., 2014). Nitekim Amerika Birleşik Devletleri, Finlandiya, Fransa ve İsveç gibi ülkelerde hasta şikâyet verileri analiz edilerek tıbbi hataların kaynakları hakkında değerli bilgiler elde edildiği ve dolayısıyla hasta güvenliğinin üst düzeye çıkarıldığı (Thi vd., 2015) bilinmektedir.

Hasta şikâyetleri, potansiyel olarak değerli bir bilgi kaynağı olarak giderek daha fazla tanınmakta ve önem kazanmaktadır. Ortak Komisyon ve Federal Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri, hasta şikâyetlerinin toplanmasını ve saklanmasını zorunlu tutarak, değerli bilgiler hazinesine katkı sunmaktadır (Montini vd., 2008). Şikâyetler, düşük hizmet kalitesi veya karşılanmayan beklentilerden kaynaklanabilir. Bazı şikâyetler önemsiz görünebilir, ancak birçoğu daha ciddi olaylarla ilgilidir ve düzeltici eyleme veya tazminata yol açabilir. Şikâyetlerin doğasının analizi, sorunları belirlemek ve onların ortadan kaldırılmasına yardımcı olmak için önemlidir (Taylor vd., 2004).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Profesyonel hastane yöneticileri, kurumlarından hizmet alan bireylerin nelerden, hangi hususlardan memnuniyetsizlik duyduklarını saptadıklarında, bir anlamda kurumlarının gelişmeye ihtiyaç duyulan kör noktaları hakkında bilgi sahibi olmaktadırlar (Gündüz Hoşgör ve Hoşgör, 2019). Kurum içerisinde görülemeyen, gözden kaçırılan aksaklıklar hastalar veya onların yakınları tarafından görülerek düzeltici önlemler alınabilir. Buradan hareketle, sağlık hizmeti tüketicilerinin beklentileri daha iyi anlaşılabilir ve o yönde hizmet sunumları organize edilebilir (Yaman ve Kavuncu, 2020).

Günümüzün işletme yönetimi anlayışında popüler bir özdeyiş halini almış olan her “Her şikâyet bir armağandır” görüşü (Wofford vd., 2004), hastaların ve/veya yakınlarının hizmetlere dair hoşnutsuzlukları hakkında geri bildirimler sunması bakımından kıymetli birer argümandır. Bu geri bildirimleri etkili şekilde dikkate alan ve çözüme kavuşturan sağlık yöneticileri, sağlık hizmeti alıcılarının pozitif davranışsal niyetler sergileme eğilimlerini artıracaktır. Bir diğer ifadeyle şikâyetlerinin dikkate alındığını ve çözümlendiğini gören sağlık hizmeti alıcılarının memnuniyet düzeyleriyle, o kurumu tavsiye etme, tekrar tercih etme ve daha fazla ücret ödemeye istekli olma niyetlerinin yükseleceği ifade edilebilir. Konuyla ilgili yapılmış bir araştırmada (Bosch ve Enríquez, 2005); şikâyette bulunan bireylerin şikâyetlerine çözüm bulunduğu takdirde %95’inin memnun kaldığı ve bir sonraki ihtiyaç anında kurumu yeniden tercih etme olasılıklarının arttığı saptanmıştır. Öte yandan, memnun kalmayanların ise bu olumsuz deneyimlerini en az dokuz kişiyle paylaştıkları ve eski kurumlarına alternatifler aradıkları ortaya konulmuştur. Tam da bu noktada, sağlık kurumlarında etkili bir biçimde işleyen şikâyet mekanizmalarının varlığı oldukça önemlidir.

Kendilerine sunulmuş olan sağlık hizmetlerinden memnun kalmayan bireyler, başvurdukları hastanenin halkla ilişkiler veya hasta hakları birimlerine başvurabilecekleri gibi, hastanedeki dilek-istek ve şikâyet kutularına yazabilir veya hastanenin resmi e-posta adresine mail gönderebilirler. Bunun yanı sıra bireyler;

↳ ALO 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hattını arayabilir,

↳ CİMER (Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi)’e yazabilir,

↳ İl Sağlık Müdürlükleri, Valilikler veya Kaymakamlıklara başvurabilirler (Hoşgör ve Cengiz, 2020). Çevrim içi şikâyet gönderme portalları da, günümüz tüketicilerinin şikâyetlerini özgürce yazabilecekleri alanlardan bir diğeridir. Bu portallar arasında Türkiye’de en sık kullanılanı www.sikayetvar.com adlı web sitesidir. Herhangi bir markaya, hizmete veya ürüne yönelik şikâyetlerini yazmak isteyen bireyler, ücretsiz şekilde üyelik kaydı oluşturduktan sonra şikâyetlerini özgürce yazabilmektedirler. Yazılan şikâyet metinleri, portalın editörleri tarafından kontrol edildikten ve özel bilgi içeren kısımları (sağlık personelinin adı-soyadı, argo kelimeler gibi...) maskelendikten sonra yayımlanmaktadır. İlgili portala giriş yapan herkes, arama kutusuna söz konusu anahtar kelimeleri (kurumun adı, markası, ürün adı gibi...) yazdığı anda, üyelik gerektirmeksizin tüm şikâyet metinlerine erişebilmekte ve okuyabilmektedir. Dolayısıyla bu çalışmaya kaynak teşkil eden şikâyet verilerine [sikayetvar.com](http://www.sikayetvar.com) portalı üzerinden erişilmiştir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın temel amacı, hastalar ve/veya hasta yakınları tarafından Ege Bölgesindeki bir özel hastaneye yönelik yapılmış olan şikâyetlerin www.sikayetvar.com portalı üzerinden netnografik olarak incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda ele alınan şikâyet metinleri; yıllarına, şikâyeti yazan bireylerin cinsiyetlerine, şikâyetlerin kim tarafından (hasta-hasta yakını) yazıldığına, şikâyetlerin temalarına, kategorilerine, alt kategorilerine ve konularına göre içerik analizi yöntemiyle gruplandırılarak değerlendirilmiştir. Bu süreç izlenirken, Reader ve arkadaşları (2014) tarafından



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

geliştirilmiş olan bir hasta/hasta yakını şikâyet taksonomisinden faydalanılmıştır. Bu taksonomi şikâyetleri ana tema (klinik, yönetim, ilişkiler), kategoriler (kalite, hasta güvenliği, kurumsal sorunlar, zamanlama ve erişim, iletişim, insaniyet/ilgi, hasta hakları) ve 26 maddelik alt kategoriler olmak üzere toplam üç başlık altında ele almaktadır.

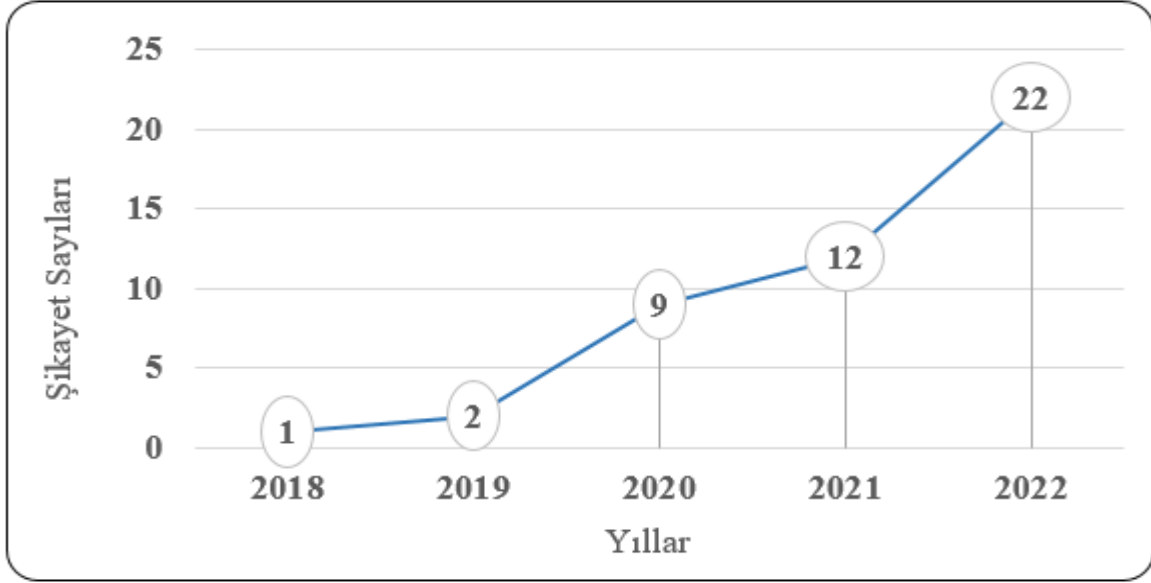
Netnografik türdeki bu çalışmada içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi, benzer verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği biçimde düzenleyip yorumlamak amacıyla kullanılan kalitatif bir yöntemdir (Selçuk vd., 2014). Günümüz tüketicisinin sanal topluluklarda her geçen gün daha aktif yer alması, onların bir tüketici olarak davranışlarının incelenmesini kaçınılmaz hale getirmiştir. Dolayısıyla bu araştırma yöntemi literatürde netnografi olarak yer almaktadır.

Netnografi, kişisel mesajların internet ortamına gönderilmesini inceleyen bireyci bir yaklaşım değildir. Netnografinin odak noktasını insan toplulukları ve gruplaşmalar oluşturmaktadır. Analiz düzeyi, sosyologların mezo düzey diye adlandırdıkları mikro ile makro arasındaki bir düzeydir. İsminden de anlaşıldığı üzere netnografi, veri kaynağı olarak internet bağlantılarından ortaya çıkan etkileşimleri incelemektedir. Bu çalışmanın netnografik veri toplama kaynağını ise www.sikayetvar.com isimli şikâyet portalı oluşturmaktadır. Bu portal, herkesin kullanımına açık olan, ücretsiz, şikâyet yazmak için üye olmayı gerektiren, yazılmış olan mevcut şikâyetlerin ise üyelik gerekmeksizin okunabildiği çevrimiçi bir şikâyet web sitesidir. Dolayısıyla çalışmanın etik kurul onayına ihtiyacı bulunmamaktadır.

Çalışma kapsamında değerlendirilen veriler 01-07 Aralık 2022 tarihleri arasında elde edilmiştir. Şikâyetler 2018-2022 yılları arasında kapsamaktadır. Bu süre zarfında toplam 67 adet şikâyet metnine erişilmiş olmasına rağmen, 21 adet şikâyetin çözüme kavuşturulması dolayısıyla 46 şikâyetin analizi yapılmıştır. Grafiklerin çizilmesinde Microsoft Excel 2016, şekillerin tasarlanmasında ise Lucidchart programı kullanılmıştır. Araştırmanın yalnızca bir şikâyet portalı üzerinden, tek bir özel hastane ile yürütülmesi ve söz konusu bu portala iletilen şikâyetlerin doğru olduğunun varsayılması gibi hususlar bu çalışmanın en önemli sınırlılığını oluşturmaktadır. Bir diğer yandan, literatürde özel hastanelere yönelik şikâyetlerin netnografik bir perspektiften ele alınıp incelendiği az sayıda araştırmanın olması, bu çalışmanın özgün yönünü işaret etmektedir. Şikâyet bulgularının birer memnuniyetsizlik kaynağı olduğu düşünüldüğünde, çalışma sonucunda elde edilen bulguların, yapılması gereken iyileştirmeler ve düzeltmeler noktasında sağlık hizmeti yöneticilerine kıymetli geribildirimler sunacağı öngörülmektedir.

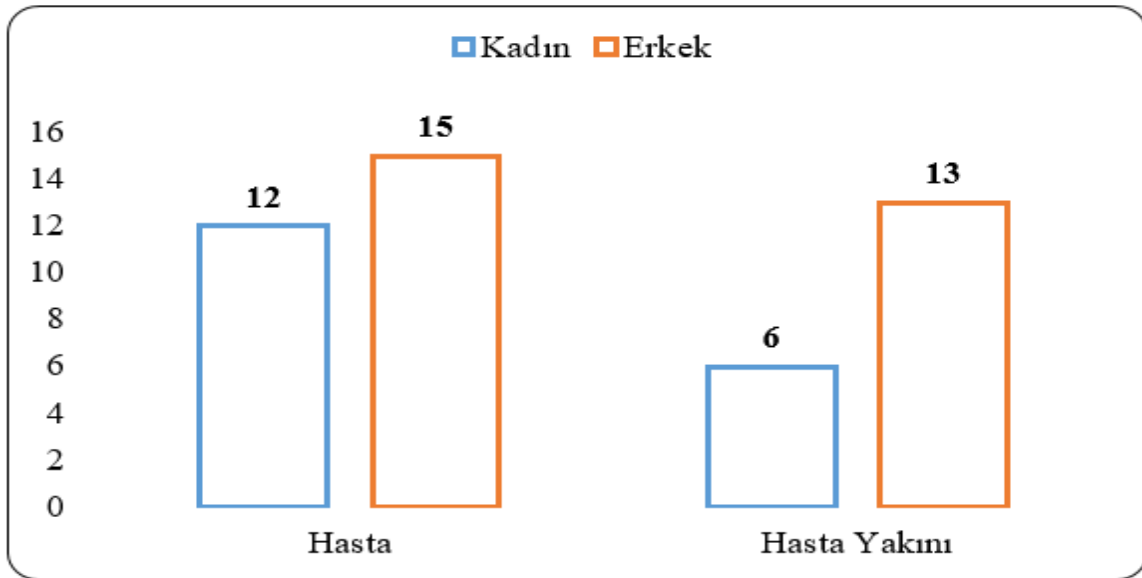
BULGULAR

Yıllar itibarıyla şikâyetlerin dağılımını yansıtan Şekil 1 incelendiğinde; şikâyetlerin %47,8'inin 2022 yılında yapıldığı saptanmıştır. Son beş yılda (2018-2022) hastaneye yönelik yapılan şikâyet sayılarının sürekli artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu süre zarfında şikâyet sayılarında %2200 düzeyinde oldukça yüksek bir artış olduğu hesaplanmıştır. Son bir yıl içerisinde şikâyet sayılarının 12'den 22'ye çıktığı, bir diğer ifadeyle şikâyetlerde %54,5 düzeyinde bir artış olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 1. Şikâyetlerin Yıllara Göre Dağılımı

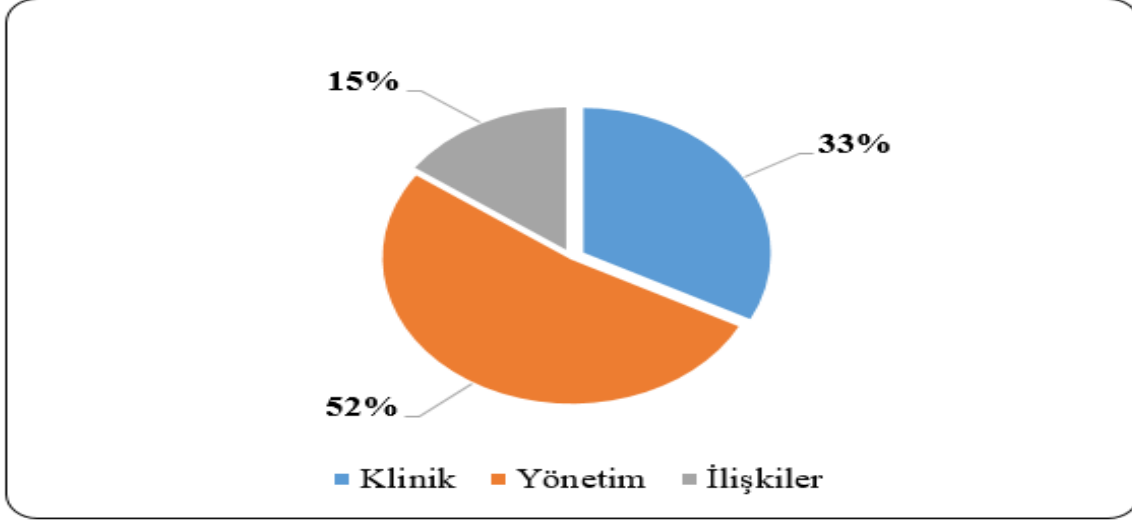
Şikâyetlerin cinsiyete ve şikâyetçi türlerine göre dağılımını yansıtan Şekil 2 incelendiğinde; şikâyetlerin %32,6'sının erkek hastalar, %28,3'ünün erkek hasta yakınları tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Bir diğer ifadeyle, yaşadığı sorunları yazılı şikâyete döken erkek hasta ve hasta yakınlarının, kadın hasta ve hasta yakınlarından daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.



Şekil 2. Şikâyetlerin Cinsiyete ve Şikâyetçi Türlerine Göre Dağılımı

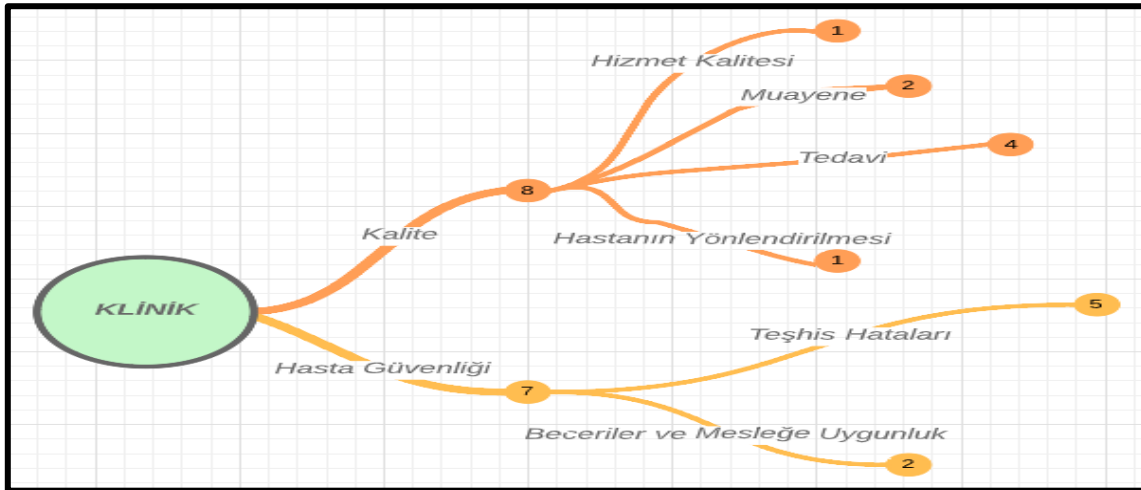
Şikâyetlerin temalara göre dağılımını içeren Şekil 3 incelendiğinde; sırasıyla en fazla şikâyet oranlarının *Yönetim* (%52,2), *Klinik* (%32,6) ve *İlişkiler* (%15,2) temalarında olduğu tespit

edilmiştir. Birkaç temaya girdiği düşünülen şikâyetler, yazarların ortak görüşü sonucu en uygun olacağı düşünülen tek bir tema altında toplanmıştır.



Şekil 3 Şikâyetlerin Temalara Göre Dağılımı

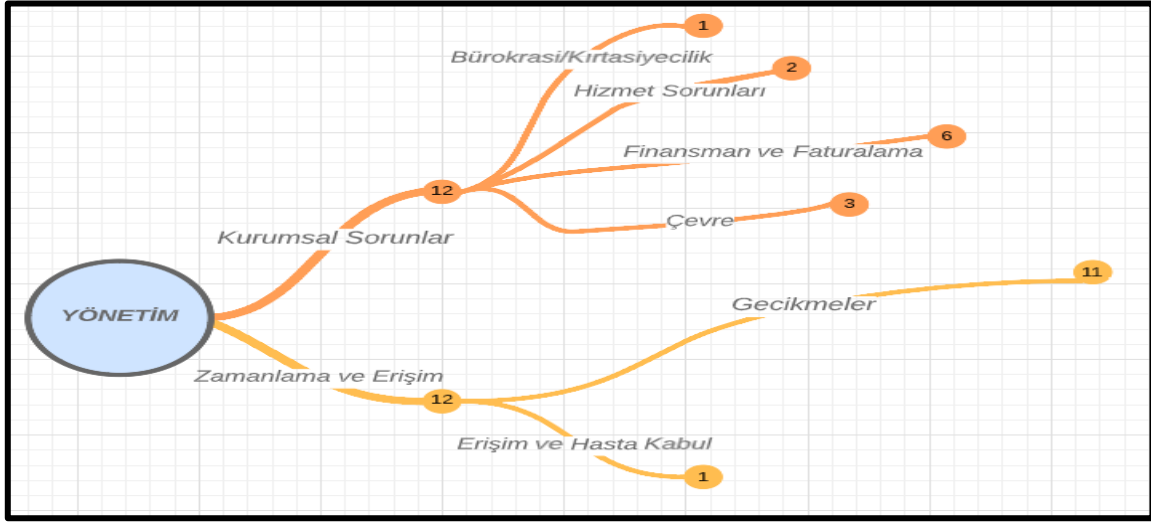
Şikâyetlerin **Klinik** teması altındaki kategori ve alt kategorilere göre dağılımını yansıtan Şekil 4 incelendiğinde; ilk sıradaki şikâyet kategorisinin “Kalite” (n=8), diğerinin ise “Hasta Güvenliği” (n=7) olduğu ortaya konulmuştur. Hizmet kalitesi (n=1), hastanın yönlendirilmesi (n=1), muayene (n=2) ve tedavi (n=4) başlıklarının ise kaliteye bağlı alt kategoriler olduğu belirlenmiştir. Beceriler ve mesleğe uygunluk (n=2) ile teşhis hataları (n=5) başlıklarının ise hasta güvenliğine bağlı alt kategoriler olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 4. Şikâyetlerin Klinik Teması Altındaki Kategori ve Alt Kategorilere Göre Dağılımı

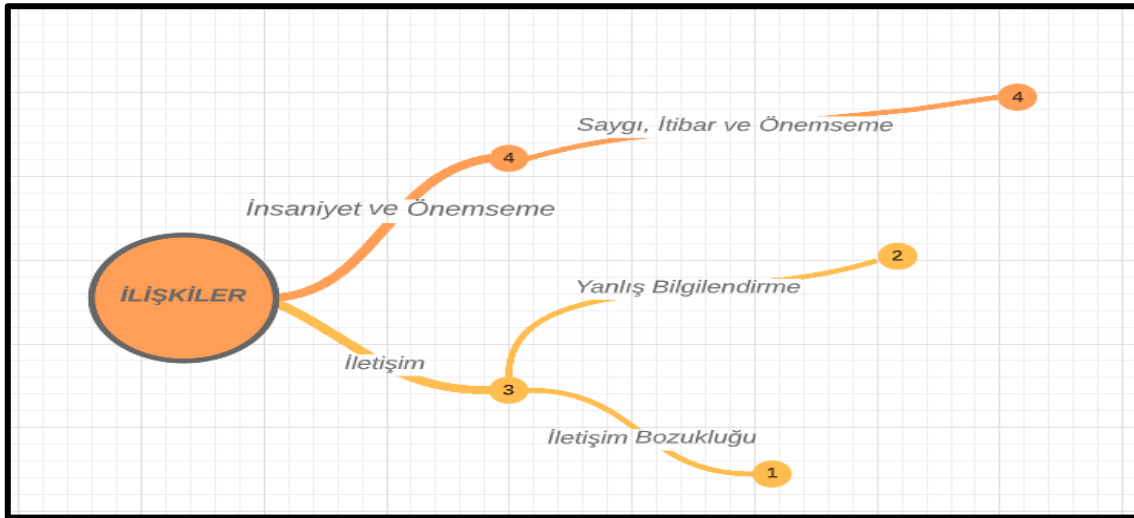
Şikâyetlerin **Yönetim** teması altındaki kategori ve alt kategorilere göre dağılımını yansıtan Şekil 5 incelendiğinde; “Kurumsal Sorunlar” (n=12) ile “Zamanlama ve Erişim” (n=12) konularının ilk sırada yer alan şikâyet kategorileri olduğu görülmektedir. Bürokrasi/Kırtasiyecilik (n=1), hizmet

sorunları (n=2), çevre (n=3) ve finansman ve faturalama (n=6) başlıklarının ise kurumsal sorunlara bağlı alt kategoriler olduğu belirlenmiştir. Erişim ve hasta kabul (n=1) ile gecikmeler (n=11) başlıklarının ise Zamanlama ve Erişime bağlı alt kategoriler olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 5. Şikâyetlerin Yönetim Teması Altındaki Kategori ve Alt Kategorilere Göre Dağılımı

Şikâyetlerin *İlişkiler* teması altındaki kategori ve alt kategorilere göre dağılımını yansıtan Şekil 6 incelendiğinde; ilk sıradaki şikâyet kategorisinin “İnsanîyet ve Önemseme” (n=4), diğerinin ise “İletişim” (n=3) olduğu ortaya konulmuştur. Saygı, itibar ve önemseme (n=4) başlığının İnsanîyet ve önemsemeye bağlı alt kategori olduğu belirlenmiştir. İletişim bozukluğu (n=1) ile yanlış bilgilendirme (n=2) başlıklarının ise iletişime bağlı alt kategoriler olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 6. Şikâyetlerin İlişkiler Teması Altındaki Kategori ve Alt Kategorilere Göre Dağılımı

Şikâyetlerin konularına göre dağılımları Şekil 7’de yer almaktadır.



Şekil 7. Şikâyetlerin Konularına Göre Dağılımları

Hastaların ve hasta yakınlarının en fazla muzdarip oldukları konunun *gecikmeler (bekleme sürelerinin uzunluğu)* olduğu görülmektedir. Şikâyet portalındaki konuyla ilgili birkaç örnek şu şekildedir:

Gecikmeler (Bekleme sürelerinin uzunluğu)

☞ “Muayeneden sonra tahlillerimi yaptırıp 14:00’da doktorun yanına gelmeme rağmen, saat 15:00 oldu ve bana hala sıra gelmedi.”

☞ “14:40’daki randevuma zamanında gelmeme rağmen, randevu saatinin üzerinden 1,5 saat geçti. Türlü bahanelerle içeri almadılar. Muayene olabilmek için illa tanıdığımızın falan mı olması lazım!”

☞ “13:55’te almış olduğum randevum için yaklaşık 2 saat bekletildim. Şu an saat 16:00 olmasına rağmen henüz muayeneye alınmadım.”

Hastaların ve hasta yakınlarının en fazla muzdarip oldukları ikinci sıradaki konunun *ücretler* olduğu görülmektedir. Şikâyet portalındaki konuyla ilgili birkaç örnek şu şekildedir:

Ücretler

☞ “Üç ünite kan bedeli olarak 1050 TL ödeme yaptım. Herhangi bir karşılık beklemeden ihtiyaç sahiplerine ulaşması amacıyla Kızılay’a bağışladığım kanımı resmen bana parayla sattılar.”

☞ “Muayene ücreti çok fazla, kan testi falan derken bir sürü para gidiyor. Pandemi döneminde zorluk çekiyoruz. Lütfen fiyatları uygun miktara getirin.”

Hastaların ve hasta yakınlarının en fazla muzdarip oldukları üçüncü sıradaki konuların; *tedavinin başarısız olması, yanlış teşhis konulması ve ilgisiz davranılması* olduğu görülmektedir. Şikâyet portalındaki konuyla ilgili birkaç örnek şu şekildedir:

Başarısız Tedavi, Yanlış Teşhis, İlgisiz Davranılması

☞ “Babaannemi bağırsağında polip var deyip ameliyat ettiler. Ameliyatta yarısını alıp yarısını bırakmışlar.” [Tedavinin Başarısız Olması]

☞ “Doktor bey filme bakıp bir şey yok, kırık çıkık değil. Sadece ödem var dedi. İlaç yazıp geçiştirdi. Beni kırık burunla eve gönderdi.” [Yanlış Teşhis Konulması]

☞ “Yedi yaşındaki kızım ateşlendi ve acile götürdük. Ne doktor, ne de hemşireler ilgilendi. Şurup verdiler ateşi düşmedi. Bakan yok, gelen yok. Seslendim yine ilgilenmediler.” [İlgisiz Davranılması]

Hastaların ve hasta yakınlarının en fazla muzdarip oldukları dördüncü sıradaki konuların *yetersiz ortam, faturalama sorunları, profesyonel olmayan davranışlar, yetersiz muayene edilmesi ve yanlış bilgi verilmesi* olduğu görülmektedir. Şikâyet portalındaki konuyla ilgili birkaç örnek şu şekildedir:

Yetersiz Ortam, Faturalama, Profesyonel Olmayan Davranış, Yetersiz Muayene, Yanlış Bilgi

- ☞ *“Hastanede nefes almak mümkün değil. Hiçbir klima çalışmamakta. İçerisi cehennemden biraz soğuk”* [Yetersiz Ortam]
- ☞ *“Muayene, endoskopi ve biyopsi için ayrı ayrı ödeme yapmama rağmen faturada yalnızca 1800 TL endoskopi ücreti yer alıyor.”* [Faturalama Sorunları]
- ☞ *“Muayene olduğum günün akşamı fenalaştım, kanamam oldu. Doktoru aradığımızda ben gelemem, yarın bakabilirim dedi. Düşüğüm olduğumu bile bile taburcu ettiler”* [Profesyonel Olmayan Davranış]
- ☞ *“Acil servis doktoru çocuğumu doğru düzgün muayene etmedi. Çıkan tahlillere kendisi bakmadı. Hemşirelerle çocuğun bir şeyi yok deyip haber gönderdi”* [Yetersiz Muayene]
- ☞ *“Daha önce hastaneyi arayıp sorduğumuzda sendika indirimi var denilmişti. Gwldikten sonra ise olmadığını söylediler”* [Yanlış Bilgi Verilmesi]

Hastaların ve hasta yakınlarının en fazla muzdarip oldukları son sıradaki konuların ise; *randevu sorunları, prosedürler, tıbbi kayıtlar, hijyen, tanıdıkların ön sıralara alınması, ücretler konusunda bilgi alamama, hizmetin alınamaması, hasta takibinde yaşanan sorunlar, gerekli özenin gösterilmemesi, eksik teşhis konulması, dil/üslup sorunları ve önemsememe* olduğu görülmektedir. Şikâyet portalındaki konulardan birkaçına şu örnekler verilebilir:

Randevu, Hijyen, Üslup, Hasta Takibi, Özen Sorunları...

- ☞ *“Öncelik muayene sırasında dediler. Ben sabahtan gelip muayenemi oldum. Tahlil için ayrı bir randevu mu almam gerekiyor”* [Randevu Sorunları]
- ☞ *“Pandemi döneminde kan almadaki hemşireleraynı eldivenle bir sürü hastadan kal alıyorlar. Koridorlarda sosyal mesafe falan kalmamış”* [Hijyen]
- ☞ *“Çok zor değil ilgiyle karşılamak. Bir güler yüz, konuşmak yok. Üstten üstten konuşmalar, tavırlar...”* [Dil/Üslup Sorunları]
- ☞ *“Bebeğim 38 gün kuvözde kaldı. Sürekli sağ tarafına yatırıldığı için rahatsızlığı ilerlemiş. Bunu taburcu olacağı gün öğrendik. Doktorun ilgisizliği yüzünden bebeğim iki kez göz ve beyin ameliyatı geçirdi. Sorun kalma ihtimali var”* [Gerekli Özenin Gösterilmemesi]
- ☞ *“Ameliyat sonrası doktorla görüşmeye çalıştık fakat kendisi kesinlikle ameliyat sonrası hiç bizimle ilgilenmedi, durumumuzu değerlendirmede”* [Hasta Takibi Sorunları]



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

SONUÇLAR, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Ege Bölgesi'ndeki bir özel hastaneye hastalar/hasta yakınları tarafından son beş yıl (2018-2022) içinde yapılan çevrim içi şikayetlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, www.sikayetvar.com portalına yazılan şikayetler analiz edilmiştir. Araştırma sonuçları, son beş yılda şikayet sayılarının sürekli artış eğiliminde olduğunu ve en fazla şikayetin 2022 yılında yazıldığını ortaya koymaktadır. Günümüz sağlık hizmeti tüketicilerinin eskisine kıyasla bilgi ve farkındalık düzeylerinin, hizmet kalitesi beklentilerinin ve tercih edebilecekleri mevcut hastane alternatiflerinin daha fazla olması gibi pek çok neden göz önünde bulundurulduğunda, elde edilen sonuçların pek de şaşırtıcı olduğu söylenemez. Ayrıca, sağlık hizmeti alıcılarının memnuniyetsizliklerini veya tepkilerini özgürce bildirebileceği bu türden şikayet portallarına olan aşinalığın yıllar içerisinde artış göstermesi de, bu durumda etkili olmuş olabilir.

Araştırma sonuçları; deneyimlediği memnuniyetsizlikleri yazılı şikayete dökerek kayıt altına alan erkek hastaların ve erkek hasta yakınlarının, kadınlardan daha çok olduğunu göstermektedir. Elde edilen bu sonuçlar, erkek hasta ve hasta yakınlarının hasta hakları konusundaki bilinç ve farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve haklarının takipçisi olma noktasında daha istekli olduklarının işareti şeklinde değerlendirilebilir. Literatürdeki kimi çalışmaların (Uludağ, 2011, Atak vd., 2018; Yolcu vd., 2018), araştırma sonuçlarımız ile paralellik gösterdiğini belirtmek mümkündür.

Belirli bir şikayet taksonomisi kullanılarak gerçekleştirilen bu araştırmanın sonucunda; ilk sıradaki şikayetin Yönetim, ikincinin Klinik, sonuncunun ise İlişkiler temasına ait olduğu tespit edilmiştir. Mevcut sonuçlar, hastane idarecilerinin yönetim kökenli sorunların ve şikayetlerin çözümüne daha fazla ağırlık vermeleri gerektiği şeklinde yorumlanabilir. Araştırma sonuçlarımızın Reader vd. (2014), Harrison vd. (2016), Hoşgör ve Tosun (2019) ile örtüştüğü ifade edilebilir.

Araştırma sonuçları, Yönetim teması altında eşit düzeyde şikayet edilen kategorilerin kurumsal sorunlar ile zamanlama ve erişim olduğunu göstermektedir. Kurumsal sorunlar kategorisi altında en fazla şikayet edilen konunun finansman ve faturalama; zamanlama ve erişim kategorisi altında en fazla şikayet edilen konunun ise gecikmeler (bekleme sürelerinin uzunluğu) alt kategorisine ait olduğu ortaya konulmuştur. Dolayısıyla hasta/hasta yakını memnuniyetini artırarak kuruma sadık sağlık hizmeti alıcılarının payını artırmak isteyen sağlık yöneticilerinin finansman ve faturalama ile gecikme kaynaklı şikayetlere etkili çözümler sunmaları oldukça önem arz etmektedir. Konuyla ilgili bir çalışmada (Yaman ve Kavuncu, 2020); kurumsal sorunlar ile zamanlama ve erişim kategorilerinin ve sırasıyla onlara bağlı finansman ve faturalama ile erişim/hasta kabul alt kategorilerinin en fazla şikayete sahip olan unsurlar olduğu rapor edilmiştir.

Çalışma sonucunda, Klinik teması altında şikayet edilen ilk sıradaki kategorinin kalite, alt kategorinin ise tedavi olduğu; ikinci kategorinin hasta güvenliği, ona bağlı alt kategorinin ise teşhis hataları olduğu ortaya konulmuştur. Buradan hareketle hastane yönetiminin; kalite ve hasta güvenliği kategorileri ile tedavi ve teşhis hataları alt kategorine ait şikayetlerin farkına varıp, onlara etkili çözümler bulma noktasında daha fazla çaba göstermesinin faydalı olacağı ifade edilebilir. Konuyla ilgili bir çalışmada (Karaağaç vd., 2018); kalite ve tedavinin en fazla şikayet oranına sahip kategori ve alt kategori olduğu; hasta güvenliği ve beceriler/mesleğe uygunluk öğelerinin ise en yüksek orana sahip kategori ve alt kategoriler olduğu rapor edilmiştir.

Araştırma sonuçları, İlişkiler teması altında en fazla şikayet edilen kategorilerin sırayla insaniyet ve önemseme ile iletişim olduğunu göstermektedir. İnsaniyet ve önemseme kategorisi altında en fazla



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

şikayet edilen alt kategorinin saygı, itibar ve önemseme olduğu; iletişim kategorisi altında en fazla şikayet alan alt kategorinin ise yanlış bilgilendirme olduğu ortaya konulmuştur. Elde edilen sonuçlar iç müşteri konumundaki hastane personelinin iletişim, empati ve nezaket gibi temel konularda bazı eksikliklerinin olduğuna işaret etmesi bakımından kayda değerdir. Dolayısıyla hastane yönetimi tarafından iç müşterilere yönelik bu türden eğitim faaliyetlerinin organize edilmesi katma değer sağlama noktasında faydalı olabilir. Böylelikle hastane personeli, sağlık hizmeti alıcılarına karşı nasıl davranması gerektiğini bileceği için daha rahat hizmet sunumunda bulunabilecek, hizmet alıcıları ise tatmin olmuş bir şekilde kurumdan ayrılacaklardır. Memnun kalan hasta/hasta yakınlarının ise hastanelere rekabet üstünlüğü kazandıracığı düşünüldüğünde, bu durumun söz konusu hastanelerin sürdürülebilirliklerine katkıda bulunacağını öngörmek olasıdır. Konuyla ilgili bir çalışmada (G. Hoşgör ve Hoşgör, 2019); insanîyet ve önemseme, iletişim ve hasta hakları kategorilerinin ve sırasıyla onlara bağlı saygı, haysiyet ve önemseme, yanlış/yetersiz bilgilendirme ve mahremiyet alt kategorilerinin en fazla şikayete sahip olan unsurlar olduğu rapor edilmiştir.

Araştırma sonucunda hasta ve hasta yakınları tarafından en fazla muzdarip olunan ilk iki konunun başında sırayla; bekleme sürelerinin uzunluğu ve ücretler konularının geldiği ortaya konulmuştur. Her iki şikayet konusunun da yönetim teması altında yer alması dikkat çekmektedir. Bu bakımdan konuyla ilgili yönetsel çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve devreye sokulması büyük önem taşımaktadır. Randevulu olarak hastaneye başvuran bir birey, randevu saatinde hastanede olmasına rağmen uzun süre beklemek zorunda kalıyor ise, bu durum hizmet alıcıların hastaneye ve hekime olan güven düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir. Zira, bireyler için para gibi maddi kaynakların yanı sıra zaman kaynağı da çok önemlidir. Güven düzeyi düşük sağlık hizmeti alıcılarının ise daha düşük bir tatmin ve sadakat hissine sahip oldukları ifade edilebilir. Demirdağ ve Tuğrul (2022) tarafından da aktarıldığı üzere, Dünya Sağlık Örgütü, etkili bir hasta muayenesi için hastalara en az 20 dakika ayrılması gerektiğini belirtmektedir. Buradan hareketle hastane yönetiminin, bir mesai günü/saati içerisinde hastalara verilen randevu sayısını, o gün poliklinikte çalışan hekimlerin sayısına göre ayarlaması gerektiği önerilebilir. Aksi halde yığılmalar kaynaklı uzun bekleme süreleri oluşacak ve hasta başına ayrılan muayene süresi kısılacaktır. Bu ise hastaların sağlık hizmeti bakım kalitesi algısının düşmesine yol açacağı gibi, hastanede geçerli olan/uygulanan ücret düzeyinin de normalden daha yüksek algılanmasına neden olacaktır.

Söz konusu sağlık kurumunun iyileştirmeye ve geliştirmeye ihtiyaç duyulan noksanlıkların giderilmesi açısından hastane yönetiminin, hasta ve/veya hasta yakınlarından gelen her bir şikayeti kıymetli bir hediye olarak değerlendirmesi ve bununla ilgili etkili şekilde işletilen bir şikayet mekanizması kurup sürdürmeleri önerilebilir. İlk sırada çıkan şikayetin bekleme sürelerinin uzunluğu (gecikmeler) olduğu düşünüldüğünde, hem hastane randevu sistemlerinin buna göre revize edilmesi hem de sağlık personeline zamanın etkin ve verimli yönetimi konularında hizmet içi eğitimler verilmesi önerilebilir. İkinci sırada çıkan şikayetin ise ücretler olduğu düşünüldüğünde, hastanede şeffaf ve adil bir ücretlendirme politikasının tesis edilmesi önerilebilir. Konuyla ilgili daha sonrasında yapılması planlanan çalışmalarda, araştırmacıların yalnızca sikayetvar.com'a değil, diğer alternatif çevrim içi şikayet portallarına yazılan şikayet metinlerini de bu kapsamda ele alıp incelemeleri ve daha fazla sayıda şikayet metni üzerinde incelemede bulunmaları önerilebilir.

Katkı Oranı Beyanı: Tüm yazarlar, eşit düzeyde katkı sunmuşur.

Çatışma Beyanı: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

- Atak M., Erdoğan H., Küçükali H., Çiçek Eski Ö., Yağmur Bek Ö., Uslu Karagöz Y. ve Memişoğlu K. (2018). İstanbul İli Hastane Şikâyetlerinin Sağlıkta Kalite Standartları ile İlişkisi. 7. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi 10-13 Ocak, Antalya.
- Bosch, V. G., & Enriquez, F. T. (2005). TQM and QFD: Exploiting a Customer Complaint Management System. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 22(1), 30-37.
- Demirdağ, H. G., & Tuğrul, B. (2022). Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvuruları, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 1-16.
- Gündüz Hoşgör, D., & Hoşgör, H. (2019). Sağlık Hizmeti Tüketicileri Perspektifinden Özel Hastane Şikâyetlerinin İncelenmesi (Sikayetvar.com Örneği). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(4), 823-842.
- Harrison, R., Walton, M., Healy, J., Smith-Merry, J. ve Hobbs, C. (2016). Patient Complaints About Hospital Services: Applying a Complaint Taxonomy to Analyse and Respond to Complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 240-245.
- Hoşgör, H., & Cengiz, E. (2020). Sağlık Hizmetlerinden Şikâyetçi Olan Bireylerin Genel Profili ve Şikâyet Nedenleri: Türkiye Merkezli Bir Sistematik Derleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1), 191-217.
- Hoşgör, H., & Tosun, N. (2019). İstanbul İlindeki Bir Üniversite Hastanesine Yapılan Şikâyetlerin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43(2), 239-252.
- Jiang, Y., Ying, X., Zhang, Q., Tang, S. R., Kane, S., Mukhopadhyay, M., & Qian, X. (2014). Managing Patient Complaints in China: A Qualitative Study in Shanghai. *BMJ Open*, 4(8), e005131.
- Karaağaç, C., Erbay, E., & Esatoğlu, A. E. (2018). Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi ile İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(24), 287-304.
- Montini, T., Noble, A. A., & Stelfox, H. T. (2008). Content Analysis of Patient Complaints. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 412-420.
- Özbölük, T., & Dursun, Y. (2015). Pazarlama Araştırmalarında Paradigmatik Dönüşüm ve Etnografinin Dijital Evrimi: Netnografi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (46), 227-247.
- Reader, T. W., Gillespie, A., & Roberts, J. (2014). Patient Complaints in Healthcare Systems: A Systematic Review and Coding Taxonomy. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 678-689.
- Selçuk Z., Palancı M., Kandemir M. ve Dündar H. (2014) Eğitim ve Bilim Dergisinde Yayınlanan Araştırmaların Eğilimleri: İçerik Analizi. *Eğitim ve Bilim*, 39(173), 428- 449.
- Taylor, D. M., Wolfe, R. S., & Cameron, P. A. (2004). Analysis of Complaints Lodged by Patients Attending Victorian Hospitals, 1997–2001. *Medical Journal of Australia*, 181(1), 31-35.
- Thi Thu Ha, B., Mirzoev, T., & Morgan, R. (2015). Patient Complaints in Healthcare Services in Vietnam's Health System. *SAGE Open Medicine*, 3, 1-9.
- Uludağ A. (2011) Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 31(3): 653-663.
- Wofford, M. M., Wofford, J. L., Bothra, J., Kendrick, S. B., Smith, A. ve Lichstein, P. R. (2004) Patient Complaints About Physician Behaviors: A Qualitative Study. *Academic Medicine*, 79(2), 134-138.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Yaman, Z., & Kavuncu, B. (2020). Özel Hastanelere Yapılan Çevrimiçi Şikâyetlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(2), 282-297.
- Yolcu N., Bingöloğlu S., Dönmez M. ve Yolcu A. (2018) Tekirdağ İli Kamu Hastaneleri Hasta Şikâyetlerinin Sağlıkta Kalite Standartları ile İlişkisi. 10. Uluslararası Hasta ve Çalışan Hakları Kongresi 14-17 Kasım, Antalya.



EBEVEYNLERE GÖRE: OLUMSUZ AŞI TUTUM NEDENLERİ VE OLUMSUZ TUTUMLARININ AZALTILMASIYLA İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

ACCORDING TO PARENTS: REASONS FOR NEGATIVE VACCINE ATTITUDES AND THEIR OPINIONS ON REDUCING THE NEGATIVE ATTITUDES

Dr. Öğretim Üyesi Kazım BAŞ

Munzur Üniversitesi, kbas@munzur.edu.tr. orcid.org/0000-0002-5061-4006

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (27.12.2023-30.03.2023)

Öz

Çalışma, ebeveynlere göre çocukların aşılanmasını etkileyen olumsuz tutumları belirlemek ve olumsuz aşı tutumlarını azaltmada ebeveynlerin görüşlerini değerlendirmektir. Tanımlayıcı türde olan araştırma, Haziran-Ağustos 2021 tarihleri arasında, bir il merkezinde ikamet eden ve araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden 356 ebeveyn ile yürütülmüştür. Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu kullanılarak toplanmıştır. Veriler sayı, yüzde ve ortalama kullanılarak analiz edilmiştir. Ortalama 1.87±0.78 sayıda çocuğa sahip olan ebeveynlerin %55.6'sı kadın, %44.4'nün erkektir. Ebeveynlerin %96.9'u çocuklarına tüm aşılarını yaptırdığını ifade etmiştir. Ebeveynlerin %20.1'si aşıların çocuk üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirtti. Ebeveynlerin göre olumsuz aşı tutum nedenlerinin ise %92.4'ü ailelerin aşı konusunda yeterince bilgilendirilmemesi, %86'sı medyada aşıyla ilgili olumsuz haberlerin yer alması, %82.6'sı aşıyla ilgili yapılan dedikoduların etkili olduğu görüşündeler. Yine ebeveynler olumsuz aşı tutumlarının azaltılmasında; %91.9'u yazılı ve görsel medyada aşıyla ilgili doğru bilgi verilmesinin, %86.5'i ailelere aşılarla ilgili eğitim verilmesinin, %83.1'i aşılamaya kamudan daha fazla kaynak ayrılmasının, %65.4'ü aşılarla ilgili olumsuz bilgi yayanların cezalandırılması gerektiğini belirtti. Ayrıca ebeveynlerin çoğu olumsuz aşı tutumlarının azaltılmasında sosyal pazarlama ilke ve tekniklerinin kullanılması gerektiği görüşündedir. Ebeveynlerin tamamına yakını çocuklarını aşılatmış olsa da azımsanmayacak bir oranda (%3.1) çocuklarının aşısının eksik olduğu görüldü. Her beş ebeveyninden birinin aşının olumsuz etkileri olduğu görüşündedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık, aşı, aşı tutumu, sağlık yönetimi, sosyal pazarlama.

Abstract

The aim is to identify negative attitudes towards vaccination among parents and evaluate parents' opinions in reducing negative attitudes towards vaccination of children. A descriptive type of research was conducted with 356 parents who reside in a provincial center and voluntarily agreed to participate in the research between June-August 2021. Research data was collected using a face-to-face interview technique and a questionnaire form. The data was analyzed using numbers, percentages, and means. The parents, who had an average of 1.87±0.78 children, were 55.6% female and 44.4% male. 96.9% of the parents stated that they had their children vaccinated for all vaccines. 20.1% of the parents reported that vaccines have negative effects on children. According to parents, the reasons for negative vaccine attitudes were 92.4% insufficient information provided to families about vaccines, 86% negative news about vaccines in the media, and 82.6% the impact of rumors about vaccines. Furthermore, in reducing negative vaccine attitudes, 91.9% of the

parents stated that providing accurate information about vaccines in written and visual media, 86.5% mentioned providing education to families about vaccines, 83.1% suggested allocating more resources to vaccination programs, and 65.4% suggested punishing those who spread negative information about vaccines. Moreover, most of the parents believe that social marketing principles and techniques should be used to reduce negative vaccine attitudes. Although almost all of the parents had their children vaccinated, a significant proportion (3.1%) of the children were found to have incomplete vaccination. One in five parents believes that vaccines have negative effects.

Keywords: Health, vaccination, vaccination attitude, health management, social marketing.

GİRİŞ

Aşılar, toplum sağlığı alanında önemli halk sağlığı kazanımları içinde yer alır. Aşılama amaç, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık oluşturarak, hastalığa bağlı oluşabilecek yan etki, sakatlık ve ölümleri azaltıp ve hastalıklara karşı koruma sağlamaktır. Geçmişten günümüze bulaşıcı hastalıklara karşı aşılamayla toplumsal bağışıklık sağlanarak salgınlar önlenmiş ve bulaşıcı hastalıklarla mücadelede aşı en etkili yöntem olmuştur (Bozkurt, 2018; Atalay, 2019). Dünya genelinde aşı ile kazanılan bağışıklık sayesinde bulaşıcı hastalıkların morbidite ve mortalite düzeylerinde azalma sağlanarak, düşük maliyetli koruyucu sağlık hizmeti verilmiştir. Bu nedenle tüm dünyada aşılamayla önlenebilen hastalıklarda işbirliği yapılması zorunlu hale gelmiştir. Geçmişte dünya ülkelerinde milyonlarca insanın ölümüne neden olan çiçek hastalığı 1979 yılında aşı sayesinde eradike edilmiştir. Çocuk felci hastalığı da aşılama sayesinde yok edilme aşamasına gelmiştir (Gülcü ve Arslan, 2018). Günümüzde çocuklarda ölümlere neden olan on dört bulaşıcı hastalığa karşı etkin aşı bulunduğu vurgulanarak aşı sayesinde dünya genelinde milyonlarca çocuğun hayatta kaldığı belirtilmiştir. Birleşmiş Milletler “Bin Yıl Kalkınma Hedefleri ”inde 2015 yılına kadar dünya genelinde çocuk ölümlerinin istenilen düzeyde azaltılabılmasının, tüm ülkelerde beş yaş altı çocuklarda aşılama oranlarının %90’a çıkarılmasıyla mümkün olacağını ifade etmiştir. Dünyada, 2030 yılına kadar sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesinde tüm ülkelerde bağışıklama hizmetlerinin önemli katkısının olacağı bir kez daha teyit edilmiştir (Arvas, 2012; Eskiocak ve Zencir, 2021). Ayrıca aşı, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)’ne göre bir insan hakkı, UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)’nu ise çocuk hakkı olarak tanımlanmıştır (Akbulak ve Çöl, 2022).

Dünyada 1850’li yıllarından sonra ilk olarak İngiltere’de Çiçek salgının önlenmesi amacıyla Çiçek aşısı herkese zorunlu olarak yaptırılmış, aşıyı reddedenlere başta hapis cezası olmak üzere çeşitli yaptırımlar uygulanmıştır. Aşının ilk uygulandığı tarihten itibaren aşı uygulamalarıyla ilgili yaşanan olumsuzluklar ülkelerin izlediği politikalarla çözülmeye çalışılmıştır. Buna rağmen 1990’lı yıllardan sonra dünyanın çeşitli ülkelerinde aşıya karşı çeşitli sebeplerle olumsuzlukların (aşı reddi, aşı tereddütü) artmaya başladığı görülmüştür. Türkiye’de de 2010 yılından itibaren çocuk aşılarında “aşı reddi” olarak ifade edilen yeni bir kavram ortaya çıkmıştır (Bozkurt, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı,2021). Aşılama iki olumsuz tutum olan aşı tereddütü ve aşı reddi iki ayrı kavram olduğu ve aşı tereddütünde bireyin aşıyı kabul etmede gecikmesi ya da ulaşılan aşıyı reddetmesi durumu iken aşıları reddetmesi iradesiyle yaptıramaması aşı reddi olarak açıklanmıştır (Akbulak ve Çöl, 2022).Aşı reddi nedenleri arasında, aşının güvenliğinden endişe duyma risk altında olmadığını düşünme dini, felsefi ya da komplo teorisi temelinde itiraz etme yer almaktadır (Özata ve Kapusuz, 2019). Aşıyı reddeden ailelerin çocuklarını aşılatmadığı, bazı ailelerinde çocuklarına eksik aşı yaptırdığı görülmektedir. Bu durumun da aşılama olumsuz etkileyerek, aşıyı reddeden ailelerin çocuklarında kızamık gibi hastalıklarda artışa yol açtığı bildirilmektedir (Bozkurt, 2018; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Aşı reddi, bireylerin hastalıklara karşı riskini



artırıp aynı zamanda tüm toplumu ciddi şekilde tehdit edebileceği bildirilmiştir (Alsubaie vd.2019), Bu bağlamda aşılama aile tutumlarının belirlenmesi ve aşıya yönelik olumsuz tutumların azaltılmasında ve ebeveynlere olumlu tutum kazandırılmasında sağlık personelinin profesyonel yönetim becerilerine gereksinim duyulmaktadır.

Ayrıca sağlık hizmetlerinde davranış değişikliği yaratmada sosyal pazarlama yöntemlerinin önemli rolü olduğu ifade edilmiştir. Sosyal pazarlama ilke tekniklerinde davranış değişikliği yaratma müdahalelerinin ise eğitim, destek, tasarım ve düzenlemeleri (ceza ve ödüller) içermektedir. Türkiye'de 2005 yılında kuş gribi salgını sırasında UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu), "ulaşılması zor" yüksek riskli nüfus gruplarına yönelik özel iletişim sağlamak için sosyal pazarlama tekniklerini kullandığı belirtilmiştir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2014). Özellikle COVID-19 salgınıyla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri ve aşılamanın önemini bir kez daha teyit edildiği bu süreçte, aşılamanın tüm toplum için yaşam hakkını koruma ve sürdürmede önemli hale geldiği vurgulanmıştır (Eskiocak ve Zencir, 2021;Üner, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafında aşı tereddütü 2019 yılında en önemli 10 sağlık tehdidi arasında değerlendirmiştir (Alsubaie vd., 2019). Türkiye'de çocuklarına aşı yaptırmayan azımsanmayacak sayıda aile olduğu (Akbulak ve Çöl, 2022), bu nedenle aşıyı yaptırmayı olumsuz etkileyen faktörlerin bilinmesi aşılama bu olumsuzluklarla mücadele edilmesini sağlayacaktır. Dolayısıyla bu çalışma, ebeveynlere göre çocukların aşılmasını etkileyen olumsuz tutumları belirlemek ve olumsuz aşı tutumlarını azaltılmasında ebeveynlerin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma tanımlayıcı türden bir çalışmadır. Araştırma Tunceli ili merkez mahallerinde, 01 Haziran- 30 Ağustos 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini bir il merkez mahallerinde ikamet eden ve 1-14 yaş çocuğu olan ebeveynler oluşturmuştur. Evrenden örnekleme gidilmeden araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde ulaşılabilen ve araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden 356 ebeveyn araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları, Verilerin Toplanması ve Analizi

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taraması (Özata ve Kapusuz, 2019; European Centre for Disease Prevention and Control, 2014; Toumi ve Ricciardi, 2015; Odabaş ve Ayyıldız, 2020; Yavuz, 2018). doğrultusunda oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerini içeren altı soru; ikinci bölümde ise ebeveynlerin çocuklarının aşılmasına yönelik olumsuz tutumları ve olumsuz aşı tutumlarını azaltılmasında ebeveynlerin düşüncelerini değerlendirmeyi amaçlayan çok seçenekli ve açık uçlu dokuz soru olmak üzere toplam on beş soru yer almaktadır.

Araştırma verileri araştırmacı tarafından ebeveynlerden ikamet ettiği mahallerde, anket formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, ortalama 15-20 dakikada toplanmıştır.

İstatistiksel analiz için IBM SPSS Windows 23.0 sürümü (IBM, Armonk, New York, USA) kullanılmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından bilgisayar destekli SSPS paket programına aktarıldıktan sonra sayı, yüzde ve ortalama, standart sapma, kullanılarak analiz edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Munzur Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 15/06/2021 tarih 13966 sayılı yazısı ve 14 nolu kararıyla etik kurul izni alınmıştır. Etik kurul onayından sonra araştırmanın yürütüldüğü zaman aralığında ailelerle yüz yüze görüşme yapıp araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmada bireysel hakların korunmasını gerektiren “Bilgilendirilmiş Onam”, “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerden yazılı ve sözel onamlar alındıktan sonra anket uygulamasına geçilmiştir.

BULGULAR

Ebeveynlere göre çocukların aşılmasına yönelik olumsuz aşı tutum nedenleri ve olumsuz aşı tutumlarının azaltılmasına ilişkin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yürütülmüş olan araştırmanın bulguları bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 1. Ebeveynleri Tanıtıcı Özellikler

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş (Ort.± SS)	37.74±7.41 (Min=21, Max=60)	
Cinsiyet (n=356)		
Kadın	198	55.6
Erkek	158	44.4
Öğrenim durumu (n=356)		
İlkokul	36	10.2
Ortaokul	38	10.7
Lise	114	31.8
Lisans ve üzeri	168	47.3
Gelir getirici işte çalışma durumu (n=356)		
Evet	234	65.7
Hayır	122	34.3
Ortalama aylık gelir (n=356)		
Giderimden az	185	52.0
Giderime denk	153	42.9
Giderimden fazla	18	5.1
Çocuk sayısı (Ort.± SS)	1.87±0.78 (Min= 1, Max= 5)	

Ortalama 37.74±7.41 yaşa sahip olan ebeveynlerin, %55.6'sı kadın, %44.4'ü erkek olup, %47.3'ü lisans ve üzeri öğrenime sahiptir. Ortalama 1.87±0.78 sayıda çocuğa sahip olan ebeveynlerin % 65.7'si gelir getirici bir işte çalışmakta olup ve %52.0'ı ortalama aylık gelirini giderinden az olarak değerlendirmektedir (Tablo 1).

Tablo 2. Ebeveynlerin Aşıya İlişkin Bazı Tutum ve Görüşleri

Özellikler	Sayı	Yüzde
Çocuklarına aşı yaptırma durumu (n=355)*		
Tam	341	96.9
Eksik	11	3.1

Aşıların olumsuz etkisi (n=354)*

Var	71	20.1
Yok	283	79.9

Koronavirüs sürecindeki olumsuz tartışmaların çocukların aşılatılmasını olumsuz etkileme durumu (n=350)*

Evet	302	86.3
Hayır	48	13.7

Olumsuz aşı tutum nedenleri**

Ailelerin aşı konusunda yeterince bilgilendirilmemeleri	329	92.4
Aşıyla ilgili medyada olumsuz haberler	306	86.0
Aşıyla ilgili yapılan dedikodular	294	82.6
Aşıyla ilgili sosyal medyada olumsuz yorumlar	267	75.0
Aşıyla ilgili olumsuz inançlar	233	65.4
İdeolojik ve siyasi eğilimler	198	55.6
Coğrafi ve kültürel faktörler	103	28.9

*= Cevap verenlerin sayısı

**Birden çok seçeneğe cevap verenlerin sayısı

Ebeveynlerin %96.9'u çocuklarına tüm aşılarını yaptırdığı belirtip, %3.1'i ise çocuklarına eksik aşı yaptırdığı ifade etmiştir. Ebeveynlerin %20.1'i aşıların olumsuz etkisi olduğunu belirtmiş ve %86.3'ü COVID-19 salgın sürecindeki olumsuz aşı tartışmalarının çocuklara aşı yaptırmayı olumsuz etkileyebileceğini ifade etmiştir. Ebeveynlerin, %92.4'ü ailelerin aşı konusunda yeterince bilgilendirilmemesinin, %86'sı aşıyla ilgili medyada olumsuz haberlerin yer almasının, %82.6'sı aşıyla ilgili yapılan dedikoduların, %75'i aşıyla ilgili sosyal medyada yapılan olumsuz yorumların, %65.4'ü aşıyla ilgili olumsuz inançların, %55.6'sı ideolojik ve siyasi eğilimlerin ve %28.9'u da coğrafi ve kültürel faktörlerin aşıya karşı olumsuz tutum geliştirmede etkili olduğunu bildirmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Ebeveynlere Göre Çocuk Aşılarına Karşı Olumsuz Tutumların Azaltılmasında Etkili Olan Faktörler

Faktörler	Sayı	Yüzde
Aşıya ilişkin yazılı ve görsel medyada doğru bilgi verilmesi	327	91.9
Aşılarla ilgili ebeveyn eğitimi	308	86.5
Aşılamaya kamudan daha fazla kaynak ayrılması	296	83.1
Aşıyla ilgili olumsuz bilgi yayanlar cezalandırılması	233	65.4
Aşının öneminin medya ve kitle iletişim araçlarında vurgulanmasının	284	79.8
Aşı konusunda uzman sağlık personelinin yazılı ve görsel medya aracılığıyla toplumu bilgilendirmesi	222	62.4

**Birden çok seçeneğe cevap verenlerin sayısı

Ebeveynlerin %91.9'u aşıyla ilgili yazılı ve görsel medyada doğru bilgi verilmesinin, %86.5'i ailelere aşılarla ilgili eğitim verilmesinin, %83.1'i aşılamaya kamudan daha fazla kaynak ayrılmasının, %65.4'ü aşılarla ilgili olumsuz bilgi yayanların cezalandırılmasının, %79.8'i öneminin medya ve kitle iletişim araçlarında vurgulanmasının ve %62.4'ü de aşı konusunda uzman sağlık personelinin yazılı ve görsel medya aracılığıyla toplumu bilgilendirmesinin aşıya karşı olumsuz tutumları azaltmada etkili olacağını bildirmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Ebeveynlere Göre Çocuk Aşılarına Karşı Olumsuz Tutumların Azaltılmasında Sosyal Pazarlamamın Rolü

Aşılar karşı olumsuz tutumların azaltılmasında sosyal pazarlamanın kullanım alanları	Sayı	Yüzde
Kitle iletişim araçları ve sosyal medya	315	88.5
Aşılamada görev alan sağlık personelinin eğitimi	310	87.1
Aşılamada desteğe, bireylerle birlikte etkileyici kişileri yönlendirme	260	73.0
Aşılamada etkili yönlendirme için sektörler arası işbirliği yapma	260	73.0
Aşılamada kamuoyu oluşturmada etkili iletişim stratejisi kullanma	252	70.8
Aşılamada yerel dinamikleri güçlendirme	156	43.8
Dini ve geleneksel liderlerin katılımını sağlama	134	37.6

****Birden çok seçeneğe cevap verenlerin sayısı**

Ebeveynlerin çocuk aşılarına karşı olumsuz tutumların azaltılmasında sosyal pazarlamanın rolüyle ilgili görüşleri incelendiğinde, ebeveynlerin %88.5'i kitle iletişim araçları ve sosyal medyada, %87.1'i aşılamada görevli sağlık personelinin eğitimi, %73'ü aşılamaya desteğe, bireylerle birlikte etkileyici kişileri yönlendirme ve aşılamada etkili yönlendirme için sektörler arası işbirliği yapmada, %70.8'i aşılamada kamuoyu oluşturmada etkili iletişim stratejisi kullanma, %43.8'i aşılamada yerel dinamikleri güçlendirmede ve %37.6'si ise dini ve geleneksel liderlerin katılımını sağlanmada sosyal pazarlamanın etkili kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Aşılamaya bulaşıcı hastalıkların kontrolünde ve bu hastalıklara bağlı ölümleri azaltmada etkili olan düşük maliyetli koruyucu sağlık hizmetidir. Dünya genelinde yirmi altı bulaşıcı hastalığa karşı geliştirilmiş aşı bulunmakta ve hasatlıklara karşı yeni aşıların geliştirilme çabaları devam etmektedir (Eskiocak ve Marangoz,2019). Aşılar bireyin sağlığına sağladığı faydalarla birlikte toplumsal bağışıklığına da olumlu katkı yapmaktadır. Bu nedenle aşılar yirminci yüzyılın en önemli toplum sağlığı kazanımları arasında yer almaktadır (Arvas, 2012; Akbulak ve Çöl, 2022). Dünyanın düşük gelirli 72 ülkesinde 2011-2020 yıllarında yapılacak aşılamaya çalışmalarıyla yaklaşık 6.4 milyon çocuk ölümünün önleneyeceği ifade edilmiştir (Gülcü ve Arslan, 2018). Dolayısıyla doğumdan itibaren aşıların düzenli olarak uygulanması toplum sağlığını korumak ve desteklemek açısından elzemdir. Oysa dünyanın bazı ülkeleri ve Türkiye'de de son yıllarda aşı karşıtlığı hareketlerin arttığı ve ülkemizde çocuklarına aşı yaptırmayan ailelerin sayısında 2011-2018 yılları arasında artış olduğu bildirilmektedir (Gür, 2019).Yapılan bir çalışmada 2017 yılında Türkiye'de kayıtlara geçen yaklaşık 23.000 aşı reddinin olduğu, bunun Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da daha fazla görüldüğü, bu bölgelerde sıfır yaş grubunda aşı reddinin % 0.3, okul yaş grubunda yaklaşık %5 civarında olduğu ifade edilmiştir (Üner, 2020). Diğer bir çalışmada aşı yaptırmaya karşı olanların oranı %6 olduğu saptanmıştır (Türkay vd.2017). Yapılan bu çalışmada da ebeveynlerin %96.9'unun çocukların aşılarının tam, %3.1'inin ise tam olmadığı görülmüştür.

Araştırmada, ebeveynlerin beşte biri (%20.1) çocuk aşılarının olumsuz etkilerinin olduğunu belirtmiş, %86.3'ü de COVID-19 sürecinde yaşanan olumsuz tartışmaların çocuk aşılamalarını olumsuz etkileyeceğini bildirmiştir. Ebeveynler çocuk aşılarına karşı olumsuz tutumların oluşmasında etkili faktörleri sırasıyla; ailelerin aşı konusunda yeterince bilgilendirilmemeleri (%92.4), medyada aşıyla ilgili olumsuz haberler (%86), aşıyla ilgili yapılan dedikodular (%82.6), aşıyla ilgili sosyal medyada olumsuz yorumlar (%75), aşıyla ilgili olumsuz inançlar (%65.4), ideolojik ve siyasi eğilimler (%55.6), coğrafi ve kültürel faktörler (%28.9) şeklinde bildirmiştir. Aşı uygulamalarında geçmişten bugüne olumlu etkilerin yanında bazı olumsuz durumlar da yaşanmıştır. Literatür incelendiğinde de çocuklarına aşı yaptırmama veya yaptırmama durumu bireylerin kararı dışında sosyal-kültürel, siyasal, tarihi, bilimsel, coğrafi ve inançsal sebeplerin

neden olduğu görülmektedir (Yavuz, 2018; Eskiocak ve Marangoz, 2019). Aşılamayla ilgili kararların birey ya da ailelerin yaşam tarzlarından, sağlık algılarından, çocukluk çağında görülen hastalıklarla ilgili inançlardan, hastalıkların risklerine ilişkin algılarından, aşılamanın etkinliği ve aşı bileşenlerine ilişkin düşünceler ile sağlık kurumlarına olan güvenden etkilendiği görülmektedir (Bozkurt, 2018; Harmsen vd., 2012; Yüksel ve Topuzoğlu, 2019). Türkiye’de aşı reddi nedenlerinde ilk sırada aşı içeriğine güvenmeme ve ikinci sırada aşıya güvenmeme olduğu belirtilmiştir (Eskiocak ve Marangoz, 2021) Çocukların aşılmasında ebeveynlerin sorumlu olduğu ve çocuk aşılarının yapılmasında anne-babaların aşıya yönelik tutumlarının aşı kararlarında büyük önem taşıdığı bildirilmektedir (Alabadi ve Aldawood, 2020; 18- Matta vd., 2020; Çıklar ve Güner, 2020). Aşıya karşı olumsuzlukların azaltılmasında ebeveynlerin bilgilendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Bozkurt, 2018; Harmsen vd., 2012; Yüksel ve Topuzoğlu, 2019). Literatür incelendiğinde sosyal medya ve yazılı basında çocuk aşılarıyla ilgili yer alan olumlu içeriklerin ebeveynlerin aşı tutumlarını olumlu etkilediği belirtilirken olumsuz içeriklerin ise aşıyla ilgili ebeveynlerde olumsuz tutumlar oluşturduğu bildirilmiştir (Üner, 2020). Aşılamayla ilgili tereddüt yaşayan veya aşılamaı reddedenlerin diğerlerine göre internet aracılığıyla aşı konusunda daha fazla bilgi edindikleri vurgulanmıştır. Yine aşı karşıtı olan bireylerin günümüzde internet aracılığıyla bir araya gelerek aşı karşıtı paylaşımlarını yaydıkları belirtilmiştir (Atalay, 2019). Türkiye’de yapılan bir çalışmada aşı yaptırmamanın farklı nedenleri olduğu belirtilip ve en yaygın aşı yaptırmamam nedeni ise aşı yan etkilerinden duyulan endişe olduğu ifade edilmiştir (Türkay vd.2017). Araştırma bulgularına göre ebeveynler çocuk aşılarına karşı olumsuz tutumların azaltılabilmesinde; aşılarla ilgili yazılı ve görsel medya doğru bilgi vermesini, ebeveynlerin aşılarla ilgili eğitilmesinin, aşılamaıya kamudan daha fazla kaynak ayrılmasının, aşıyla ilgili olumsuz bilgi yayanların cezalandırılması görüşündedirler. Ayrıca aşının önemiyle ilgili medya ve kitle iletişim araçlarında daha fazla yer verilmesinin ve deneyimli, tecrübeli, sağlık personeli ve uzmanların aşılamaıya ilgili medya ve kitle iletişim araçları aracılığıyla toplumu bilgilendirmesinin önemli olacağını belirttiler. Yapılan bir araştırmaya benzer olarak, sağlık personeli tarafından aşı uygulanan bireylerle iyi iletişim kurulup güven verilmesinin aşı tereddütlerinin giderilmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (Kader, 2019). Dolayısıyla olumsuz aşı tutumlarına neden olan durumların belirlenmesi ebeveynlere olumlu tutum kazandırılmasında etkili olacaktır.

Avrupa birliği ülkeleri ve dünyanın diğer ülkelerinde, aşı tereddüdü ve aşı reddi nedeniyle aşılamaımayanlarda artan hastalık vakaları, kamu sağlığı için tehdit olarak görülmüş ve bu durumun giderilmesinde sosyal pazarlamanın önemli bir rol oynayacağı vurgulanmıştır (Opel vd., 2015).Yapılan bu araştırmada da ebeveynler çocuk aşılarına karşı olumsuz tutumların azaltılmasında sosyal pazarlamanın, kitle iletişim araçları ve sosyal medyayı kullanmada, aşılamaıda görev alan sağlık personelin eğitiminde, aşılamaıda bireylerle birlikte etkileyici kişileri desteğe yönlendirmede ve aşılamaıda etkili yönlendirme için sektörler arası işbirliği yapmada , aşılamaıda kamuoyu oluşturmada etkili iletişim stratejileriyle, aşılamaıda yerel dinamikleri güçlendirmede ve dini ve geleneksel liderlerin katılımını sağlaması gerektiği görüşündedir. Sosyal pazarlamanın davranışlarını olumlu yönde etkileyerek ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltabileceği bildirilmiştir (Rémy vd., 2015; Tengilimoğlu, 2016; Do Rosário vd., 2015).Dolayısıyla sosyal pazarlama, olumsuz aşı tutumlarının azaltılması ve etkili aşılama programları için yararlanılabilecek yöntemlerden biri olabilir.

Araştırmanın yürütüldüğü evrende sınırlı çalışma olması nedeniyle literatüre önemli katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca Araştırmanın sadece bir ilin merkez mahallerinde yürütülmesi ve araştırma verilerinin ebeveynlerin öz-bildirimlerine dayalı olması araştırmanın sınırlı yanlarını oluşturmaktadır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu araştırmada ebeveynlerin çoğunluğunun çocuklarına aşı yaptırdığı görülse de azımsanmayacak bir oranı çocuklarını eksik aşılatmış olup, beşte biri de aşılardan olumsuz etkilerinin olduğu görülmüştür. Ebeveynlere göre olumsuz aşı tutumunda, ailelerin aşı konusunda yeterince bilgilendirilmemeleri, medyada aşıyla ilgili olumsuz haberlerin, aşıyla ilgili yapılan dedikoduların, sosyal medyada aşıyla ilgili olumsuz yorumların, aşıyla ilgili olumsuz inançların, ideolojik ve siyasi eğilimler yer almaktadır.

Ebeveynler yazılı ve görsel medyada aşı ile ilgili doğru bilgi verilmesinin, ailelere aşılardan ilgili eğitim verilmesinin, aşılardan kamudan daha fazla kaynak ayrılmasının, aşıyla olumsuz haber yayanların cezalandırılmasının, çocuk aşılardan karşı olumsuz tutumları azaltacağı görülmüştür.

Ebeveynlerin çoğunluğu aşıya ilişkin olumsuz tutumların azaltılmasında sosyal pazarlamanın, sağlık personelinin eğitilmesinde, bireylerle birlikte etkileyici kişileri aşılarda desteğe yönlendirmede, aşılarda etkili yönlendirme için sektörler arası işbirliğinin yapılmasında, aşılarda etkili iletişim stratejileriyle kamuoyu oluşturulmasında kullanılması gerektiği görülmüştür.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda,

-Aşı tutumu yönetiminde, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan alanında uzman sağlık personeline poliklinik dışında da aşılama alanında sağlık eğitimi verecek zaman ve olanaklarının yaratılması,

- Medya ve kitle iletişim araçlarının aşı hakkında doğru bilgi verme araçları olarak kullanılması ve yaygınlaştırılması,

- Toplum sağlığında önemli yeri olan koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek kamudan daha fazla kaynak ayrılması, COVID-19 aşılıyla ilgili başlayan olumsuz tartışmaların çocuk aşılardan olumsuz etkilememesi kamu sağlık otoritelerinin daha fazla çaba sarf etmeleri,

-Aşılar karşı oluşan olumsuz tutum ve davranışların azaltılması ve yönetiminde halk sağlığı alanında sağlık üzerinde önemli etkisi olduğu kabul edilen sosyal pazarlama teori ve uygulamalarından da yararlanılması önerilmektedir.

Katkı Oranı Beyanı: Yazar çalışmanın planlanması, literatür taraması, veri toplama, verilerin analizi ve makalenin yazımı, yayına hazırlanması aşamalarından ve makaledeki düzeltmelerin yapılmasından sorumludur.

Çatışma Beyanı: Yazar bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığı beyan eder.

KAYNAKÇA

Akbulak, M.A, Çöl, M. Dünyada ve Türkiye’de Aşılama Tutumu ve COVID-19 Aşılardan Bakış. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2022;7(3):531-40.

Alsubaie, S. S., Gosadi, I. M., Alsaadi, B. M., Albacker, N. B., Bawazir, M. A., Bin-Daud, N., ... & Alzamil, F. A. (2019). Vaccine Hesitancy Among Saudi Parents And Its Determinants: Result From the Who Sage Working Group on Vaccine Hesitancy Survey Tool. *Saudi Medical Journal*, 40(12), 1242.

Alabadi, M., Aldawood, Z. (2020). Parents’ Knowledge, Attitude And Perceptions on Childhood Vaccinationin Saudi Arabia: A Systematic Literature Review. *Scholarly Journals Vaccines*, 8(4),750. doi:10.3390/vaccines8040750.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Arvas, A. (2012). Çocuklarda Aşılamanın Önemi. *Klinik Gelişim*, 25: 1-3.
- Atalay, S. Psikoloji, Sosyoloji ve Coğrafya Bakış Açısından Sağlık, Tuğba Yılmaz, (Ed.) *Sosyolojik Bakış Açısından Aşı Karşıtlığı Ve Halk Sağlığı İçinden* (61-93.ss.). Ankara: Berikan Yayınevi; 2019.
- Bozkurt, H.B. (2018). Aşı Reddine Genel Bir Bakış ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 8(1), 71-6.
- Çıklar, S., Güner, P.D. (2020). Annelerin Çocukluk Çağı Aşuları Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Tutumları ve Aşı Reddi Nedenleri: Nitel ve Nicel Bir Araştırma, *Ankara Med J.* 20(1), 180-95.
- Do Rosário Cabrita, M., Cabrita, M. (2015). Applying Social Marketing To Health Care: Challenges And Opportunities. In *Marketing And Consumer Behavior: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications. IGI Global*, 957-71.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2014). *Social Marketing Guide For Public Health Managers And Practitioners*. Stockholm: ECDC, doi 10.2900/41449.
- Eskiocak, M., Marangoz, B. (2019). Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. *Türk Tabipleri Birliği Yayını*. Eylül 2019-Ankara: Hermes.p.11-89. [Erişim tarihi:12 Aralık 2022] https://www.ttb.org.tr/kollar/_asi/userfiles/images/halk/turkiyede_bagisiklama.pdf
- Eskiocak, M. Zencir, M. (2021). Yeni Koronavirüs Pandemisi Sürecinde Türkiye’de COVID-19 Aşılması ve Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Sağlıklı Toplum Yolunda Bağışıklama Hizmetlerinin Yeri. Mayıs-Ankara: *Türk Tabipleri Birliği Yayını*. p.4.[Erişim tarihi:12 Aralık 2022]. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/yeni_koronavirus_pandemisi_surecinde_turkiyede_covid19_asilamasi_ve_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf
- Eskiocak M, Marangoz B.(2021). Türkiye’de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. Aşı Reddi İçin En Sık Belirtilen Nedenler, Türk Tabipleri Birliği yayımları Haziran-Ankara ;. p.64 [Erişim tarihi:07 Nisan 2023]. https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/turkiyede_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf
- Gülcü, S., Arslan, S. (2018). Çocuklarda aşı uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1),34-43.
- Gür, E. (2019). Aşı Kararsızlığı - Aşı Reddi. *Türk Pediatri Araştırmaları*, 54(1), 1-2.
- Harmsen, İ.A., Ruiter Robert, A.C., Paulussen Theo, G.W., Mollema, L., Kok, G. et al. (2021) Factors Tha İnfluence Vaccination Decision-Making By Parents Who Visit An Anthroposophical Child Welfare Center: A Focus Group Study. *Hindawi Publishing Corporation Advances in Preventive Medicine*, 7. doi:10.1155/2012/175694.
- Kader, Ç. (2019). Aşı Karşıtlığı: Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(3), 377-88.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Matta, P, E.I. Mouallem, R., Akel, M. et al.(2020). Parents' Knowledge, Attitude and Practice Towards Children's Vaccination in Lebanon: Role of The Parent-Physician Communication. *BMC Public Health*, 20(1), 1-9, 1439. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09526-3>.
- Odabaş, N., Ayyıldız, T.K. (2020). Anne Babaların Çocukluk Dönemi Aşılarına Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *Med J West Black Sea*, 4(1), 7-11.
- Opel, D.J., Diekema, D.S., Lee, N.R., Marcuse, E.K.(2009). Social Marketing As A Strategy To Increase İmmunization Rates. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 163(5), 432-7.
- Özata, F.Z., Kapusuz, S. (2019). Aşı Kararsızlığı Ve Aşı Reddi Konusuna Sosyal Pazarlama Bakış Açısından Çözüm Önerileri. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(1), 65-83
- Rémy, V., Zöllner, Y., Heckmann, U. (2015). Vaccination: The Corner Stone of An Efficient Health Care System. *Journal of Market Access & Health Policy*, 3:1, 10.3402/jmahp.v3.27041.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (10.06.2021). Temel İstatistikleri Modülü; [Erişim tarihi:05 Haziran 2021]. <https://tsim.saglik.gov.tr/forms/frmservlet?config=tsim>, adresinden alınmıştır.
- Toumi, M., Ricciardi, W. (2015). The Economic Value of Vaccination: Why Prevention Is Wealth. *Journal of Market Access & Health Policy*, 3(1), <https://doi.org/10.3402/jmahp.v3.29414>.
- Tengilimoğlu, D. (2016). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. 4. Baskı. Ankara: Siyasal.
- Türkey, M, Ay, E.G, Aytekin, M.R. Antalya İlinde Seçilmiş Bir Grupta Aşı Karşıtı Olma Durumu. *Akdeniz Tıp Derg*. 2017;3(2):107–12. DOI: 10.17954/amj. 2017.78.
- Üner, S. (2020).Çocuk Aşılarında Artan Kararsızlık: Nedenleri Farklı Aktörlerin Deneyiminden Anlamak, Editörler: Sarp Üner, Kezban Çelik, Sevgi Turan, Ankara: Hipokrat Yayınevi.
- Yavuz, M. (2018). Aşı Karşıtılığı. *Toplum ve Hekim* 33(3), 163-164.
- Yüksel, G.H, (2019). Topuzoğlu A. Aşı Redlerinin Artması ve Aşı Karşıtılığını Etkileyen Faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 244-258.



**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GENEL DEĞERLENDİRMESİ,
EKONOMİK VE YAPISAL ETKİLER**
**GENERAL EVALUATION OF THE HEALTH TRANSFORMATION PROGRAM,
ECONOMIC AND STRUCTURAL IMPACTS**

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Fevzi GÜN

Kırklareli Üniversitesi, mahmutfevzigun@klu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-3249-0123

Dr. Öğr. Üyesi Demet TOPAL KOÇ

Kırklareli Üniversitesi, demettopalkoc@klu.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0541-8011

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (24.02.2023- 18.03.2023)

Öz

Sağlık hizmetleri talebi toplumun yaşlanması, bilgiye ulaşımın kolaylaşması, teknolojideki hızlı değişimler ve bunlarla ilişkili olarak, sağlık hizmetlerine olan taleplerin ve beklentilerin artması gibi sebeplerden dolayı hızla artmaktadır. Söz konusu talepteki yükselişe bağlı sağlığa ayrılmış kaynaklarda da artış görülmektedir. Kaynakların tüketimindeki yükselişten dolayı, tüm dünyada ülkeler sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği açısından yeni arayışlara ve bunun sonucu olarak reform hareketlerine girişmektedir. Bu çalışmada, Dünya'daki reform hareketleri ile Türkiye'de 2003 yılında başlatılan 'Sağlıkta Dönüşüm Projesi' ile genel hatlarıyla ilgili bilgi verilmekle birlikte, Sağlıkta Dönüşüm Projesi Türkiye'de bazı yapısal ve ekonomik göstergeler bağlamında incelenmekte ve sağlıkta dönüşüm programının yapısal ve ekonomik etkileri değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Politikaları ve Düzenlemeleri, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sağlık Harcamaları, Ekonomik ve Yapısal Etkiler

Abstract

The demand for health services is growing rapidly by reason of the aging of societies, ease of access to information, rapid changes in technology and the increase in demand and expectations for health services. Depending on the rise in the demand in question, there is an enlarging in the sources given to health form day to day. Through, the growth in resource consumption, states worldwide are embarking on new searches for the financial sustainability of health systems and as a consequence, improve movements. In this study, general information about the Health Transformation Project, which was initiated in Turkey in 2003 in side by side with the reform movements in the world, is described and discussed.

Keywords: Health Policies and Regulations, Health Transformation Project, Health Expenditures, Economic and Structural Effects.



GİRİŞ

Günümüzde toplumsal değişim ve dönüşümler sağlık sektöründe de çarpıcı bir hale gelmiştir. Sağlık sektörünün iç ve dış çevresindeki değişimlerin hızı ve karmaşıklık derecesi, sağlık politikalarına yön veren sağlık yöneticilerinin en önemli çalışma alanlarından biri olmuştur. Toplumun yaşlanması, bilgiye ulaşımındaki kolaylık, teknolojinin hızlı değişimi ve bunlarla ilişkili olarak sağlık hizmetlerine olan taleplerin ve beklentilerin artması gibi sebeplerle sağlık hizmetlerine harcanan kaynaklarda yüksek artışlar yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerindeki harcamaların artışının bir diğer nedeni sağlık sektörünün ülke ekonomileri için bir yatırım ve istihdam kapısı olarak görülmesi ve buna bağlı olarak gelişen, kamunun sağlık finansman ve sunumundan çekilmesi, piyasada özel sektörün yapabileceği nitelikteki sağlık hizmeti üretimini rekabet olgusuna bırakma yönündeki davranışlarıdır. Dünyadaki reform hareketlerinin özünde de bir yandan kamunun sağlık hizmetleri üzerindeki yükünü azaltmak diğer yandan toplumun ve özel sektörün de daha aktif katılımı ile finansal sürdürülebilirliği mümkün kılmak, böylelikle kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmasına ön ayak olmak gibi gerekçeler yer almaktadır.

Çalışmamızda dünyadaki reform hareketlerine paralel şekilde Türkiye’de hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı incelenmekte, Sağlıkta Dönüşüm Projesinin (SDP) yapısal ve ekonomik etkileri çerçevesinde bilgiler verilmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Makalede Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili ikincil veriler kullanılmıştır. Bu nedenle çalışmamız etik kurul izni gerektirmemektedir. Söz konusu program başlama süresinden itibaren ölçülen hastane sayıları, hasta yatağı sayıları, hekime müracaat sayıları, Türkiye’de merkezi devlet ve özel sektör sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan sağlık yatırımları, toplam ve cari sağlık harcamaları, SGK tarafından kurumlara yapılan ödemeler, Türkiye ve OECD ülkelerinde temel sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları, Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformları kronolojisinde Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman verileri toplanmıştır. Söz konusu verilerden hastane sayıları, hasta yatağı sayıları, hekime müracaat sayıları Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllıklarından; Türkiye’de merkezi devlet ve özel sektör sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılan sağlık yatırımları, toplam ve cari sağlık harcamaları TÜİK’in Sağlık Harcamaları İstatistiklerinden; SGK tarafından kurumlara yapılan ödemeler SGK’nın herkese açık veri arşivinden; Türkiye ve OECD ülkelerinde temel sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları verileri de OECD’nin veri setlerinden alınmıştır. Gerek tablolar gerekse grafikler oluşturularak SDP’nin yapısal ve ekonomik açıdan değerlendirmesi sunulmuştur.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Dünyada Sağlık Reformunun Nedenleri

“İyileştirme, düzeltme, ıslahat” anlamlarında kullanılmakta olan ‘reform’ kavramı, sağlık alanında son yıllarda sıklıkla kullanılır haline gelmiştir. “Sağlık reformu terimi, sağlık sistemlerindeki değişim tartışmalarında ön plana çıkmıştır. Reform ile birçok değişiklik tasarlanmış, uygulanmış ve uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1995 yılında sağlık reformunu “sağlık politika ve kuruluşlarını değiştirmeye yönelik faaliyetler” şeklinde tanımlamaktadır. Reform süreçlerinin planlı ve yukarıdan aşağıya doğru bir değişimi olan ‘siyasi’ bir kavram olarak belirtmiştir” (Etiler ve Yavuz, 2004:285).

Sağlıkta reform düşüncesi, son 20 yıldır birçok ülkenin gündeminde kalmış ve sağlık ekonomisi literatüründe önemli bir yer edinmiştir (Köktaş ve Kobal, 2013:19). Dünya geneline baktığımızda,



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

sağlık hizmetlerinde, 1980'lerin başlarından itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli reform girişimlerinin olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde hayata geçirilmeye çalışılan reformlar iki grup olarak değerlendirilmektedir. İlki, Dünya Bankası ile IMF (Uluslararası Para Fonu) tarafından desteklenmekte olan "piyasa temelli" sağlık reformudur. Bu model sağlık hizmetlerini piyasa ekonomisi ile ilişkilendirir. İkinci olarak, DSÖ ile UNICEF'in desteklediği 'sosyal model'dir. Söz konusu model, sağlık hizmetlerini bir ihtiyaç olarak değerlendirir. Ayrıca, her iki modelin birlikte kullanıldığı, "yaklaşımların işbirliği" olarak isimlendirilen üçüncü bir modelin olduğu da söylenebilir (Günaydın, 2011:324).

Dünya genelinde uygulamaya geçilen sağlıkta reform hareketlerinin gerekçeleri ise şunlardır;

Artan Maliyetler: Tüm dünyada sağlık hizmetlerinin maliyetleri yükselmektedir. Yaşlanan nüfus, kronik hastalıklarda artış, yeni ve karmaşık teknoloji artan maliyetler artan maliyetlerin temel sebeplerini oluşturmaktadır.

Artan Beklentiler: Hane halkının sağlığa daha çok harcama yapması, iletişim ve seyahat olanaklarındaki artış, "daha iyi" sağlık hizmetlerinin olduğunu bilmeleri gibi sosyal nedenler ile artan beklenti ve ülke yöneticilerinin bu beklentilere cevap verme yükümlüğü gibi politik sebepler olarak gösterilmektedir.

Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması: Sağlık sektörünün maliyetleri ve talebi, ekonomik büyümenin önüne geçmiştir. Dünya Bankası ile IMF'den alınmış borçlar sebebiyle kamu harcamalarını kısma zorunlu hâle gelmiştir.

Geleneksel Fikirler ile ilgili Şüphencilik: Global olarak piyasaya dönüş, sosyal dayanışmanın azalması ve beraberinde birçok ülkede hükümetlerin girişimine yönelik aksiyonlara doğru eğilim ortaya çıkmıştır. 1980 yılından itibaren, hükümet karşıtı mesajların takipçileri, dünyadaki görüşlerini daha agresif savunmuşlardır. Siyaset ile istihdam bağlantısını koparabilmek için, pek çok kurumsal reform girişiminde bulunulmuştur (Roberts vd., 2009:11-16).

Sağlıkta Reform uygulamalarına bakıldığında küresel olarak reform paketlerinin bazı ortak özelliklere sahip olduğu saptanmıştır. Bunlar; Sosyal Güvenlik Sisteminin yeniden yapılandırılması: Temel sağlık bakımı ve tüm vatandaşları kapsayan sigortayı temel alan sistem, Genel vergilerin finanse ettiği, ulusal sağlık sisteminin, sigortayı temel alan sistemlere dönüştürülüp ek kaynak elde edileceği iddiası, Vatandaşların tamamına sağlık kuruluşu ile hekim 'seçme-tercih hakkı' verilmesi, Ödemelerde finansal yardım (vergi ya da sosyal sigorta sübvansiyonu gibi), Hizmet sunucularının (hastaneler, aile hekimleri, eczaneler gibi) yeniden düzenlenerek rekabet piyasası oluşturulması (Hastaya seçme hakkının verilmesi rekabet yaratmak), Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması ve kamu finansmanda çok daha ağırlıklıyken, sunumun özel sektörden hizmetin satın alınması şeklinde ilerlemesi, Yerinden yönetim ağırlıklı sistemle, hizmetlerin yerel yönetimlere aktarılması (desantralizasyon), Maliyetlerin Sınırlandırılması, Finansman kurumları ve hizmet sunucuları ilişkilerinin "sözleşmeyle belirlenmesi", Hizmet sunucularının yetkilerinin sıkıca takip edilmesi ve sınırlandırılması, Sağlıktaki insan gücünün kar etme odaklı ekibe dönüştürülmesi, Tüm hizmetlerin standartlaştırılması: Hizmetin satılabilir 'hizmet paketlerine' evrilmesi, Standart "tedavi protokolleri"nin ortaya çıkarılması, Bazı tıbbi girişimlerden yapılmadan önce "provizyon alınması" uygulamaları, Ücretsiz hak olan işlemlerin, önce azaltılarak ve sonrasında ortadan kaldırılarak," bunları insanların satın almaya teşvik edilmeleri ve zorlanmaları", Özel sermaye hizmetleri meta olarak üretilmeye ikna edilirken; doğacak riskleri devletin üstlenmesi, devletin rolünün düzenleme ve denetlemeyle kısıtlanması ve kârı yüksek alanların, özel sermayeye devredilmesi politikaları:



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Hastanelerin birer işletmeye dönüştürülmesi, zararlı olan servislerin ya da hastanelerin kapatılması, üst yönetimin profesyonellere katarılması vb. uygulamaların başlatılması (Kıran, 2015).

Dünya genelinde uygulanan reformların ortak özelliklerine bakıldığında, Türkiye’de uygulamaya geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin de yüksek derecede benzerliklere sahip olduğu istişare edilmektedir. Çalışmanın bundan sonraki bölümünde Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ilgili bilgiler verilecektir.

Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi

Türkiye’de yaşanan sağlıkta reform çalışmaları dünyadaki reform hareketlerine paralel olarak 1990 yılından itibaren ivme kazanmaya başlamıştır. 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı’nın (DPT) yaptırdığı ve 1990’da tamamlanan “Sağlık Sektörü Master Planı” kapsamında Dünya Bankası yardımları ile 1. Sağlık Projesi ortaya çıkarılmıştır. Bu çalışma sonunda Türk Sağlık Sistemi’nde hizmet sunucu ile hizmet satın alanın ayrıldığı bir reform önerisi ortaya çıkarılmıştır. Daha sonra Master Plan çalışması, Sağlık Bakanlığının hızlandırdığı reform çalışmalarının temelini atmıştır. Sağlık Bakanlığı, 1990 yılında ilk taslak olarak Milli Sağlık Politikası dokümanını yayınlamış, burada amacının, “değişen hükümet ve bakanlarla değişmeyen bir sağlık politikası oluşturmak” olduğunu belirtmiştir. Sağlık politikalarının belirlenmesi aşamasında ilk kez katılımcı ve uzlaşmacı yaklaşımla sağlık sektöründeki tüm taraflar, 1992’de düzenlenen 1. Ulusal Sağlık Kongresi’nde toplanmıştır. İlgili sektörler, üniversiteler, kurumlar, mesleki birlikleri ile basını da kapsayan 500 kişilik bir çalışma yapılmıştır (Yılmaztürk, 2013:182).

1992 yılında organize edilen I. Ulusal Sağlık Kongresi’nde alınmış olan kararlar, ulusal düzeyde sağlık politikalarının temeli olmuştur. Önerilmiş olan sağlık reformlarının ana başlıkları; sağlık finansmanı, hastane ve sağlık işletmeleri, birinci basamak hizmetlerinin sunumu ve aile hekimliği, yönetim ve organizasyon, insan kaynakları, sağlık enformasyon görev yapmıştır ve sağlık politikaları istikrardan uzaklaşmıştır. Bu dönemde, çeşitli kalkınma planları sağlık reformlarını ele almaya devam etmiştir. 1993 yılında hazırlanan ‘Sağlık Reformu Yasa Tasarısı’ 1. basamak sağlık hizmetlerini özelleştirilme aracı olarak aile hekimliğini gündeme getirmiştir. Kamu hastanelerinin özele aktarılması ve genel sağlık sigortasını hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinde yerel güçleri yetkili kılmıştır. 1996-2000 yıllarını içeren ‘Yedinci Kalkınma Planı’ ise; GSS’nin mümkün olduğunca hızlı başlatılması, hizmet sunumu ve finansmanın ayrılması, hastanelerin daha kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi ve hastanelere özerklik tanınması, 1. basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğine geçilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin izlenmesindeki rolünü güçlendirme amacıyla Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasını hedeflenmiştir (Kıvanç, 2015:165).

16 Kasım 2002’de 58. Hükümetin açıkladığı ‘Acil Eylem Planı’ çerçevesinde, “Herkesin Sağlık” amacıyla temel hedefler belirlenmiştir. Belirlenen hedefler şunlardır (İleri ve diğ. 2016:176-186):

- 1- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

11-Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Türkiye belirlediği hedefler doğrultusunda, 2001’de Avrupa Birliği’nin Sağlık Mevzuatına uyumu amaçlayan stratejik planlamaya bağlı olarak, 2003’te de ‘Sağlıkta Dönüşüm Programını’ (SDP) hayata geçirilmiştir (Bostan, Çiftçi, 2016:2). ‘Sağlıkta Dönüşüm Programının’ hedefleri, sağlık hizmetlerinin ‘etkili, verimli ve hakkaniyete uygun’ olarak ‘organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması’ şeklinde açıklanmıştır (Doğan, 2017:7). Bu hedefler çerçevesindeki ilkeler ise ‘İnsan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımçılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı (sağlık hizmetlerinin sunumunun, finansmanının, planlama ve denetleme yetkilerinin birbirinden ayrılması) ve hizmette rekabet’ olarak belirlenmiştir (Doğan, 2017:7).

Dokuz temel ilkeye bakılırsa;

‘İnsan Merkezilik: İnsan merkezilik ilkesi, sistemin planlaması ve hizmet arzında hizmetten faydalanan bireylerin ihtiyaçlarını, taleplerini ve beklentilerini esas alınmasıdır. Bireyler aile sağlığı kavramı incelenir.

Sürdürülebilirlik: Sistemin ülke konjonktürü ve her çeşit kaynağı ile devamlılık arz etmesi ilkesidir.

Sürekli Kalite Gelişimi: Toplum için arz edilen sağlık hizmetlerinde ulaşılan noktayı yeterli görmeden, sistemsiz hatalarla ilgili geri dönüş mekanizmasının ortaya konulmasıdır.

Katılımçılık: Sağlık sistemini geliştirmeyi ve uygulamalar sırasında tarafların görüş ve önerilerinin alınmasıdır. Ayrıca “sağlık sektöründe tüm bileşenlerinin sisteme dahil edilerek uygulamalarda birliğin sağlanmasını” da hedeflemektedir.

Uzlaşmacılık: Sağlık sektörü için alınan kararların ve yapılan uygulamaların method, standart ve kontrol mekanizmalarında birliğin sağlanmasıdır.

Gönüllülük: Sağlık hizmeti sunucu veya kullanıcılarının, ayrımı olmadan sistem içindeki tüm birimlerin saptanmış amaçlara göre hareket etmelerini sağlama yöntemidir.

Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanı, planlayıcısı, denetleyicisi güçlerin birbirinden ayrık olması amaçlanmaktadır. Böylece çıkar çatışmasının oluşmaması ve daha etkin, kaliteli hizmet sunumunun sağlanması beklenir.

Desantralizasyon: Kamu kurumlarındaki hantal yapıyı ortadan kaldırıp güncel şartlara uygun bir şekilde yerinden yönetimin oluşturulması amaçlanmaktadır.

Hizmette Rekabet: Sağlık sektörü için rekabet ortamının oluşturulması ve böylece sağlık hizmetleri arzında monopol piyasasının engellenmesi amacını ifade eder. Monopol piyasasının ortadan kaldırılmasıyla rekabetçi bir sağlık piyasasına ulaşılması teşvik edilmiş olacaktır. (Gülşen ve Yıldırım, 2017:166).’

‘Sağlıkta Dönüşüm Programının’ ana unsurları ise, sağlık sisteminin dönüşümünü sağlama amacıyla kullanılan ve SDP’de “bileşen” şeklinde isimlendirilen 8 temel öğeden meydana gelmiştir. Bunlar:

1. Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumları,

8.Sağlık bilgi sistemidir. (Er, 2011:295)

‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın’ her elementi diğer elementler ile alakalı olup temelde üç ana ayak üzerine kurgulanmıştır. Bunların birincisi GSS ile farklı çalışma kesimlerini kapsam altına almış olan Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK (Sosyal Sigorta Kurumu) programlarını 2006’da tek bir sigorta kurumu altında toplamasıdır (Çavmak ve Çavmak, 2017:52-53). Bu yenilik tekil sosyal sigorta kuruluşunun sağlık hizmetlerini çeşitli sunuculardan alabilmesine olanak tanımının yanında, ‘SSK hastanelerinin’ Sağlık Bakanlığı’na aktarılması ile hizmet sunucuları ve alıcıları arasında ayırım yapılması sonucunu ortaya çıkartmıştır. ‘Sağlıkta Dönüşüm Programının’ ikinci ana ayağı, Aile Hekimliği sistemine geçiştir. Programının üçüncü ana ayağı ise, ‘02/11/2011 tarihli Resmi Gazete’de 663 sayılı KHK’ ile yayınlanmış Kamu Hastane Birlikleri (KHB) reformu bulunmaktadır (Atılğan, 2015:9). Çalışmanın bundan sonraki kısmında sağlıkta dönüşüm programının yapısal ve ekonomik düzeydeki etkilerinden bahsedilecektir.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ YAPISAL VE EKONOMİK ETKİLERİ

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı zamanın gerekliliklerine göre değişimlere sahne olmuştur. Bakanlığa ait teşkilata yönelik düzenlemelerden ilki, 1936 yılında 3017 sayılı Kanunla gerçekleşmiş, bunu 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK takip etmiştir. 181 no’lu KHK’yi 663 sayılı KHK izlemiştir. 663 sayılı KHK kapsamındaki düzenlemeleri kamudaki reform ilkesi ekseninde farklı ana başlıklar ile ifade etmek mümkündür (Lamba ve Diğ.,2014:63):

- Politika belirleyen ve hizmet sunan birimlerin ayrılması,
- Sağlıkta profesyonel yönetime geçilmesi,
- Açıkça belirlenmiş standartlar ve performans ölçümleri,
- Merkezîyetçi bir yaklaşımla sunulmaya çalışılan bütünleşik hizmetlerin, işlevsel özelliklerine göre birimselleştirilmesi,
- Rekabetçi anlayışın ön plana çıkması,
- Özel sektör yönetim tekniklerinin kullanılması,
- Kaynak kullanımında disipline önem verilmesi,
- Yatay örgütlenme esasına dayalı, idari ve mali açıdan özerk yapıya sahip sağlık işletmelerinin tesisi,
- Yönetişim anlayışının benimsenmesidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik yapısal alandaki düzenlemeler, Sağlık Bakanlığı Teşkilat yapısının yeniden organize edilmesi, birinci ve ikinci basamaktaki sağlık hizmetleri modelinin yeniden yapılandırılması üzerinden planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın görev ve yetkilerinde değişikliklere gidilmiş, bu değişiklikler, Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında öncelikli olarak “yerinden yönetimi teşvik edici uygulamalarla” başlatılmış ve böylece Sağlık Bakanlığında desentralizasyon ilkesinin yürürlüğe girmesi amaçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2011 yılına kadar yürürlüğe konulan uygulamaları şu şekilde özetlemek mümkündür: Kamudaki reform anlayışı doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı’nın görev ve yetkilerinin bir bölümü il idarelerine bırakılmış; kamuya ait hastanelerin, döner sermaye işletmeciliği vasıtasıyla özel sektör kuruluşlarından sağlık hizmeti başta olmak üzere hizmet satın almasının önü açılmış; sağlık personelinin ücretlendirilmesinde performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiştir (Doğan, 2017:8). Bileşenler çerçevesinden baktığımızda, SDP’nin (1), (2) ve (7) numaralı bileşenlerinin tamamlandığı görülmektedir. Diğer bileşenleri ise kısaca şu şekilde özetlemek mümkündür: SDP’nin (3) numaralı bileşenindeki, aile hekimliğine geçiş kısmı tamamlanmış, kamuya ait ikinci

ve üçüncü basamak hastanelerinin özerk yapıya kavuşturulması ile ilgili ilk aşama kaydedilmiş, fakat özelleştirme ve şirketleşme ile ilgili sonraki aşamaya geçilememiştir (izmirtabip.org.tr).

694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 187. Maddesinde belirtildiği üzere 663 sayılı Kanun Hükmümüle Kararnamenin 25. maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. Buna ilaveten 694 numaralı KHK'nın 2., 3. ve 4. maddelerinde şu hususlara yer verilmiştir; “Bakanlığın il ve ihtiyaca göre kurulacak ilçe yönetim birimleri il ve ilçe sağlık müdürlükleridir. İl sağlık müdürlüğü bünyesinde ihtiyaca göre halk sağlığı, kamu hastaneleri, ilaç ve tıbbi cihaz, sağlık ve acil sağlık hizmetleri ile personel ve destek hizmetlerini yürütmek üzere başkanlıklar kurulabilir...İl sağlık müdürleri Bakanlığın il düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden sorumludur; Bakanlığın düzenlemeleri çerçevesinde il düzeyinde personelin adil ve dengeli dağılımını yapar ve bu amaçla il içinde personel nakil ve görevlendirme işlemlerini doğrudan gerçekleştirir. İl sağlık müdürü, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinden sorumlu ve bu konuda yetkilidir.” Böylelikle kamu hastane birlikleri yayınlanan bir kararname ile kaldırılmıştır (Resmi gazete, 694 Sayılı KHK, 2017).

SDP'nin (4) nolu bileşeninde yer alan “yüksek motivasyon” ile ilgili hedef tam anlamıyla fiiliyata geçirilememiş, tam aksine şiddet ve çalışanların özlük hakları ile ilgili sorunlar artarak devam etmiş, sağlık kuruluşlarında çalışan personelin motivasyonu daha da azalmış; “bilgi ve beceri” ile ilgili hedefler ise mevcut eğitim kurumlarını destekleyen bir yaklaşımın olmaması sebebiyle, anlaşıldığı kadarıyla (5) numaralı bileşende tanımlanan kurumların sahip oldukları birtakım eksiklikler sebebiyle hükümet nezdinde henüz tamamlanamamıştır. (6) numaralı bileşenle ilgili girişimler sınırlı kalmış, bileşen büyük ölçüde eksik kalmıştır. (8) numaralı bileşene yönelik kapsamlı girişimlerde bulunulmuş, fakat hem sürecin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi hem de SGK ile yaşanan entegrasyon problemleri nedeniyle hükümet açısından eksiklikler yaşandığı ifade edilmiştir. “Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ)” “Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB)” ile ilgili yasa tasarısı; Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin (5) ve (6) numaralı bileşenlerinin güçlü bir şekilde fiiliyata geçirilmesidir. Bunlara ilave olarak, sözü edilen girişimlerin (4). ve (8). başta olmak üzere SDP'nin tüm bileşenlerini destekleme amacına hizmet ettiği söylenebilmektedir (izmirtabip.org.tr). Aşağıda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilan edildiği tarih olan 2002 yılından günümüze yaşanan ekonomik ve yapısal değişimi gösteren tablolara yer verilmiştir. Tablo 1.'de 2002 ve 2019 yılları arasında, çeşitli sektörlerdeki hastane sayılarının yıllara göre değişimi yer almaktadır.

BULGULAR

Tablo 1. Çeşitli Sektörlerdeki Hastane Sayılarının Yıllara göre Değişimi (2002-2019)

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
SB.Hastanesi	774	865	876	879	889	895
Üniversite Hast.	50	70	69	68	68	68
Özel Hastane	271	562	565	571	577	575
Diğer	61	36	-	-	-	-
Toplam Hast.	1.156	1.533	1.510	1.518	1.534	1.538

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019

Tablo 1.' e bakıldığında, bu dönemde, SB hastanelerinin sayısının 774'ten 895'e çıktığı görülmektedir. %15,6 oranındaki bu artışı, üniversite hastanelerindeki yüzde %13,6 oranındaki artış takip etmiştir. Özel hastane sayısı ise, 2002'de 271 iken %112'lik bir artışla 575'e çıkmıştır. Tablo 2.'de, Türkiye'de 2002 ve 2019 periyodu arasında, yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayısı verilmiştir.

Tablo 2. Çeşitli Sektörlerdeki Hasta Yatağı Sayılarının Yıllara göre Değişimi, Türki

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
SB. Hastanesi	107.394	122.331	132.921	135.339	139.651	143.412
Üniversite Hastanesi	26.341	38.361	37.707	41.324	42.066	42.925
Özel Hastane	12.387	43.645	47.143	49.200	50.196	51.167
Diğer	18.349	5.311	-	-	-	-
Toplam Yatak	164.471	209.648	217.771	225.863	231.913	237.504

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin yürürlüğe girmesinden itibaren sağlık hizmet sunumuyla ilgili diğer yapısal sonuçlara baktığımızda; Tablo 2'de görüldüğü üzere, Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı verilerinde SB hastanelerindeki yatak sayısının 17 yıllık süre içinde %33.5 oranındaki bir artışla 107.394'ten 143.412'ye yükseldiği görülmektedir. Aynı dönemde özel hastane yatak sayılarında %313, üniversite hastanelerinde ise yüzde %62'lik bir artışın yaşandığı gözlenmektedir. Özellikle bu dönemde özel hastane yatak sayılarında yaşanan artışın dikkat çekici olduğu görülmektedir.

Yıllara ve sektörlere göre hastanelere müracaat sayılarına bakıldığında¹ ise, hastane yatağı sayısındaki artışın bir benzerinin müracaat sayılarında da yaşandığı görülmektedir. SB hastanelerine yapılan müracaat sayılarında, 2002-2019 yılları arasında %253'lük bir artış gözlenirken, aynı dönemde özel hastane müracaatlarında %1175, üniversite hastanelerinde ise yüzde %423'lük bir artış yaşandığı gözlenmektedir. İkinci ve üçüncü basamak hastane müracaatları toplamının ise bu dönemde 134.138.461'den %291'lik oranda bir artışla 524.801.756'ya yükseldiği görülmektedir. Aynı dönemde 1. Basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlarda ise, %285'lik oranda bir artışın yaşandığı gözlenmektedir. Nüfusun söz konusu yıllar arasındaki artış oranının %25 olduğu düşünüldüğünde, birinci, ikinci, üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşlarına yönelik gerçekleşen kişi başına müracaat sayılarının ciddi oranda artış gösterdiği söylenebilmektedir.

Tablo 3. Devlette ve Özel Sektörde Sağlık Hizmeti Sunan Kurumların Sağlık Yatırımları, Toplam ve Cari Sağlık Harcamaları (2002-2020) (Milyon TL)

2002	Genel Devlet					Özel sektör		
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Mahalli idareler	SGK	Toplam	Hane-halklar	Diğer ⁽¹⁾
Toplam Sağlık Harcaması	18 774	13 270	5283	356	7 631	5504	3 725	1779

¹ EK-1'den hekim müracaat sayılarına ulaşılabilir.

Cari Sağlık Harcaması	18 331	12 827	5086	253	7 488	5504	3 725	1779
Hastaneler	6077	5333	2720	64	2549	744	420	324
Evde hemşirelik bakımı	62	-	-	-	-	62	62	-
Ayakta bakım sunanlar	3624	1 358	1 138	88	132	2 267	1 609	658
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	7 080	5 318	842	38	4 438	1 763	1 634	129
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	74	63	37	26	-	11	-	11
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	398	206	51	-	155	192	-	192
Sınıflandırılmayan diğer kategori	1 014	549	298	37	214	465	-	465
Yatırım	443	443	197	103	143	-	-	-
2020	Genel Devlet				Özel sektör			
	Genel toplam	Toplam	Merkezi devlet	Mahalli idareler	SGK	Toplam	Hane-halklar	Diğer ⁽¹⁾
Toplam Sağlık Harcaması	249932	198062	68927	1632	127504	51869	40105	11764
Cari Sağlık Harcaması	233062	146232	42650	1357	102226	41441	31698	9743
Hastaneler	123397	78550	23885	119	54546	18333	12761	5572
Evde hemşirelik bakımı	1	-	-	-	-	1	-	1
Ayakta bakım sunanlar	25664	15862	9229	655	5979	8109	6370	1739
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	63053	40133	98	20	40015	11789	10191	1598
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	13055	8884	8662	222	-	-	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	1166	456	-	-	456	493	-	493
Sınıflandırılmayan diğer kategori	6726	2348	777	341	1231	2716	2375	341
Yatırım	16870	10586	8842	16	1728	2771	1928	842

“Not¹: Diğer ifadesi, sigorta şirketleri, hane halklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.”

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri

Tablo 3'e göre, toplam sağlık harcamaları 2002 yılına göre 2020'de %1231,2 artarken; genel devlet sağlık harcamalarının %1392,5'lik bir oranda, özel sektör sağlık harcamalarının ise %842,3 oranında yükseldiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretilmesine yönelik yapılan harcamaların genel dağılımına bakıldığında, toplam genel devlet sağlık harcamalarının, toplam özel sağlık harcamalarından yaklaşık dört kat daha fazla olduğu gözlenmektedir. Genel devlet ve özel sektörde de en büyük pay %51 ile Sosyal Güvenlik Kurumuna aittir. Toplam sağlık harcamaları hizmet sunucular açısından incelendiğinde 2020'de yaklaşık %49,4 ile hastaneler en büyük paya sahipken; perakende satışın payı %25,2 ve diğer tıbbi malzeme sunucularının payı %10,3 oranında gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarındaki yatırımlarda 2020 yılında yaklaşık %3708'lik ve ayrıca

cari sağlık harcamalarında da yaklaşık %1171,4'lük bir artış yaşanmıştır. Sağlık harcamalarında ve özellikle toplam genel devlet sağlık harcamalarındaki yüksek düzeyde artış dikkat çekicidir. Söz konusu artışın ardında pek çok neden olmakla birlikte 2002-2020 yılları arası tıbbi teknolojiler, teşhis ve tedavi yöntemlerindeki değişimi de göz önünde bulundurulması önemlidir.

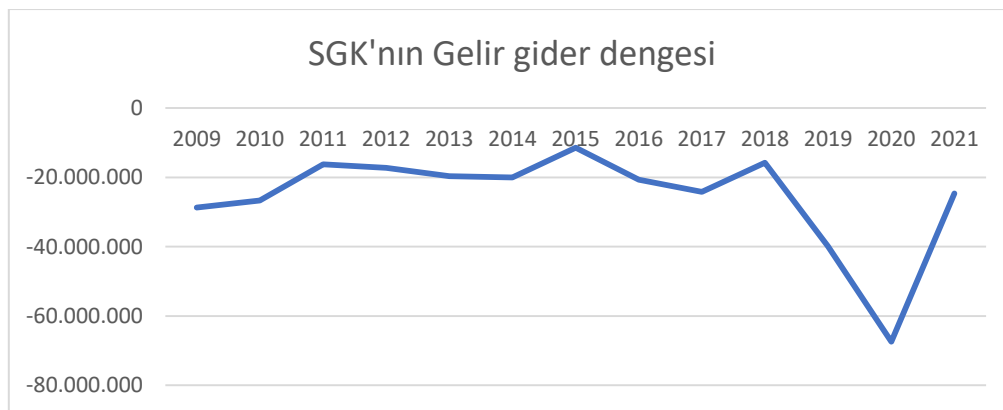
SGK tarafından 5510 sayılı kanun kapsamında 2. Basamak, 3. Basamak, özel ve üniversite hastanelerine yapılan, tıbbi malzeme, tedavi, ilaç, optik ve yolluk ödemeleri yer almaktadır².

2012 ve 2020 yılları arasında söz konusu kurumlara yapılan ödemeler 2012 yılına göre, toplamda %85,27'lik bir artış göstermiştir. Yalnızca 2020 yılında 2. Basamak devlet hastaneleri olarak, bir kurumla sözleşmeli olarak faaliyetlerinin yürüten eğitim ve araştırma hastanesi dışında kalan kamu hizmet (devlet) hastaneleri, ilçelerde bulunan kamu hizmet (devlet) hastaneleri, Bakanlık bünyesinde hizmet sunan ağız-dış sağlığı merkezleri, dal hastaneleri ve bağlı poliklinikler, belediye hastaneleri, kamuya ait tıp merkezlerine yapılan ödemelerde düşüş olmuştur.

SGK gelirlerine bakıldığında, Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ve Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nün gelirleri olmak üzere iki ana gelir kaleminin olduğu görülmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü'nün aktaracağı gelirler; prim, menkul kıymetler, kurumun ortağı veya sahibi işletmelerden ve iştiraklerden elde edilen gelirler, genel bütçeden yapılan yardımlar, bağışlar, 506 sayılı kanununun 140. maddesi gereğince elde edilen gelirler, gelirlerin nemalandırılması yoluyla sağlanan gelirler ve diğer gelirler olarak sıralanabilmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'nce aktarılan gelirler ise, kısa vadeli sigorta kolları primleri, genel bütçeden yapılan yardımlar, menkul kıymetler ve gayrimenkullerden elde edilen gelirler, sağlık kuruluşlarındaki hizmetler nedeniyle elde edilen gelirler, gelirlerin nemalandırılması ile elde edilen gelirler ile diğer gelirlerdir. Buna karşılık SGK'nın giderlerine bakıldığında da benzer şekilde sigorta ve sağlık işleri genel müdürlükleri olmak üzere iki ana başlık altında toplandığı görülür. Sigorta işleri ile ilgili giderler; sigorta, faiz, yönetim ve diğer giderler iken, sağlık işleri ile ilgili giderler ise, tesis, satın alınan hizmet, faiz, genel yönetim, iş kazası, meslek hastalığı, sigorta yardımları ve diğer giderlerdir (Sosyal Sigortalar Kanunu, 2003).

Şekil 1: SGK'nın Gelir Gider Dengesi³



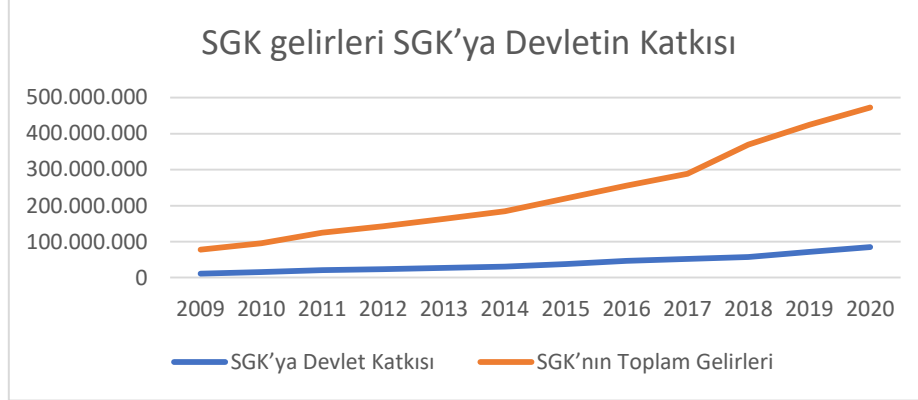
Kaynak : (SGK Veri, 2022)

²EK-2'den SGK Tarafından Kurumlara Yapılan Ödemelere ulaşılabilir.

³ Şekillerdeki grafikler, yazarlar tarafından 'SGK Veri' web sitesinden alınan verilerle oluşturulmuştur.

SGK'nın 2009 ve 2011 yılları arasında gelir gider dengesi incelendiğinde 2009-2011 yılları arasında dengesizliğin azaldığı görülmektedir. 2012-2014 yılları arasında küçük artışlar ve 2015-2017 yılları arasında azalışlarla dengenin sürdürüldüğü görülmektedir. 2019 yılından sonra ise gelir gider dengesinde yüksek farklar ortaya çıkmıştır. 2009 ve 2011 yılları arasında SGK giderleri incelendiğinde gelirlere göre çok yüksek giderlerin olduğu gözlenmektedir.

Şekil 2: SGK Gelirleri ve SGK'ya Devletin Katkısı



Kaynak: (SGK Veri, 2022)

2009-2021 yılları arasındaki veriler incelendiğinde SGK'nın gelirleri %624,2 artarken; SGK'ya devlet katkısı %704,3 artmıştır. Sağlıkta dönüşüm projesinin de devlet bütçesinde sosyal güvenlik payını azaltmadığı söylenebilir. SGK'nın en önemli geliri, prim gelirlerinden oluşmaktadır. Türkiye'de söz konusu sosyal güvenlik primleri, işçi ve işverenden, çalışanın ücretinin belli bir oranı olarak alınır. Elgin ve Schneider'in (2016) çalışmasına göre, Türkiye'de kayıt dışı ekonominin GSYH'ya oranı ortalama %30,61 olarak hesaplanmıştır. Orlu ve Köse'nin (2018) çalışmasında sigorta primlerinin, genel sağlık sigortalarının temel finansmanlarından biri olduğu ve bu nedenle kayıt dışı ekonomi ne kadar fazla ise söz konusu sigorta primlerinin de bu ölçüde azalacağı belirtilmiştir. Kayıt dışı ekonominin GSS gelirlerine etkisi tam olarak hesaplanamasa da kayıt dışı işçi çalıştırma ve işçi maaşlarının olduğundan düşük gösterilmesi GSS'nin finansmanını etkilediği söylenebilir. TÜİK'e göre (2017;) Türkiye nüfusunun %35,1'i kayıt dışı çalışmaktadır. Buna göre, GSS'ye yapılan sigorta prim ödemelerinde yaklaşık %35'lik bir kayıp olduğu çıkarımı yapılmıştır (Orlu ve Köse, 2018). Bu durum da SGK'nın doğrudan finansmanında gelir kaybı oluşturmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvenlik sisteminde, 1990'lı yılların ilk dönemlerinden itibaren finansman açığı görülmeye başlanmış ve 2000'li yıllardan sonra bu açık sürdürülemez hâle gelmiştir. Bunun en büyük sebeplerinden biri aktif/pasif oranının düşüklüğü olarak gösterilmektedir. 2006 yılında aktif/pasif oranı 1,95; 2009'da 1,78 ve 2015'te 1,95'e yükselmiştir (SGK, 2015; akt. Cural, 2016). Buna göre Türkiye'de her emekliye yaklaşık 2 çalışan düşmektedir. Oysa, sosyal güvenlik sistemindeki parametrelerin sağlıklı bir görünüme sahip olması için aktif/pasif oranının yaklaşık 4 olması beklenmektedir. Böylece her 4 aktif çalışan 1 emekliye bakabilir. Söz konusu aktif/pasif oranının düşük olması Türkiye'deki kayıt dışı istihdam ve erken emeklilikten kaynaklandığı belirtilmektedir (Cural, 2016). Aynı çalışmada SGK'nın bütçe açıklarının 2000'lerden sonra hızla arttığı, bu açıkları kapatmak için Bütçe Transferlerinin yapıldığı ancak bu transferlerin finansman açıklarını kapatmadığı aksine yıllar içinde arttırdığı yapılan nedensellik analizlerinde gösterilmiştir.

Hem kayıt dışı ekonominin hem de erken emeklilik sisteminin, SGK'nın finansman açığı yaşamasına sebep olduğu görülmektedir. Bu sonuçla birlikte, SDP'nin ana hedeflerinden biri olarak 'Sosyal güvenlikteki finansman açıklarının azaltılması' tam olarak gerçekleştirilemediği söylenebilir.

Tablo 4'te ise Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları gösterilmektedir.

Tablo 4: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları (2017)⁴

Gösterge	Türkiye OECD	(ort±ss)	p değeri
Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(SAGP)(USD)*	24309	41353±16029	<0,001
Kişi Başı Sağlık Harcaması*	1064	3813±1955	<0,001
Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı(%)*	5,23	8,99±2,24	<0,001

Kaynak: (Sayılı, 2017)

Tablo 4'e göre Türkiye ve OECD ülkeleri arasında, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (kişi başı), Sağlık Harcaması (kişi başı), Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı, Kadınlarda Yaşam Yılı Beklentisi, Erkeklerde Yaşam Yılı Beklentisi, Yaşam Yılı Beklentisi (total), Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi, 15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi (litre), Neonatal Mortalite Hızı (binde), 5 Yaş Altı Ölüm Hızı (binde), Anne Ölüm Hızı (yüz binde), 15 yaş üzeri popülasyonda Sigara kullanma (%), Doktor Sayısı (on binde), Hemşire ve ebe (on binde), Hastane yatak sayısı(binde), Hastane sayısı (milyonda) gibi kriterlerde sadece "15 yaş üzeri popülasyonda Sigara kullanma (%)" ölçütünde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bunun dışında sadece "15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi (litre)" ölçütünde Türkiye lehine istatistiki olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu durum Sağlıkta Dönüşümün 2002 Türkiye verileri ile kıyaslandığında genel olarak olumlu sonuçlar elde edildiği, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında ise henüz tam olarak istenen etkililik hedefine ulaşamadığı görülmektedir.

Tablo 5'te Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformları Kronolojisinde Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı gösterilmektedir.

Tablo 5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Reformları Kronolojisinde Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Yıl	Reformlar	Sağlık Harcaması Payı (%)			
		Devlet	Sosyal Güvenlik fonları	Özel Kesim (topl.)	Özel Kesim Cepten Harcamalar
2003	SDP açıklanmıştır. Performansa dayalı ek ödemeye yönelik pilot çalışma başlatılmıştır. Devlet memurlarının özel hastanelerden yararlanmasının önü açılmıştır.	27	44.2	28.8	18.9

⁴ Tablo 4'ün tamamına EK-3'ten ulaşılabilir.

2004	SB hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçilmiştir. Aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderilmiştir. İlaç referans fiyat uygulamasına geçilmiştir. İlaçlarda alınan KDV oranı %8'e düşürülmüştür.	26.2	45.5	28.3	20.2
2005	SSK hastaneleri başta olmak üzere sağlık kuruluşları ve bazı kamu sağlık kurumları SB'ye devredilmiştir. SSK kapsamındaki sigortalı ve emekliler ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başlamıştır. Yeşil Kart sahiplerine ayakta sağlık hizmetlerinde ve ilaçlarda ödeme yapılmaya başlanmıştır. Yeşil Kart sahipleri ilaçta %20 katılım payına tabii olmuşlardır.	27.3	40.4	32.3	24.2
2006	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde global bütçe yöntemi üzerinden ödeme yapılmaya başlanmıştır. Daha önce ödemesi yapılan birtakım ilaçlar pozitif listeden çıkarılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Kanunu çıkarılmıştır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda yer alan bazı maddeler iptal edilmiştir.	27.2	41.7	31.1	23.6
2007	Ayaktan ve yatan hasta müracaatlarında, paket fiyat uygulamasına geçilmiştir. SGK'da MEDULA sistemi faaliyete girmiştir. Özel sağlık kuruluşlarının kuruluşuna yönelik kapsamlı düzenlemelere gidilmiştir.	28.4	40.4	31.2	23.9
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortasıyla ilgili kanunlar yürürlüğe girmiştir. 18 yaş altında kalan tüm nüfus sosyal güvenlik sistemi şemsiyesi altında alınmıştır.	26.7	46	27.3	19.2
2009	İlaçta geri ödemeler, eş değer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirilmiştir. Ödeme Komisyonunun çalışmalarına rehberlik edecek ödeme esas ve usulleri yönergesi yayınlanmıştır. Ayakta bakım hizmetleri için katkı payı uygulamasına geçilmiştir.	31	49.5	19.5	14.5
2010	Yeşil Kart kapsamında yer alan vatandaşlar, özel sağlık kuruluşlarının acil birimi ile yoğun bakım ünitelerinden ücretsiz bir şekilde faydalanmaya başlamıştır. İlaçta global bütçe ödemesi yöntemine geçilmiştir. İlaç fiyatlarında yeni indirim oranları benimsenmiştir. Aile hekimliklerinin ülke çapında yaygınlaştırılması sağlanmıştır.	22	16.9
2011	Özel hastaneler niteliklerine göre sınıflandırılmış, bu yolla sigortalılardan tahsil edebilecekleri fark ücretleri yeniden belirlenmiştir. Kamuya bağlı çalışanlar ve emekliler SGK bünyesine dahil edilmiştir. Tam gün yasasına yönelik yeni düzenlemeler getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, bir yatan hasta ödeme yöntemi olan (TİG) teşhisle ilişkili gruplar yöntemine geçilmiştir.	27	52.1	20.9	15.9
2012	Tam gün yasası üniversite hastanelerinde yürürlüğe girmiştir. Kamu Hastane Birlikleri hayata geçmiştir.	21.3	57.8	20.8	15.9

2013	İlk şehir hastanesinin temeli atılmıştır. (Yozgat) Kamu-özel ortaklığı ile yapılan ilk şehir hastanesi	--	--	21.6	16.9
2014	Genel Sağlık Sigortası affi çıkarılmıştır.	--	--	22.4	17.7
2015	Sağlık Bilimleri Üniversitesi kurulmuştur. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı kurulmuştur.	--	--	21.9	16.9
2016	HASAM ya da HSM Halk Sağlık Merkezlerinin Açılmasına dair yönetmeliğin yayınlanması Yeşil Kart Kapsamına Girenlerin Sevksiz Doğrudan Gidebileceği 10 Üniversite Hastanesinin ilanı İlk şehir hastanesi olan Yozgat Şehir hastanesi faaliyete başlamıştır.	--	--	20.6	-
2017	694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile 663 no'lu Kanun Hükmünde Kararname'den geri adım atılmıştır.	--	--	-	-
2017 sonrası	Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci fazı olarak 'Sağlık Hizmetlerinin Kalite düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 25.08.2017 tarih ve 30165 sayılı Kararname ile kapatılmış, görevler ve yetkiler, Sağlık Bakanlığındaki Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne aktarılmıştır." (Kanun Hükmünde Kararname, 694)	-	-	-	-

Kaynak: Atılğan, 2015 ve OECD Statistics (<http://stats.oecd.org/> : erişim tarihi: 18.12.2017

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aile hekimliği, kamu hastane birlikleri ve performansa dayanan ek ödeme sistemi hayata geçirilmiştir. Bunların yanı sıra, sosyal sigorta sistemindeki değişikliklerle birlikte sigorta kapsayıcılığı artmıştır, bu durum da sağlık sistemindeki talep yapısı da değişmiştir. Öyle ki, hekime müracaat sayılarına bakıldığında 2002-2019 yılları arasında tüm birimlerde ciddi artış olmuştur. Tablo 3'e göre, birinci basamakta %285; ikinci ve üçüncü basamakta %291,2'lik artışlar görülmüştür. Artan sağlık hizmet talebi de sağlık harcamalarını arttırmıştır. Tablo 4'e göre 2002-2020 yılları arasında yaklaşık %1231'lik artış meydana gelmiştir.

TARTIŞMA VE YORUM

SDP sonrası dikkat çeken bir başka husus da sağlık harcamalarının finansman yapısındaki önemli değişimlerdir. 2003 – 2017 döneminde sağlık harcamalarının finansman yapısı incelendiğinde, genel olarak devlet (merkezi bütçe) harcamalarının ve cepten harcamaların paylarının düştüğü, buna karşılık sosyal güvenlik fonlarından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının payının yükseldiği görülmektedir (Tablo 5). 2007 sonrası özel hastanelere ilişkin gerçekleştirilen düzenlemelerle birlikte, sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların yükü azalırken, sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yüklerin arttığı görülmektedir. Kamunun sağlık harcamalarının toplamdaki payının hızlı bir yükseliş trendine girmesi, sağlık finansmanı konusunda risklerin de arttığını göstermektedir (Atılğan, 2015).

Sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yüklerin artmasına rağmen SGK'ya ayrılan bütçeden sağlığa ayrılan kaynağın gösterildiği Tablo 3.'te görüldüğü üzere

SGK'da kurumlara ayrılan bütçenin başta kamu 3. basamak sağlık kuruluşları olmak üzere her sene artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki artış ve SGK'nın gelirlerindeki kayıplarla birlikte finansman açıklarının ortaya çıktığı gözlenmektedir. Bununla beraber, sağlık harcamalarına ayrılan payın dağılımında, özel hastanelerin aldığı paydaki artışın yüksekliği dikkat çekici görünmektedir (Kocasoy, 2014:46).

Keskin'nin (2018) Sağlıkta Dönüşüm Projesinin ikinci aşamasında kamu hastanelerinin teknik verimliliğin araştırıldığı çalışmasında; A1 rolündeki hastanelerin (eğitim ve araştırma hastaneleri) %71,79; A2 rolündeki hastanelerin %57,89; B tipi hastanelerin %33,17'si ve C tipi hastanelerin de %30,03'ü teknik açıdan etkin olduğu gözlenmiştir. A1 tipi olan hastanelerin genel olarak diğer hastanelere göre daha etkin olduğu anlaşılmaktadır. Atılğan (2016) çalışmasında da benzer şekilde hastanelerin büyüklük artışının etkinliği yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu da hastanelerin ölçeğini büyütme ölçek ekonomilerinin yarattığı avantajlardan dolayı hastanelerin etkinliğini arttırdığı, böylece kaynakların daha etkin kullanılabilirdiğini göstermektedir. Ayrıca Keskin (2018) çalışmasında kamu hastanelerinin 2012 yılına kadar toplam faktör etkinliğinde artış olurken, 2012 sonrası düşüş gözlenmiştir. Bu düşüşün kaynağı olarak teknolojiye gerileme olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlar SDP'nin 2012 yılına kadar olumlu kazanımlar sağladığı, 2012 sonrasında ise, aynı verimliliğin devam ettiremediğini göstermektedir. Bu bağlamda, Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile birlikte hastanelerin teknik verimlilikleri ve toplam faktör verimliliklerini inceleyen çalışmalara göre, Sağlıkta Dönüşüm Programında 2012 yılı öncesinde yükselişler yaşanmıştır. Ancak 2012 sonrasında verimlilik ve etkinlikler de düşüşler gözlenmiştir. Şekil 1 de bu durumu destekler nitelikte olup SGK'nın gelir ve gider dengesinin özellikle 2012 yılı sonrası bozulmaya başladığı görülmektedir.

SDP'de sağlık hizmetleri talebindeki değişim açısından Tablo 2.'de yer alan Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Müracaat Sayılarıyla karşılaştırıldığında ortaya çelişki arz eden bir durum olduğu görülmektedir. 2002-2015 yılları arasındaki müracaatlara bakıldığında 2. Basamağa yönelik talebin artış gösterdiği, 1. Basamağa yönelik talebin ise azalış gösterdiği gözlenmiştir. Bu durumun sağlıkta dönüşümün temel amaçlarından olan maliyet etkililik hedefinden uzak olduğu, sevk sisteminin katkı payı uygulaması dışında işler bir şekilde yürürlüğe konulamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Benzer şekilde, sağlık hizmet talebindeki değişime Tablo 3.'de yer alan Yıllara Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayılarındaki değişim ile bakıldığında ise, tüm basamaklarda ciddi talep artışlarının olduğu görülmüştür. Katkı paylarının düzenlenmesi ile fiyat ayarlamalarının talep üzerinde sınırlı etkilerinin olduğu, bu tip düzenlemelerden ziyade, aile hekimliği kurumunun güçlendirilmesi ve etkin/verimli bir sevk zincirinin oluşturulmasının, sağlık hizmetlerinin aşırı tüketimini engelleyebilecek politik uygulamalar arasında olduğu düşünülmektedir (Atılğan, 2015). Sağlık hizmeti sunum basamakları ile ilgili yapılan çalışmalar da bu saptamayı desteklemektedir. Üst solunum yolları enfeksiyonuna bağlı hastane müracaatlarının birinci basamakta tedavi edilmesi durumunda ortaya çıkan mali durumda, 240.306.759 TL'lik bir muayene ücreti tasarrufunun sağlandığı bulgusuna ulaşılmıştır (Bankur, 2017:83).

ARS tanısı konan hastalara yönelik yapılan bir çalışmaya göre, birinci basamağa başvuranların toplam mutlak maliyeti hasta başı ortanca değeri 33,11 tl, üçüncü basamağa başvurularınki ise 80,37 tl bulunmuştur. Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaatta bulunan 494 hastanın, üçüncü basamak yerine birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurması durumunda, hasta başına 47,26 tl olmak üzere, 23.346,44 tl tasarruf elde edileceği hesaplanmıştır (Atıcı, 2018:66).

Başka bir çalışmaya göre, acil birimlerine müracaatta bulunan hastaların başvuru nedeni olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarının yüzde 70'inin birinci basamak sağlık kurumlarında teşhis ve tedavisi yapılabilecek hastalıklardan olduğu (Arıca, 2019) bulgusuna ulaşılmıştır. Bu sonucu destekler nitelikte EK-1'den de görülebileceği gibi aile hekimine müracaatlar %33,6 artarken; 2. ve 3. Basamak hastanelere yapılan müracaatlarda %291'lik bir artış yaşanmıştır. Bu durum da SDP'nin amaçlarından biri olan ekonomik verimliliği olumsuz etkilediği söylenebilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

SDP ile 2007 sonrası özel hastanelere ilişkin gerçekleştirilen düzenlemelerle birlikte, sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların yükü azalırken, sosyal güvenlik sistemi üzerindeki yüklerin arttığı, toplamda kamunun sağlık harcamalarındaki payının hızla yükselmesiyle finansman konusunda risklerin de arttığı görülmektedir. Şekil 1'den de görüldüğü gibi SGK gelir gider dengesinin özellikle 2015 sonrasında dikkat çekici şekilde bozulması finansman yapısındaki riskleri açıkça ortaya koyduğu söylenebilir. Sağlık harcamaları finansmanı açısından değişen roller, sağlık hizmetleri talebini arttırmıştır. Yükselen sağlık hizmetleri talebi de sağlık harcamalarını, özellikle de kamu sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur.

Türkiye'de özel hastane sayısı her geçen artarken, özel hastane sayısını ve sunulan sağlık hizmetlerini kontrol edebilmek amacıyla, 2013 yılı sonlarında, zincir hastane gruplarının küçük ölçekli sağlık kuruluşlarını bünyelerine katmaları teşvik edilmiş ve yeni sağlık kuruluşlarının açılması bazı yasal engeller aracılığıyla birtakım koşullara bağlanmıştır. (Çetin, 2017:285).

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulamaya geçtiği dönemde ortaya çıkan bir diğer sonuç Merkezi Devlet tarafından yapılan sağlık yatırımlarının sürekli artış eğiliminde olmasına ve özel sektörde bu eğilimin dalgalı bir periyot çizmesine rağmen özel sektör kuruluşlarına yönelik müracaatların kamu hastanelerine oranla çok daha hızlı artmış olmasıdır. Buradaki farkın SGK ile yapılan sözleşmeden kaynaklandığı, halkın alım gücü olduğu takdirde özel sağlık hizmet sunumunu kamu sektörüne tercih ettiği düşünülmektedir. Diğer bir olasılık da astronomik sayıda artan hastane müracaatları ve sayısı yıllar içinde neredeyse pek değişmeyen devlet hastaneleri (Tablo 1) nedeniyle devlet hastanelerinde randevu almada zorluk yaşayan ve satın alım gücü olan bireylerin özel hastanelere yönelmesi olabilir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin etkililiğini ve verimliliğini gösteren farklı bir parametre ise, OECD ülkeleriyle olan Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları kıyaslamasıdır. Buna göre Türkiye'nin 2002 verileri ile kıyaslandığında genel olarak olumlu sonuçlar elde edildiği, OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında ise henüz tam olarak istenen etkililik hedefine ulaşılmadığı görülmektedir.

Özellikle özel sektörün verilerle de desteklenen agresif büyüme eğilimi ve bu büyümenin altındaki en temel finansal dinamiklerin artan SGK ödemelerinden ziyade katkı payı ve doğrudan ödemelerden oluşması sağlıkta dönüşümün temel amaçlarından biri olan makro verimlilik hedefinden de uzaklaşabileceği ihtimalini canlı tutmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulamaya geçtiği 2003 yılından itibaren, Sağlıkta dönüşüm projesinin ana bileşenlerinin tam olarak hayata geçirilemediği gözlenmiştir. Buna rağmen sistemde yapısal ve ekonomik olarak önemli değişimler yaşanmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetlerine olan talep ve buna bağlı olarak harcamalar artmış fakat reformun temel amaçları olarak görülen etkililik, verimlilik, hakkaniyet gibi unsurların fiiliyatta hayata geçirilemediği gözlenmiştir. Bu dönemlerde özellikle özel hastane ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlar ile hekime başvuru sayılarındaki artış dikkat çekicidir. Devlet hastanesi sayısında dikkate değer artışın olmaması da devlet hastanelerinin yoğunluğunu ve buna bağlı olarak maliyetlerini arttırdığı görülmüştür. Bir diğer ayırt edici husus, özel hastane yatak sayılarındaki önemli artıştır. Hastane ve hekim müracaatlarındaki agresif denilebilecek artışların, sağlık hizmet sunumunun kamu hastanelerinden özel sektöre kayma trendine girdiği yönündeki savunularla örtüşmektedir. Ayrıca, hekime müracaatların astronomik düzeydeki artışı gerek hekimlerin gerekse sağlık sisteminin üzerindeki artan iş yükünü ve maliyetleri göstermekle birlikte, söz konusu çok yüksek düzeydeki



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

müracaatlara çözüm bulunması gerektiğini; aksi durumda sağlık sisteminde ve sağlık hizmetlerinin finansmanında sorunlar yaşayacağına işaret etmektedir.

Çatışma Beyanı: Bu çalışmada herhangi bir kurum, kişi ve yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkı Oranı Beyanı: Yazarların katkı oranı ilk yazarın %60, ikinci yazarın %40'tır.

Teşekkür Beyanı: Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKÇA

- Atılğan, E. (2015). Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Talebi Üzerine Etkileri. Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, 18(96), 8-23.
- Arıca, S. G., (2018). Acile Gidenlerin Yüzde 70'i Birinci Basamakta Tedavi Edilebilecek Hastalar <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-acile-gidenlerin-yuzde-70i-birinci-basamakta-tedavi-edilebilecek-hastalar-11-681-80209.html> adresinden ulaşılmıştır.
- Atıcı, E. (2018). Akut Sinüzit Hastalarında Tanı ve Tedavi: Birinci ve Üçüncü Basamağın Karşılaştırmalı Maliyet Analizi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2018, s.66
- Bankur, M., (2017). Aile Hekimliğinde Zorunlu Sevk Zincirinin Uygulanmamasının Sağlık Harcamalarına Etkisi: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Üzerine Bir Uygulama, Sosyal Güvence Dergisi, Sayı 12, s.83
- Bostan, S., Çiftçi F., (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri, SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Cilt 7 Sayı 2
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politikası. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(1), 274-293.
- Orlu, C., ve Köse, A., (2018). Türkiye ve İsviçre Genel Sağlık Sigortası Sistemlerinin Kıyaslanması ve Türkiye İçin Yeni Bir Model Önerisi, Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 10(19), 303-329.
- Doğan B. Ş, (2017). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi, V. Anadolu International Conference in Economics, May 11-13, Eskişehir, Turkey, s.7
- Elgin, C., ve Schneider, F. (2016). Shadow economies in OECD countries: DGE vs. MIMIC approaches. Bogazici Journal, 30(1), 51-75.
- Er, Ü., (2011). Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şubat, s.295
- Etiler, N., ve Yavuz, C., (2004). Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri, Toplum ve Hekim Dergisi, Cilt 19, Sayı 4,s.285
- Gülşen, M. A. ve Yıldırım, M., (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi, Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt-Sayı: 10(4) ss: 159-172



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Günaydın, D., (2011). Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları, Sosyal Siyaset Konferansları, Sayı: 60, s. 323–365
- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H., (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi: 12, ss. 176 -186)
- Keskin, H. İ. (2018). Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ve kamu hastanelerinin etkinliği. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 18(38), 124-150.
- Kıran, B., (2015). Dünya’da Sağlık Reformu Politikalarının Doğuşu ve Sonuçları, 16-01-2015, <http://eczacininseesi.com/index.php?yon=ozgur&id=739> , e-gazete.
- Kıvanç, M., (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı 3 Cilt: 2, s.165
- Kocasoy, A., (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansman, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyon, s.46
- Köktaş, A. ve Kobal, İ., (2013). Sağlık Reformu Kapsamında Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı: Türkiye Üzerinde Bir Değerlendirme, Sosyal Güvenlik Dünyası, Sayı 85, s.19
- Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M. ve Kerman, U., (2014). Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 47, Sayı 1, s. 53-78.
- Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, (2017). Karar Sayısı:KHK/69 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf> Erişim Tarihi: 18.12.2017
- Roberts, M.J, Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M.R. (2003). Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford; ISBN: 0-19-516232-3.
- Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2009, S.11,12,13,14,15,16)
- Sağlık Bakanlığı Yayınları, (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011 <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/kitaplar/SDPturk.pdf> Erişim Tarihi: 18.10.2022
- Sağlık Bakanlığı, (2018). 2018-2022 Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, <https://www.titck.gov.tr/Dosyalar/Kurumsal/StratejikPlan.pdf> Erişim Tarihi: 01.09.2022
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2019). <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR.82338/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html> Erişim Tarihi: 15.09.2022
- Sayılı, U., (2017). Türkiye ve OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırılması, Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 2, Sayı 3, 1-12 s.10 http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri
- Türk Tabipleri Birliği, (2017). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yasa Tasarısı Değerlendirme Raporu
- TÜİK. İşgücü İstatistikleri Ağustos, (2017). <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24633>

Yılmaztürk, A., (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 8(1), 176-188.

4958 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, (2004). Resmî Gazete. 1/7/2004, S. 25509. (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20047489.pdf>)

694 KHK, (2005). Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Sağlık Bakanlığına Devri, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119M1-1.htm>

Ek-1: Çeşitli Kurumlarda Yıllara Göre değişen Toplam Hekime Müracaat Sayısı

	2002	2015	2016	2017	2018	2019
Sağlık Ocakları	69.103.517	-	-	-	-	-
Aile Hekimlikleri	-	208.538.951	205.549.931	228.098.527	258.436.607	278.043.149
Verem Savaş Dispanserleri	2.012.458	1.495.558	1.374.153	1.391.817	1.332.580	1.256.364
ÇEKÜS Birimleri*	2.980.481	548.433	525.011	646.856	366.095	309.984
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	-	3.457.520	8.080.631	4.496.42	4.821.348	3.959.746
Özel Poliklinikler	731.132	523.694	461.013	501.993	539.593	629.221
E2-E3 Entegre İlçe Hastaneleri	-	2.916.890	3.205.116	3.356.809	3.577.348	3.903.402
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	217.481.046	219.195.855	238.492.427	269.073.571	288.101.866
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	26.953.360	22.069.610	18.912.829	19.055.722	18.298.592
Hastaneler**	124.313.659	415.665.041	444.443.714	461.519.553	494.385.911	506.503.164
SB. Hastaneleri	109.793.128	303.908.634	336.875.423	350.347.005	377.045.707	387.622.848
Özel Hast.	5.697.170	77.217.044	71.147.878	72.208.615	74.675.065	72.669.168
Üni. Hast.	8.823.361	34.539.363	36.420.413	38.963.933	42.665.139	46.211.148
2.ve3. Basamak Hast.Toplamı	134.138.461	442.618.401	466.513.324	480.432.382	513.441.633	524.801.756
Genel Toplamlar	208.966.049	660.099.447	685.709.179	718.924.809	782.515.204	812.903.622

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, s.148

Ek-2: SGK Tarafından Kurumlara Yapılan Ödemeler

YILLAR	FATURA TUTARLARI (KDV Dahil Değildir)				
	Bin TL		ÖZEL	ÜNİVERSİTE	TOPLAM Total (B)
DEVLET 2.BASAMAK	DEVLET 3.BASAMAK				
2012	10.051.990	5.945.100	6.771.108	5.506.848	28.275.046
2013	11.049.401	6.598.896	7.294.698	6.129.775	31.072.770
2014	12.340.270	7.218.596	7.671.542	6.944.105	34.174.513
2015	12.598.117	8.107.009	8.153.544	7.459.415	36.318.085
2016	13.894.172	9.542.520	8.409.883	8.205.334	40.051.909
2017	14.724.847	11.408.747	9.055.398	9.354.777	44.543.769
2018	15.846.098	13.201.645	9.426.962	10.792.632	49.267.338
2019	16.095.71	14.276.804	9.831.592	12.134.601	52.338.713
2020	13.100.719	15.018.786	11.666.067	12.601.561	52.387.132

Kaynak: SGK Kurumsal İstatistikleri,

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri

Ek-3: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık Harcamaları (2017)

Gösterge	Türkiye OECD	(ort±ss)	p değeri
Kişi Başı Gayri Safi Yurtiçi Hasıla(SAGP)(USD)*	24309	41353±16029	<0,001
Kişi Başı Sağlık Harcaması*	1064	3813±1955	<0,001
Sağlık Harcamalarının Bütçedeki Payı(%)*	5,23	8,99±2,24	<0,001
Kadınlarda Yaşam Yılı Beklentisi*	78,9	83,16±1,94	<0,001
Erkeklerde Yaşam Yılı Beklentisi*	72,6	78,02±3,10	<0,001
Yaşam Yılı Beklentisi (Total)*	75,8	80,53±2,42	<0,001
Sağlıklı Yaşam Yılı Beklentisi*	66,2	70,98±1,99	<0,001
15 yaş ve üzerinde Alkol tüketimi (litre)*	2,4	9,80±2,55	<0,001
Neonatal Mortalite Hızı (binde)*	7,1	2,66±1,49	<0,001
5 Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)*	13,5	4,66±2,65	<0,001
Anne Ölüm Hızı (yüzbinde)*	16	8,80±6,88	<0,001
15 yaş üzeri popülasyonda Sigara Kullanma (%)*	25,5	24,47±6,86	<0,388
Doktor Sayısı(on binde)**	17,1	29,77±7,65	<0,001
Hemşire ve ebe (on binde)**	24	89,22±40,36	<0,001
Hastane yatak sayısı (binde)**	2,65	4,76±2,51	<0,001
Hastane sayısı (milyonda)**	19,92	29,80±15,19	<0,001

Kaynak: Sayılı, 2017*.2015 yılı verileri **:2013 yılı verileri



SYSTEMATIC REVIEW OF STUDIES OF HEALTH TOWARDS BIRTHDAY PARTIES FIGURE IN TURKEY

Lecturer Mustafa FİLİZ

Artvin Coruh University, mustafa2108@artvin.edu.tr, orcid.org/0000-0002-7445-5361.

Article Submission-Acceptance Date (02.06.2022-15.01.2023)

Abstract

In this study, it was aimed to analyze the studies conducted to determine the knowledge, attitudes and behaviors towards delivery types by systematic review method and to determine the reasons for the increase in cesarean rates. In the study, research conducted in the last ten years was taken into consideration. For this purpose, between the dates of 01.02.2021-05.02.2021, Google Scholar, EBSCO and ULAKBİM directories/databases were searched with the words determined over the Internet access network of Artvin Coruh University. In the preparation of a systematic review study using secondary data, the PRISMA method was used. Among the causes of cesarean delivery, factors such as fear of normal birth, medical reasons and environmental effects were found to have an important effect. It has been observed that the level of knowledge and perception about normal delivery and cesarean delivery types have an important role in decision-making.

Keywords: Normal delivery, cesarean delivery, systematic review

INTRODUCTION

Due to reasons such as increasing competition in the health sector, increasing health expenditures, and increasing the quality perception and expectation of patients, situations such as effective, efficient and economical use of the resources allocated for health services gain importance. Since the allocated resources are limited, these resources should be used carefully in health services (Filiz and Karagoz, 2020; Filiz, 2021). An important issue in resource use is the increasing issue of cesarean delivery. Pregnancy and normal birth, which are seen as a natural part of life, are generally suitable for the structure of the woman and bring some risks such as bleeding, toxemia and infection. Early diagnosis and treatment of these risks, which are vital for both mother and baby, are of great importance. Among these risks, first of all, the mode of delivery of the pregnant woman is important. To achieve this, it is important to constantly monitor the mother and baby during pregnancy and to make early interventions (Gozukara and Eroglu, 2008).

Deciding on the mode of delivery for a pregnant woman is of great importance and constitutes the beginning of a new process. Many factors need to be considered to complete this process healthily. Among these factors, the mother's preparation for the process, her approach to birth types, birth experience, the existence of private health insurance, hospital type preference and age can be



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

counted. On the other hand, psychological, psychological, familial and environmental factors have a significant effect on the process (Doganer et al., 2013).

While cesarean delivery can be life-saving for the baby and mother when necessary, maternal mortality and morbidity rates are four times higher than normal delivery. On the other hand, despite the risks of maternal death, delayed healing of wounds, difficulties in breastfeeding, delay in the mother-infant relationship, high treatment costs, and increasing risks of subsequent births, cesarean section rates are increasing in Turkey and the world (Saymer et al., 2009). Unless there are compelling reasons, routine cesarean delivery causes an increase in healthcare costs and an increase in the burden on the country's economy (Sarowar et al., 2010).

Babies born by cesarean section may experience neonatal death, long hospitalizations, respiratory tract problems, surgical injuries and problems in breastfeeding. There is no difference between maternal death and hysterectomy when repeated cesarean section and normal birth after cesarean section are compared. Therefore, it would be beneficial to support normal delivery after planned cesarean section to reduce maternal-infant mortality and morbidity (Chen and Hancock, 2012).

In Turkey, maternity services are provided in health institutions such as public and private hospitals, maternity hospitals, and training and research hospitals, where the level, infrastructure and working conditions are very different from each other. The fact that the cesarean delivery rates of public, private and university hospitals are much higher than the recommended average indicates that healthcare professionals also deliver by cesarean section other than for medical reasons (Gur et al., 2014). In the literature, it has been seen that many studies have been carried out to determine cesarean section rates. In this study, it is thought that it is important to combine the parts and see the whole by making a systematic review of the studies on the health parties to determine the cesarean delivery rates.

MATERIALS AND METHODS

Data Collection Tool and Method

In the study, secondary data obtained from the studies evaluated were used. The systematic review method was used as a data collection tool. Findings on the subject investigated in systematic reviews are selected and synthesized according to certain criteria (Victor, 2008). The inclusion of an identified research problem after meeting certain selection criteria and clearly requires a holistic analysis of the evidence. For an unbiased evaluation, some systematic ways are followed (Higgins and Green, 2011). Systematic reviews consist of stages such as determining the purpose, determining the scope, using some inclusion criteria, determining data screening methods and collecting data (Lunny et al., 2016). Systematic reviews consist of research strategy, inclusion criteria, screening, data collection and description, revealing the quality of the studies used in the research, and synthesis of the findings, respectively (Moher et al., 2009). PRISMA method was followed in the preparation of the systematic review study. The purpose of the PRISMA method is to provide a written guide to improving the presentation of meta-analysis and systematic review research. In addition, the PRISMA method is used for the critical evaluation of published systematic reviews and meta-analysis studies (Karacam, 2013).

To carry out the research, first of all, the terms used synonymously with the concept of cesarean section were determined. Keywords suitable for the subject were preferred, as they provide great convenience in accessing and scanning the articles. It is known that searching databases with keywords saves a significant amount of time.

Within the scope of the purpose, between 01.02.2021 and 05.02.2021, cesarean section, cesarean section, cesarean delivery, cesarean rate, birth preference, obstetrics, normal birth, cesarean section rate, cesarean section decision, delivery method, gynecology and vaginal birth via Artvin Coruh University internet access network Various combinations were made in Turkish with keywords such as Google Scholar, EBSCO and ULAKBİM indexes/databases. The study was conducted as a retrospective review of publications on the subject. Studies published between January 2011 and December 2020 were searched. Search criteria and keywords are given in Table 1.

Table 1. Search criteria, databases and keywords

Databases/Indexes	-Google Scholar	-EBSCO	-ULAKBİM
Keywords	-Cesarean Section -Gynecology -Type Of Birth -Vaginal Birth	-Cesarean Delivery -Normal Birth -Cesarean Section Decision	-Birth Preference -Cesarean Rate -Gynecology
Inclusion and Exclusion Criteria	-The research was carried out between January 2011 and December 2020 -The research is original, quantitative and carried out with a quantitative analysis method -The research has been published in the form of an article -The study publication language is Turkish -Research conducted within the borders of Turkey -Reaching the research in full text -The sample of the research consists of health workers, pregnant women, women aged 18-49, or students studying in health departments. -The study aims to determine the factors that affect the reasons for choosing a cesarean section.		

Limitations of The Research

Within the framework of the inclusion criteria in the study, a search was made within the specified dates and with keywords. In this context, studies, compilations, dissertations and oral or poster presentations presented in congresses published outside of Turkish are not included in the scope of the study. In the literature, it has been observed that there has been a significant increase in the last ten years to determine the level of cesarean section rates and the effect of the policies followed. Therefore, studies conducted between January 2011 and December 2020 as a time limit were included in the study.

RESULTS

The identification, scanning, conformity and inclusion stages of the scanning process according to the PRISMA method are shown in Figure 1. A total of 359 articles were reached in the search made in databases and indexes with previously determined keywords. After 74 duplicated articles were removed, 285 articles were included in the screening stage. After the summary parts and keywords of the studies were evaluated in the search, 142 articles were not included in the study because they did not provide the criteria of the research. 143 articles that were accepted as appropriate were

included in the research over the full text. After the full texts were evaluated, 126 publications were excluded from the study by stating the reasons for not being included in the study. As a result, 17 articles were included in this study.

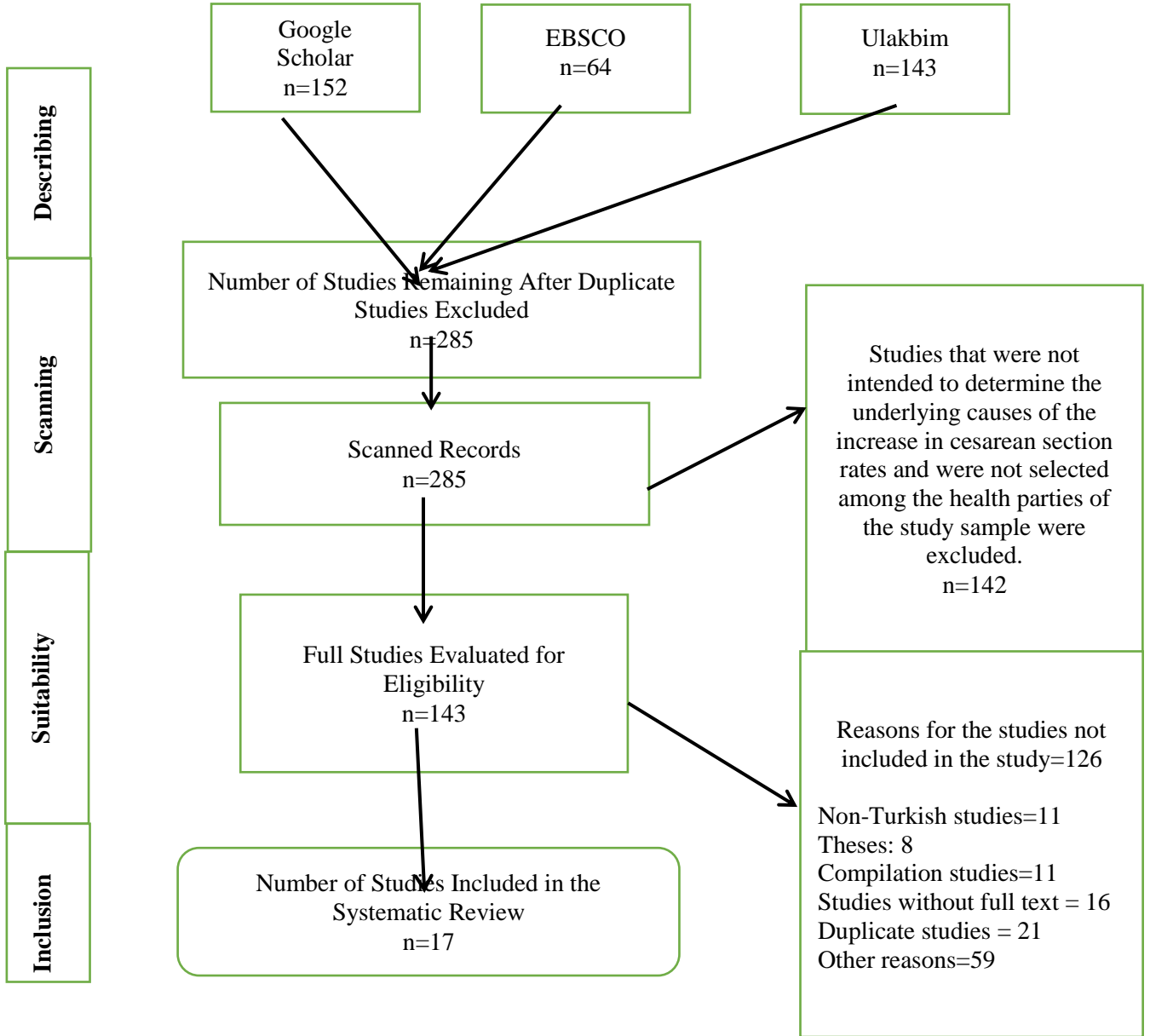


Figure 1. Study selection flow chart according to the PRISMA directive (Liberati et al., 2009; Filiz, 2020)

The data obtained as a result of the examination of 17 studies included in the systematic review after the determined criteria are given in Table 2.

Table 2. Studies included in the study

Writer	Research Title	Method	Conclusion
Sonmez and Sivaslioglu (2019)	Preference of pregnant women and the factors affecting them	It is a descriptive study and data were collected from 419 pregnant women who applied to the polyclinic with a questionnaire created by the researchers.	It has been seen that the most important reason for women to prefer cesarean delivery is the fear of normal birth.
Tektas et al. (2018)	Birth type preferences of health sciences faculty students and influencing factors	It is a descriptive and cross-sectional study and data were collected from 469 students studying in health departments with a questionnaire created by the researchers.	Most of the students stated that normal delivery should be preferred. It was observed that there were students who emphasized the need for an optional cesarean delivery.
Cakmak et al. (2014).	Opinions of women on optional Cesarean section	It is a descriptive study and data were collected from 500 women who applied to the hospital with a questionnaire created by the researchers	Most of the participants stated that they viewed the optional cesarean negatively, but that cesarean can be done in mandatory situations.
Ergol and Kurtuncu (2014)	Factors affecting women's cesarean delivery preferences in a university hospital	It is a descriptive and cross-sectional study, and data were collected from 72 women hospitalized in the maternity ward with the questionnaire created by the researchers.	It was observed that the fear experienced in normal birth had a great effect on the participants' preference for cesarean delivery.
Oner and Kocas (2016)	The frequency of cesarean section in a group of women aged 18-49 in Mersin and affecting factors	It is a descriptive study and data were collected from 523 women between the ages of 18-49 with the questionnaire created by the researchers.	It has been observed that the tendency to have a cesarean section is relatively higher in those who have a high education and income level, work and spend most of their life in the city.
Metin et al. (2020)	Examination of nurses and midwives' preferences for delivery method; Bitlis example	It is a descriptive study and data were collected from 208 female nurses and midwives working in the hospital with the questionnaire created by the researchers.	It has been observed that midwives and nurses mostly favor normal birth, but in practice, they usually deliver by cesarean section.
Yanikkerem and Cimen (2017)	Nurses' perspectives on delivery methods and vaginal delivery after cesarean section	It is a descriptive study and data were collected from 228 nurses working in the hospital with a questionnaire created by the researchers.	It has been seen that determining the opinions of nurses about the risks of normal birth, cesarean delivery and delivery methods is an important factor in the prevalence of normal birth
Gur et al. (2008)	Evaluation of high cesarean section rate in terms of obstetricians and midwives in Turkey	It is a descriptive study and data were collected from a total of 101 physicians and midwives serving in the field of obstetrics with the questionnaire created by the researchers.	It has been observed that the cesarean section rate is different in public, private and university hospitals, and the type of hospital is an important factor.
Bıyık and Aslan (2020)	The effect of education in pregnancy on fear of childbirth and cesarean section rates	It is a descriptive study and data were collected from 270 pregnant women with the fear of childbirth scale developed by the researchers.	It was observed that women who received pregnancy education had less fear of childbirth than women who did not receive pregnancy education, but the rate of cesarean section was higher.

Karaca and Koyuncu (2015)	Determination of the thoughts of the students studying at the vocational school of health services about their birth type preferences.	It is a descriptive study and data were collected from 153 students studying in health departments with a questionnaire developed by the researchers	Most of the students stated that the normal delivery method should be preferred.
Gozukara et al. (2016)	Vaginal birth after cesarean section: a survey in healthcare workers	It is a descriptive study and data were collected from 100 health workers with a questionnaire developed by the researchers.	It has been observed that healthcare professionals are most knowledgeable about vaginal after cesarean section, but they do not have enough information about its complications.
Dogru (2017)	Factors affecting women's opinions about the mode of delivery	It is a descriptive study and data were collected from 410 pregnant women with a questionnaire developed by the researchers.	It has been seen that the safety of pregnant women in preferring normal birth and the fear experienced during normal birth play a major role in their preference for cesarean section
Aksu and Ozsoy (2015)	Birth Preferences of Midwifery and nursing students and influencing factors	It is a cross-sectional study and data were collected from 404 midwifery and nursing students with a questionnaire created by the researchers	It has been observed that most of the students studying in the midwifery and nursing departments are in favor of normal birth.
Doganer et al. (2013)	Determining the thoughts of students studying in health departments about their birth style preferences	It is a descriptive study and data were collected from 555 students studying in health departments with a questionnaire created by the researchers.	It has been observed that most of the students studying in health departments are in favor of normal birth
Akyol et al. (2011)	Comparison of delivery type and characteristics of health personnel with non-health personnel	Data were collected from a total of 180 women who gave birth at least once, 90 health workers and 90 non-health workers, by questionnaire	It has been observed that women who are health workers prefer cesarean section more than women who are not health workers.
Elkin (2016)	Preferences for the mode of delivery and related factors of women aged 18-49 who applied to a family health center	It is a descriptive study and data were collected from 307 women with a history of pregnancy who applied to the family health center with a questionnaire created by the researchers.	It has been observed that the fact that women do not know the issue has a significant effect on the increase in cesarean delivery rates.
Guler and Yanikkerem (2018)	Women's thoughts about birth methods and vaginal birth after cesarean section	It is a descriptive study and data were collected from 269 women who gave birth by cesarean section in a university hospital with a questionnaire created by the researchers.	It has been observed that women have a positive view of normal birth and this is a good opportunity for subsequent births to be normal births.

As shown in Table 2, a total of 17 studies were examined. It has been observed that pregnant women, women between the ages of 18-49, health workers and university students studying in health departments are preferred as samples in the studies. In one study, it was seen that the perspectives of women who were health workers and women who were not health workers were

evaluated. Therefore, when making the evaluation, it will be evaluated by dividing into categories as shown in Table 3.

Table 3. Classification of studies

Pregnant Women	Students	Health Workers	Women Aged 18-49
Sonmez and Sivashlioglu (2019)	Tektas et al. (2018)	Metin et al. (2020)	Cakmak et al. (2014)
Ergul and Kurtuncu (2014)	Karaca and Koyuncu (2015)	Yanikkerem and Cimen (2017)	Oner and Kocas (2016)
Bıyık and Aslan (2020)	Aksu and Ozsoy (2015)	Gur et al. (2008)	Elkin (2016)
Dogru (2017)	Doganer et al. (2013)	Gozukara et al. (2016)	Guler and Yanikkerem (2018)
		Akyol et al. (2011)	Akyol et al. (2011)

A. Studies For Healthcare Professionals

The level of knowledge, attitudes and behaviors of healthcare professionals about the mode of delivery are of great importance in reducing cesarean section rates. Health professionals are of great importance in determining the extent of the service in the delivery of health services, informing patients and making decisions. It has been determined that there are five studies to determine the perspectives or preferences of healthcare professionals regarding the mode of delivery.

Planned pregnancy, which is thought to be effective on cesarean rates, is an important factor. Akyol et al. In their study, the planned pregnancy rate among the participating healthcare professionals was 86%, Metin et al. found this rate to be 73.9%. Considering the follow-up rates, Akyol et al. 100%, Metin et al. study, it was found that 59.1% of the participants had 10 or more follow-ups.

Decision-making under the influence of the physician is an important situation in choosing the mode of delivery. Akyol et al. 38.8%, and Metin et al. 25% found that the participants decided on the mode of delivery upon the recommendation of a physician. An important factor when deciding on the mode of birth is to decide with the proposal of the spouse and the environment. Akyol et al., 13.3%, and Metin et al., 8.7% stated that the participants determined the mode of delivery with the suggestion of their spouse or their environment.

It is important to have a normal birth perspective and to have accurate information in reducing cesarean rates. In the study conducted by Yanikkerem and Cimen, 61.0% of the participating nurses stated that delivery methods carry the same risk, 29.4% stated that cesarean section is more risky and 57.9% optional cesarean section is safer than vaginal delivery. Metin et al. reported that if the participants had pregnancy experience, 70.7% recommended normal delivery, 29.3% cesarean section and 75.5% normal delivery. When the birth type preferences are questioned; it was determined that 70.7% of them wanted to have a vaginal delivery and 29.3% of them wanted to have a cesarean section if they experienced pregnancy, and it was determined that the most preferred delivery method to women was vaginal delivery 75.5%.

When the causes of cesarean delivery were examined, Akyol et al., 23.3% of the participants, Yanikkerem and Cimen 35.7% and Metin et al. 40.26% cesarean section of the participants in their study. They stated that they gave birth. Among women who had cesarean section due to medical



reasons, Akyol et al. reported that 37.7% of the participants, Yanikkerem and Cimen 64.3% and Metin et al. 21.7% respectively.

There are many different reasons for giving birth by cesarean section. Akyol et al. stated that the reason for preferring cesarean section is that it is planned and takes a short time, and rates such as 90% of the participants and 55% due to the fear of labor pain were obtained. In the study of Metin et al., when the reasons for cesarean section were examined, it was seen that 12% of the participants preferred it because of fear of birth, and 28.6% because of reasons such as not risking the baby.

The woman's next birth preference is important to determine the perspectives and perceptions of the people. In the study of Akyol et al., 42%, in the study of Yanikkerem and Cimen 54%, and in the study of Metin et al., 53.8% of those who performed cesarean section stated that they wanted to have the next cesarean section.

In the Yanikkerem and Cimen study, 84.3 of the participants who performed cesarean section were satisfied, 80.7% of the participants stated that the optional cesarean section was recommended more than the normal delivery by the obstetricians, and more than half of the participants stated that the cesarean section was more beneficial for the mother-baby health than the normal delivery. and 64.5% of the participants stated that normal delivery after cesarean section would be effective in reducing cesarean rates.

Gur et al, concluded that the lack of experience and education of midwives had a great impact on the increase in cesarean rates in private hospitals and that especially the incomplete follow-up and insufficient preparation of pregnant women for delivery were effective. They stated that especially legal regulations and a safe working environment are important to reduce the cesarean section rates of the participants. Gozukara et al, reported that healthcare professionals do not have enough information about birth patterns and especially to reduce the cesarean section rates.

B.Studies For Pregnant Women

To decrease the rates of cesarean section, especially to decrease the rates of optional cesarean section, the knowledge levels and approaches of pregnant women are important. It has been determined that there are four studies aimed at determining the perspectives or preferences of pregnant women regarding the mode of delivery.

When the pregnant women's preference for the mode of delivery is considered, Ergol and Kurtuncu found that 26.4% of the participants planned a normal birth, but 86.3% of the pregnant women wanted to have a normal delivery and in the Dogru study, it was seen that 13.7% of pregnant women wanted to give birth by cesarean section.

When the reasons for cesarean delivery of pregnant women were examined, it was seen that 47.4% of the participants, 35.7% of the Dogru participants, and 4.7% of the Sonmez and Sivaslıoglu participants, according to the study of Ergol and Kurtuncu, due to fear of normal birth.

When the rates of cesarean section for medical reasons or at the request of a physician were examined, it was seen that this rate was 26.3% in the study of Ergol and Kurtuncu, and 14% of Sonmez and Sivaslıoglu participants.

When we look at the normal birth preferences of pregnant women, 57.32% of the participants preferred it for safer birth, Sonmez and Sivaslıoglu stated that 75.1% of the participants preferred it for the health of the mother and baby, and 28% of the participants preferred it for better recovery after delivery.



In the Dogru study, while pregnant women were deciding on the mode of delivery, 24.4% stated that they were under the influence of their husbands, 18.3% were under the influence of their environment and 80.2% were under the influence of a doctor.

In the Bıyık and Aslan study, 37.2% of those who were not educated during pregnancy gave birth by cesarean section, while the rate of cesarean section was 10% in those who received training during pregnancy. It was observed that the fear of childbirth scale score was higher for those who received education than those who did not.

C.Studies For Women Aged 18-49

Awareness levels and approaches are seen as an important factor in reducing the birth rate with cesarean section of women between the ages of 18-49. Five studies were identified to determine the mode of delivery preference of women aged 18-49.

Planned pregnancies and follow-up processes are important for maternal and infant health. Akyol et al. in their study, found the planned pregnancy rate to be 73% and the follow-up rate to be 84%. In the study of Oner and Kocas, 61.6% of the participants stated that they received information before pregnancy and 31.0% stated that they did not receive any. In the Elkin study, 70.6% of the participants stated that they received information about the mode of delivery during their pregnancy. In the study of Guler and Yanikkerem, 77.3% of the participants stated that they became pregnant voluntarily, 22.7% of them unintentionally got pregnant, and 43.9% of the participants received information about the mode of delivery, while 56.1% of the participants did not receive any information.

The point of view and perception of women on normal birth is important in reducing cesarean rates. In the Elkin study, 54.4% of the participants who had a normal delivery stated that they preferred normal delivery because it was a natural method. In the study of Guler and Yanikkerem, 41.6% of the participants stated that they recommended normal delivery to women and 56.8% of them stated that they recommended normal delivery to their relatives.

Women's perspectives and approaches to cesarean delivery are important factors in reducing cesarean rates. Akyol et al. 14.4% of women who gave birth by cesarean section voluntarily, 24.4% for medical reasons Cakmak et al. reported these rates as 11.1% and 88.9%, Oner and Kocas, respectively. They found it to be 27.0% and more than 70%. In the study of Elkin, 73.1% of women who gave birth by cesarean section stated that they had a cesarean section for medical reasons and 35.8% for reasons arising from the baby before birth. In the study of Guler and Yanikkerem, 67.7% of women who gave birth by cesarean section stated that they preferred it because of an emergency, and 32.3% of them stated that they preferred it because of repeated cesarean section.

It is important to determine who is under the influence of women when choosing the mode of delivery or what factors affect the decision, in reducing the rates of cesarean section. Akyol et al. In his study, he stated that while determining the mode of delivery of women, 31.4% were under the influence of a physician and 10% were under the influence of their spouse or the environment. In the study of Guler and Yanikkerem, the participants stated that their spouses influenced the decision in determining the mode of delivery and stated that their spouses were in favor of normal birth at a rate of 39.8% and a cesarean section at a rate of 12.2%. Akyol et al. stated that 86% of women who preferred cesarean delivery were due to the planned and short duration. Guler and Yanikkerem stated that 49.4% of the participants would prefer normal delivery, and 50.6% of cesarean section Akyol et al. stated that the rate of cesarean section was 33% and 33% of the participants would prefer cesarean section due to fear of labor pain.



Cakmak et al., in their study, answered the question regarding the perception of cesarean delivery to the participants as 22.8% of the participants should be able to do it depending on the mother's request, and 69.6% of them should be done for medical reasons. In the study of Oner and Kocas, 79.3% of the participants who gave birth by cesarean section and 50.6% of Guler and Yanikkerem stated that they would give birth by cesarean section again in a possible delivery. 68.8% of the participants who had cesarean section stated that they were satisfied with the way of delivery and 82.9% of them stated that they did not experience any health problems after cesarean section.

D. Studies For University Students Studying in Health Departments

It is thought that determining the preferences of university students, who are seen as future health workers and mother candidates, regarding the mode of delivery is important for both themselves and the people they will serve. Four studies were found to determine the type of birth, possible preference and knowledge level of students who continue their education in the faculty of health sciences or health services vocational school.

Students need to have accurate and sufficient information about the normal delivery method in reducing the rate of cesarean section. Tektas et al., in their study, stated that the rate of participants who stated that the students would prefer the normal delivery method in the future as their choice of birth is 87.8%, this rate is 76.5% by Aksu and Ozsoy, and Doganer et al. It was found to be 84.5. In the Karaca and Koyuncu study, 82.4% of the participants emphasized that normal delivery should be preferred. In the study of Doganer et al., it was seen that the normal delivery method can change with education.

It is of great importance to reveal the level of knowledge of the students about cesarean section and their choice of delivery method in the future, in reducing the rates of cesarean sections. Tektas et al., in their study, stated that the rate of students who stated that they would like to have a cesarean section in the future was 9.4%, this rate was 7.2% in the study of Aksu and Ozsoy, Doganer et al. reported this rate as 15.5% was found. In the Karaca and Koyuncu study, 17.6% of the participants emphasized that cesarean delivery should be preferred. In the study of Doganer et al., it was seen that the perception of the cesarean delivery method can be reduced with education.

Determining the reasons for cesarean section preference and determining the deficiencies in this regard is important in terms of finding the right solution. In their study, Tektas et al., among the reasons for choosing a cesarean section, were 11.3% easier, 5.3% healthier for mother-baby health, 5.1% because of health problems and 4.7% due to date of birth. It has been seen that it is preferred to know beforehand. In the Karaca and Koyuncu study, among the reasons for choosing a cesarean section, 13.7% stated that they would prefer cesarean section because they thought that normal birth was long and painful, 11.8% thought that they could not give birth normally, and 7.8% thought that normal birth affects sexuality. In the Doganer et al., study, it was seen that 53.2% preferred cesarean section because they thought that normal delivery was long and painful.

It is thought that it will provide many benefits in terms of determining the reasons for preferring normal birth and improving the deficiencies in this area and reducing the cesarean section rates. In the Tektas et al., study, 86.6% of the participants, who stated that they would prefer normal birth, stated that it was a natural way for the health of the mother, 83.4%, and 78% found that the recovery process was quick and easy after birth. In the Karaca and Koyuncu study, 39.2% of the reasons for preferring normal birth were healthier, and 24.8% stated that they preferred it because of the faster recovery. In the Doganer et al., study, she stated that 60.3% of the reasons for preferring normal birth would prefer it because it was natural.



CONCLUSION, DISCUSSION AND RECOMMENDATIONS

For the resources allocated to health services to be used effectively and efficiently, it is necessary to determine the areas where unnecessary or incomplete resource allocation is made and to take corrective measures. Providing the right service has a great impact on achieving this goal. These services also include forms of birth. It is known that normal birth is more beneficial in terms of health and cesarean delivery is more costly than normal birth. In this respect, it is of great importance to reduce unnecessary or fearful cesarean births or at least raise awareness.

It was seen that 17 articles examined within the scope of this study were categorically directed toward healthcare professionals, pregnant women, women aged 18-49, and students studying in health departments. As a result, it has been seen that the fear of normal birth, medical reasons, the level of knowledge about the subject and the environmental effect are important factors. From this point of view, medical reasons and doctors' advice regarding the environmental impact are considered among the reasons that can be considered reasonable or not prevented. However, the fear of normal birth and the level of knowledge on the subject are seen as areas that can be intervened. In this respect, it is necessary to work in these two areas to reduce the cesarean section rates.

When performed for obstetric indications, cesarean section effectively reduces maternal and perinatal mortality and morbidity. However, there is no evidence to support the benefits of cesarean delivery in the absence of a clear medical indication (Lumbiganon et al., 2010; Vilar et al., 2007; Souza et al., 2010; Ruys et al., 2015). Although cesarean section is considered a safe procedure, it is associated with complications. Both pregnancy and cesarean delivery increase the risk of venous thromboembolism and stroke (James, 2009; Davie and O'Brien, 2008; Lin et al., 2008; Blondon et al., 2016). In this regard, it is evident that the notions of cesarean section being healthier or less risky are not reflective of reality.

On the other hand, many private hospitals prefer cesarean delivery to make a profit (Nahar et al., 2022). Furthermore, the reasons for higher rates of cesarean delivery in private facilities may include a decrease in trust in public hospitals, a shortage of specialist doctors and nurses, and inadequate health services (Ahmed et al., 2021; Jadoon et al., 2019). In this regard, public hospitals should be strengthened, and units related to obstetrics and gynecology should be reinforced. On the other hand, to prevent unnecessary cesarean sections, monitoring of private hospitals should be increased.

It is important to prevent the choice of optional cesarean section not for medical reasons and to convince the expectant mother. On the other hand, it is important to provide education to both health workers and expectant mothers about birth patterns. It is thought that it would be beneficial to implement awareness pieces of training and legal practices to ensure that healthcare professionals can act with this awareness. Systematic review and meta-analysis are important in terms of presenting evidence-based information. In this respect, it is thought that it would be beneficial to multiply such studies.

Conflict of Interest Statement: The authors declare that there is no conflict of interest in the study.

Financial Support: No funds, income or support was received from any person or institution in this study.

Ethical Declaration: Since the study was prepared from literature data, ethics committee permission or informed consent was not required.



REFERENCES

- Ahmed, F., Manik, M.M.R., and Hossain, M.J. (2021). Caesarian section (CS) delivery in Bangladesh: a nationally representative cross-sectional study. *PLoS One*, 16(7), e0254777.
- Aksu, H., and Ozsoy, S. (2015). Birth preferences of midwifery and nursing students and influencing factors. *Journal of Health Sciences*, 4(1), 44-48.
- Akyol, A., Gonen Yagci, S., and Tekirdag, A.İ. (2011). Comparison of birth type and characteristics of health personnel with those who are not health personnel. *JOPP Journal*, 3(2), 55-63.
- Bıyık, İ., and Aslan, M.M. (2020). The effect of education in pregnancy on fear of childbirth and cesarean section rates. *Kocaeli Med J*. 9(2), 77-82.
- Blondon, M., Casini, A., and Hoppe, K.K., et al. (2016). Risks of venousthromboembolism after cesarean sections: a meta-analysis. *Chest*, 150(3), 572-96.
- Cakmak, B., Arslan, S., and Nacar, M.C. (2014). Opinions of women on optional cesarean section. *Firat Med J*, 19(3), 122-125.
- Chen, M.M., & Hancock, H. (2012). Women's knowledge of options for birth after caesarean section. *Women Birth*, 25(3), 19-26.
- Davie, C.A., and O'Brien, P. (2008). Stroke and pregnancy. *J NeurolNeurosurg Psychiatry*, 79(3), 240-5.
- Doganer, G., Doganer, A., Duran, O., Tuna, M., Tezcan, S., and Turan, G. (2013). Determining the thoughts of students studying in health sciences about their birth type preferences. *Journal of the Turkish Society of Gynecology and Obstetrics*, 10, 31-36.
- Dogru, H.Y. (2017). Factors affecting women's opinions about mode of delivery. *Med Med J*, 32(4), 250-256.
- Elkin, N. (2016). Preferences for the mode of delivery and related factors of women aged 18-49 who applied to a family health center. *Anadolu Clinic*, 21(2), 119-28.
- Ergol, S., and Kurtuncu, M. (2014). Factors affecting the cesarean section preferences of women in a university hospital. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 26-34.
- Filiz, M. (2020). A systematic review of studies examining the relationship between leadership style and organizational commitment in health institutions. *Journal of the Faculty of Economics and Administrative Sciences of Dicle University*, 10(20), 276-96.
- Filiz, M. (2021). Educational and academic structure of the nursing department in Turkey. *Batman University Journal of Life Sciences*, 11(2), 78-95. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/buyasambid/issue/67359/1003411>.
- Filiz, M., and Karagoz, N. (2020). Perception of health personnel in determining the contribution of public hospital associations to the country's health policies [Example of Sivas province]. *Cumhuriyet University Journal of Economics and Administrative Sciences*, 21(1), 105-27.
- Gozukara, F., and Eroglu, K. (2008). Factors affecting the preferences of women who have given birth for the first time (primiparous). *Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 15(1), 32-46.
- Gozukara, F., Karapinar, O., Hakverdi, A.U., Kurt, R., and Demirkiran, G. (2016). Vaginal birth after cesarean section: a survey study in healthcare workers. *Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology Medicine*, 13(4), 151-153.
- Guler, E.S., and Yanikkerem, E. (2018). Women's thoughts about birth methods and vaginal birth after cesarean section. *Sted*, 7(1), 27-36.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Gur, E.B., Guluzar, A.T., Tatar, S., Oran, N., Yavuz, M.Y., Hepyılmaz, I. et al. (2014). Evaluation of high cesarean section rate in terms of obstetricians and midwives in Turkey. *Turkey Clinics J Gynecol Obst*, 24(2),71-79.
- Higgins, J.P., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. John Wiley and Sons.
- Jadoon, B., Mahaini, R., Gholbzouri, K. (2019). Determinants of over and underuse of caesarean births in the Eastern Mediterranean Region: an updated review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25(11), 837-46.
- James, A.H. (2009). Venous thromboembolism in pregnancy. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 29(3), 326-31.
- Karaca, P.P., and Koyuncu, R.G. (2015). Determining the thoughts of the students studying at the vocational school of health services about their birth type preferences. *Journal of İnonu University Vocational School of Health Services*, 3(1), 1-8.
- Karacam, Z. (2013). Systematic review methodology: a guide to preparing systematic reviews. *Dokuz Eylul University Faculty of Nursing Electronic Journal*, 6(1), 26-33.
- Liberati, A., Altman, G.D., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P.C., & Loanidis, J. (2009). The prisma statement for reporting systematic reviews and meta analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explantion and elaboration. *Ann Intern Med*. 15(4), 65- 94.
- Lin, S.Y., Hu, C.J., and Lin, H.C. (2008). Increased risk of stroke inpatients who undergo cesarean section delivery: anationwide population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 198(4), 391.e1–391.e7.
- Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., and Gulmezoglu, A.M. (2010). World health organization global survey on maternaland perinatal health research group, et al. Method ofdelivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*, 375(9713), 490-9.
- Lunny, C., Brennan, S.E., McDonald, S., & McKenzie, J.E. (2016). Evidence map of studies evaluating methods for conducting, interpreting and reporting overviews of systematic reviews of interventions: rationale and design. *Systematic Reviews*, 5(1), 1-8.
- Metin, H.T., Akyigit, E., and Guzel, F.E. (2020). Examination of nurses and midwives' preferences for delivery method; Bitlis example. *Journal of Women's Health Nursing*, 6(2), 87-100.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). Reprint-preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: the prisma statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873-480.
- Nahar, Z., Sohan, M.D., Hossain, M.D.J., and Islam, M.D.R. (2022). Unnecessary cesarean section delivery causes risk to both mother and baby: a commentary on pregnancy complications and women's health. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59. doi:10.1177/00469580221116004.
- Oner, S., and Kocas, F. (2016). The frequency of cesarean section and affecting factors in a group of women aged 18-49 in Mersin. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5), 401-407.
- Ruys, T.P., Roos-Hesselink, J.W., and Pijuan-Domenech, A., et al. (2015). Is a planned caesarean section in women withcardiac disease beneficial? *Heart*, 101(7), 530-6.
- Sarowar, M.G., Medin, E., & Gazi, R. (2010). Calculation of costs of pregnancy and puerperium-related care: experience from a hospital in a lowincome country. *J Health Popul Nutr*, 28(3), 264-272.
- Sayiner, F.D., Ozerdogan, N., Giray, S., Ozdemir, E., and Savcı, A. (2009). Factors affecting women's birth type preferences. *Journal of Perinatology*, 17(3), 104-112.
- Sonmez, C.I., and Sivashloğlu, A.A. (2019). Preference of delivery method of pregnant women and factors affecting them. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 369-376.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Souza, J.P., Gulmezoglu, A., and Lumbiganon, P. (2010). WHO global survey on maternal and perinatal health research group, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*, 8, 71.
- Tektas, E., Bozkurt, G., Ergin, E., and Sezgin, S. (2018). Birth type preferences of health sciences faculty students and influencing factors. *Cukurova Med J*, 43(1), 63-9.
- Victor, L. (2008). Systematic reviewing. *Social Research Update*, 54(1), 1-4.
- Villar, J., Carroli, G., and Zavaleta, N. (2007). World health organization 2005 global survey on maternal and perinatal health research group, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, 335(7628), 1025.
- Yanikkerem, E., and Cimen, E. (2017). Nurses' perspectives on delivery methods and vaginal delivery after cesarean section. *Manisa CBU Journal of Health Sciences Institute*, 4(1), 533-41.



SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI: PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ ÜZERİNDEN BİR ARAŞTIRMA*

USER FEES IN HEALTHCARE: A RESEARCH FROM STAKEHOLDER OPINIONS

Esra TOPÇUOĞLU

Yozgat Bozok Üniversitesi, esra.topcuoglu@gmail.com, orcid.org/0000-0002-1733-0132

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, fatih.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0595-4183

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (12.01.2023-20.04.2023)

Öz

Bu çalışma, sağlık sistemine ek kaynak yaratmak ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemek amacıyla sağlık hizmetleri finansmanında yararlanan kullanıcı katkıları konusunda paydaşların görüş ve önerilerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmada, veri toplama aracı olarak mülakat/görüşme türlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Çalışmada yer alan açık uçlu soruların değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmada, tümevarımsal içerik analizi yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcılar; kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık hizmetlerini engellemek amacıyla kullanıldığını, kullanıcı katkılarının uygun miktarlarda olduğunu ve kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine pozitif yönde etkisi olduğunu ifade eden görüşler bildirmişlerdir. Bu bulgular sonucunda kullanıcı katkılarının daha etkili ve verimli uygulanabilmesi için kullanıcı katkılarına yönelik kişilerin bilgi düzeyini artırıcı çalışmalar yapılması gerektiği söylenebilir. Bu kapsamda sağlık hizmeti kullanıcılarında bilinç düzeyinin artması için ilgili kurumlar tarafından konuyu açık bir şekilde anlatan broşürler dağıtılabılır ve özellikle kullanıcı katkılarını anlatan kamu spotları yayınlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kullanıcı katkıları, içerik analizi, görüşme

Abstract

This study was carried out in order to obtain the opinions and suggestions of the stakeholders on the user fees used in the financing of health services in order to create additional resources for the health system and to prevent unnecessary health service use. In the study, qualitative research method was used. In the qualitative research, semi-structured interview technique, one of the interview/interview types, was used as a data

* Bu çalışma, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında Esra TOPÇUOĞLU (2022) tarafından hazırlanan "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkılarına Yönelik Bir Araştırma" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

collection tool. Content analysis method was used in the evaluation of open-ended questions in the study. In this study, an inductive content analysis approach was used. As a result of the research, the participants; They stated that user contributions are used to prevent unnecessary health services, user contributions are in appropriate amounts, and user contributions have a positive effect on the development of health services. As a result of these findings, it can be said that studies should be carried out to increase the knowledge level of people regarding user fees in order to implement user contributions more effectively and efficiently. In this context, brochures explaining the issue clearly can be distributed by the relevant institutions in order to increase the level of awareness among health service users, and public service announcements can be published, especially describing user contributions.

Keywords: User fee, content analysis, interview

GİRİŞ

Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında yer alan kişilerin almış oldukları muayene, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerinin oluşturduğu sağlık harcamalarının sonucunda oluşan parasal bedeller için belirli miktarda yapmış oldukları ödemelerdir (Yıldırım, vd, 2011: 74). Kullanıcı katkıları; sağlık hizmetlerine yönelik kaynakların etkili ve verimli şekilde tahsis edilmesinde, sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyet ve eşitliğin sağlanmasında, gereksiz sağlık harcamalarının azaltılmasında ve sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında etkili olmaktadır (Dupas ve Nber, 2012: 3). Sağlık hizmetleri finansmanında yer alan kullanıcı katkıları yönteminin iki durum sonucunda kullanılması gerektiği savunulmaktadır. Birinci durum, sağlık hizmetlerine yönelik toplam harcamaların düşük olduğu ya da düşmeye başladığı zamanlarda kullanılmaktadır. Böyle bir durumda sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere var olan kaynakları artırmak için daha fazla para akışı sağlanmalıdır. İkinci durum ise ilk durumun tam tersi şeklinde seyreden durumlarda yani sağlık harcamalarının yüksek olduğu ya da hızla yükselişe geçtiği zamanlarda kullanılmaktadır. Bu durumda ise sağlık hizmetlerine olan gereksiz talepler azaltılarak verimlilik artırılmalı ve maliyetler azaltılmalıdır (Creese, 1997: 202).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri arasında yer alan kullanıcı katkılarına yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Dünya Bankası (DB) tarafından 1987 yılında yayımlanmış olan “Health Financing in Developing Countries: Agenda for Reform” isimli raporda kullanıcı katkıları konusuna yer verilmiş ve kullanıcı katkıları, ülkelerin sağlık politikalarının gündemine ilk olarak bu rapor ile birlikte girmeye başlamıştır. Dünya Bankası, ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanında yaşadıkları sorunların, yetersiz kaynakların, arza ve talebe yönelik beklenti ve eğilimlerin değişmesi için sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkılarının önemli ölçüde gerekli olduğunu vurgulamaktadır (World Bank, 1987: 25-26).

Sağlık hizmetlerinde maliyet kontrolü, katılım payı, maliyet sınırlama, arka kapıdan özelleştirme, birlikte ödeme, koyun postuna bürünmüş kurt, hastalık vergisi, eksik sigortalılık, çifte primlendirme ve kapsam derinliğini azaltan mekanizma olarak da adlandırılan “kullanıcı katkıları” sağlık hizmetlerine yönelik olan harcamaların belirli bir bölümünün sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından ödenmesi olarak tanımlanabilir. Doğrudan cepten ödemeler kapsamında yer alan kullanıcı katkıları yönteminde kişiler, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları durumda ortaya çıkan maddi bedelin belirli bir miktarını doğrudan kendi ceplerinden karşılamaktadır (Yıldırım vd., 2011: 74). Kullanıcı katkıları, kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için genel sağlık sigortalısı ya da bakımından sorumlu olduğu bireyler tarafından alınan sağlık hizmetleri karşılığında ödenecek olan katkı şeklinde tanımlanmaktadır (SSGSSK, 2006: madde 67). Başka bir tanıma göre kullanıcı katkıları ilaç, konsültasyon ve diğer sağlık hizmetlerini alabilmek için sağlık hizmeti kullanıcılarından zorunlu olarak alınan bedeldir (Thomason, 1994: 1105).

84

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(TOPÇUOĞLU, E. / ŞANTAŞ, F.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri finansmanı için gerekli kaynakların kıt olduğu ya da yeterli düzeyde finansman düzenlemeleri bulunmayan ülkelerde sağlık hizmetleri sunumunu etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde yönetmek, kamu sağlık hizmetlerinde oluşan finansal yükü özel sektöre kaydırmak, farklı gelir dağılımına sahip toplumlarda dezavantajlı olan grupların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, bireylere koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, finansman ve denetim fonksiyonlarını üstlenebilmek ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti finansmanı oluşturabilmek amacıyla ülkeler tarafından uygulanmaktadır (John, 2013: 196; Yıldırım vd., 2011: 72; Lagarde ve Palmer, 2008: 839; Gümüş vd., 2014: 180).

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında meydana gelen gereksiz kullanımları sınırlandırmak, sağlık hizmetlerine ek kaynak sağlamak ve gereksiz sağlık harcamalarını engellemek amacıyla çeşitli tedbirler alınmakta ve farklı önlemler için de araştırmalar yapılmaktadır. İlaç fiyatlarının düşürülmesi, global bütçeleme, referans fiyatlama, jenerik ilaç kullanımı, reçetelerin sınırlandırılması, SGK tarafından hekimlerin reçete yazım davranışlarının incelenmesi, teminat paketlerinin daraltılması gibi sağlık hizmetleri arzına yönelik tedbirlerin yanı sıra kullanıcı katkıları uygulaması yönteminin kullanılması ile birlikte talep yönlü önlemler de alınmaktadır. Türkiye’de GSS’nin uygulanmaya koyulması ile birlikte sağlık sisteminde kullanıcı katkıları yoğun bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır (Yıldırım, vd., 2011: 85). Türkiye sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları ilk olarak 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” isimli Kanun ile gündeme gelmiştir. Bu kanun kapsamında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği, sevk zincirine uyulduğu müddetçe muayene, tedavi ve ilaç bedellerinin ücretsiz bir şekilde karşılanacağı vurgulanmıştır (224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun [SHSHK], 1961: Madde 14).

Mevcut uygulamada sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek amacıyla genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla sorumlu olduğu bireyler tarafından ödenecek olan miktarı ifade eden kullanıcı katkısı, Türkiye sağlık sisteminde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Türkiye’de kullanıcı katkıları miktarının belirlenmesinden SGK sorumludur. Kullanıcı katkı miktarları; ayakta veya yatarak, ilaç kullanımı, tıbbi malzeme kullanımı ve yardımcı üreme yöntemlerinin kullanımında farklıdır. Bu bedel ayakta tedavi sunan sağlık hizmeti sunucusunun kamu ya da özel sektör olması durumuna göre değişik oranlarda alınmaktadır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’ne göre kullanıcı katkısı uygulanacak olan sağlık hizmetleri şunlardır (SGK, 2013):

- Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi kullanıcı katkıları,
- Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- Vücut dışı ortez ve protezler,
- Yardımcı üreme yöntemi tedavileri şeklindedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde etkisi olan paydaşların kullanıcı katkısı uygulaması konusundaki görüşlerini belirlemek, bu görüşler doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve Türkiye’nin bu yöndeki politikalarına ilişkin önerilerde bulunmak amaçlar arasındadır. Kullanıcı katkıları çeşitli gerekçelerle sağlık hizmeti finansmanında kendisine yer bulan uygulama olmaya başlamıştır. Ancak kullanıcı katkılarının oranının ne olması gerektiği, tüm ülke vatandaşlarından aynı miktarda alınmasının eşitliği sağlarken hakkaniyete aykırılık taşıdığı gibi konularda tartışmalar olmaktadır. Bu çalışmanın, Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde etkisi olan paydaşların kullanıcı katkıları hakkındaki görüşlerinin ve değerlendirmelerinin ortaya konulması açısından önem arz edeceği ve sağlık

politikalarının oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın literatüre katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmada konu ile doğrudan ilgili olduğu düşünülen 19 kişi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan kişiler kullanıcı katkıları ile ilgili bilgi sahibi olduğu düşünülen sağlık sektörünün farklı paydaşları arasından araştırmaya katılmayı kabul eden ve büyük çoğunluğu Ordu ilinde yer alan kişilerden oluşmuştur. Görüşme yapılan kişiler ve meslek grupları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Paydaşlar Ve Görüşme Yapılan Kişi Sayısı

Paydaşlar	Görüşülen Kişi Sayısı
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimi	1
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	1
Akademisyen	3
Devlet Hastanesi Başhekimi	1
Devlet Hastanesi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	1
Eczacı	2
Eczacılar Odası Başkanı	1
Eczacılar Odası Genel Sekreteri	1
İl Sağlık Müdürü	1
İlçe Belediye Başkanı	1
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı	1
Milletvekili	2
Özel Hastane Başhekimi	1
Özel Hastane Müdürü	1
Tabipler Odası Başkanı	1
Toplam	19

Araştırmaya katılan kişiler, paydaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. Buna göre politika yapıcı grupta milletvekili, ilçe belediye başkanı ve akademisyenler yer almaktadır. Hizmet sunucular ise; eczacı, başhekim, hastane yöneticisi vb. kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların isimlerinin gizli kalması ve herhangi bir çekince yaşamadan düşüncelerini ifade edebilmeleri için katılımcılara “K1, K2...” şeklinde kod ismi verilmiştir. Araştırmada; kişisel bilgilerin korunmasına özen gösterilmiş, görüşmeler sırasında katılımcıların görüşlerini rahatça ifade edebilmeleri için önlemler alınmıştır. Araştırmacı tarafından görüşleri alınan gönüllülerin ifade etmiş oldukları düşüncelere hiçbir şekilde müdahale edilmemiş ve herhangi bir şekilde yönlendirme yapılmamıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak mülakat/görüşme türlerinden olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından alanyazın incelenerek görüşme soruları hazırlanmıştır. Hazırlanan sorular, üç uzman tarafından değerlendirilmiş ve soruların kapsam ve yeterliğine ilişkin görüş alınmıştır. Bu doğrultuda altı açık uçlu soru oluşturulmuştur. Görüşme formunda yer alan sorular şu şekildedir:

1. Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması olmalı mıdır?
2. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kullanıcı katkı oranları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
3. Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınıyor olması hususundaki düşünceleriniz nelerdir?
4. Sizce kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilebilir?

5. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemekte midir? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?
6. Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirmeleriniz nelerdir?

Verilerin Analizi

Çalışmada yer alan açık uçlu soruların değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde tümdengelim veya tümevarım yoluyla oluşturulmuş kod listeleri kullanılarak veriler özetlenmektedir (Sütcü vd., 2022). Bu çalışmada, tümevarımsal yaklaşım kullanılmıştır. Bu işlem kodlama, kategori oluşturma ve özetleme aşamalarını içerir. Yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen veriler her bir katılımcı için ayrı dosya olacak şekilde Word belgesi olarak hazırlanmıştır. Çalışmada içerik analizi için görüşme sonucunda elde edilen veriler dâhilinde bir kodlama listesi oluşturulmuş ve bu kodlama listesine göre temalar oluşturulmuştur. Bu çalışmada kelimeler, sözcükler veya cümleler gerekli kodlara aktarılmış ve böylece sayı ve yüzdelerin ortaya çıkarılması sağlanmıştır. İçerik analizi doğrultusunda sorulara verilen yanıtlarda benzerlik ve farklı görüşler ortaya konulmaya çalışılmış ve ek olarak çalışma kapsamında yer alan paydaşların dikkat çekici ve önemli yanıtlarına çalışmada aynen yer verilmiştir.

Etik İzin

Araştırmanın yapılabilmesi için 16119052-199-E.29886 sayılı ve 24.11.2020 tarihli Etik Komisyonu onayı alınmıştır.

BULGULAR

İçerik analizi neticesinde ortaya çıkan temalar ve görüşler şu şekildedir:

1. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanmalı mıdır?

Katılımcılar sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısı olup olmaması hususunda farklı görüşler bildirmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,21) sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulamasının olması gerektiğini ifade etmiştir. Kullanıcı katkısının olması gerektiğini ifade eden katılımcıların büyük çoğunluğu (%26,33) ise kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanması gerektiğini söylemiştir. Ayrıca kullanıcı katkılarının sağlık hizmeti sunucuları açısından daha kaliteli hizmet vermeleri, sağlık hizmeti kullanıcıları açısından ise daha değerli bir hizmet alımı için ve sağlık hizmetlerine ek finans sağlanması açısından uygulanması gereken doğru bir yöntem olduğunu belirten görüşler de ifade etmişlerdir. Kullanıcı katkısının uygulanmaması gerektiğini ifade eden katılımcılar (15,78) ise, kullanıcı katkılarının anlamsız bir uygulama olduğunu, tüm vatandaşların GSS kapsamında olduğu ve sağlık hizmetleri için prim ödediklerinden kullanıcı katkısını ödememeleri gerektiğini ayrıca bu uygulamanın kişileri informal ödeme yapmaya yönelttiğini ifade eden görüşler bildirmişlerdir.

Tablo 2. “Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkıları Uygulaması” Kategorisine İlişkin Paydaş Görüşleri

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması olmalı mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	16	84,22
Gereksiz sağlık hizmeti kullanımı önler	5	26,33
Değerli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu sağlar	2	10,53
Sağlık hizmetleri finansmanına katkı sağlar	2	10,53
Sağlık hizmetlerine olan yoğunluğu azaltır	2	10,53
Sağlık hizmetlerine pozitif yönde etki eder	1	5,26
Sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlar	1	5,26
Sağlık hizmetlerinin kontrollü ve doğru kullanımı sağlar	1	5,26
İnformal ödemeleri önler	1	5,26
Doğal sevk sistemini uygulamayı sağlar	1	5,26
Hayır	3	15,78
Anlamsız bir uygulamadır	1	5,26
İnformal ödemelere yönelim olabilir	1	5,26
Sağlık hizmetleri ücretsiz sağlanmalıdır	1	5,26
Toplam	19	100,0

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısı uygulaması ile ilgili olarak katılımcıların değerlendirmeleri aşağıda yer almaktadır:

“Kesinlikle olmalıdır. Kullanıcı katkıları uygulanmazsa sağlık hizmetlerine erişim daha kolay olacağı için kıymeti bilinmez. Sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanılmasına sebep olabilir. Bu doğrultuda kullanıcı katkılarının uygulanması reel sağlık harcamalarını azaltarak sağlık hizmetleri finansmanına pozitif yönde bir etki sağlar” (K2, Y;50).

“Olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması gereksiz sağlık hizmetleri kullanımına sebep olur. Gerçekten hasta olanların sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmesi açısından kullanıcı katkıları caydırıcı bir uygulamadır” (K3, Y; 41).

“Olmalıdır. Belirli bir bedel ödendiği için hem sağlık hizmeti kullanıcıları hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından karşılıklı olarak daha iyi hizmet akışı sağlanır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetinin kalitesini artırır. Ayrıca kullanıcı katkılarının uygulanması, sağlık hizmetlerine yönelik olan gereksiz talebi önlemektedir” (K8, Y; 66).

“Olmalıdır. Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engelleyici ve kısıtlayıcı bir güçtür. Özellikle gereksiz yere yapılan ilaç yazımını ve kullanımını engellemektedir” (G9, Y; 44).

“Olmamalıdır. Sağlık hizmetleri politikamız ve yönetimimiz tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunabilecek bir güçtedir. Bu nedenle kullanıcı katkıları anlamsız bir uygulamadır. Kullanıcı katkıları uygulamasıyla birlikte kapsam dışında kalan ilaç ve sağlık hizmetlerinin olması kişileri informal ödemeler yapmaya yöneltebilir” (K10, Y; 47).

“Kesinlikle olmalıdır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımında caydırıcı bir güç olmanın yanı sıra özellikle başkaları adına ilaç yazılmasını önlediği için informal ödemeleri de engellemektedir. Kullanıcı katkısı uygulamaları hasta bazında değil ilaç alım bazında olmalı, kronik ilaçları değil akut tedavide kullanılan ilaçları içermelidir” (K11, Y; 43).

“Olmalıdır. Kullanıcı katkılarının uygulanması gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemektedir. Kullanıcı katkıları sevk sisteminin doğal olarak uygulanmasını sağlar ve gereksiz sağlık hizmetleri talebini azaltır” (K12, Y; 62).

“Olmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumu pahalı bir hizmettir. Bu sebepten kesinlikle kullanıcı katkıları alınmalı ve sağlık hizmeti kullanıcıları sağlık hizmetleri için gerekli olan finansmana katkı sağlamalıdır” (K19, Y; 56).

2. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kullanıcı katkı oranları uygun miktarda mıdır?

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde uygulanan kullanıcı katkı oranları hakkındaki görüşleri farklılık göstermektedir. Çoğunluğu oluşturan görüş (%47,36), kullanıcı katkı oranlarının uygun olduğu yönündedir. Katılımcıların %21,06’sı kullanıcı katkı oranlarını az bulduğunu ve yükseltilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %21,06’sı kullanıcı katkı oranlarının yüksek olduğunu ve kullanıcı katkı oranlarının kişilerin gelir durumları ile orantılı olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %10,52’si ise kullanıcı katkı oranlarının kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir.

Tablo 3. “Kullanıcı Katkı Oranları” Kategorisine İlişkin Paydaş Görüşleri

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kullanıcı katkı oranları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Uygun buluyorum	9	47,36
Az buluyorum	4	21,06
Fazla buluyorum	4	21,06
Kullanıcı katkıları olmamalı	2	10,52
Toplam	19	100.0

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde uygulanan mevcut kullanıcı katkısı oranları hakkındaki görüşleri, önerileri ve değerlendirmeleri aşağıdaki gibidir:

“Sağlık hizmetine olan ihtiyaca ve kişilerin gelir durumlarına göre ücret ödenmesi gerekir. Estetik ve temel hayati fonksiyonları etkilemeyen sağlık hizmeti taleplerinde kullanıcı katkı payları gelirle orantılı olacak şekilde yükseltilmelidir” (K2, Y;51).

“Kullanıcı katkı oranlarını çok az buluyorum. Gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçilmesi açısından mevcut miktarları caydırıcı bulmuyorum ve oranların yükseltilmesi gerektiğini düşünüyorum” (K3, Y;41).

“Farklı gelir düzeylerine göre cüzi miktarlarda kullanıcı katkı oranları uygulaması olmalıdır (aşgari ücretle çalışanlar ile işsizlerden, işe girmemiş olanlar (örneğin öğrenciler) uygulamanın dışında tutulmalı). Ancak oranlar zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, vs.) olanlardan daha yüksek düzeylerde alınacak şekilde olmalıdır. Yüksek ücret alanlardan yüksek katkı payı sağlanmalıdır” (K5, Y; 45).

“Kişilerin gelir durumları göz önüne alındığında kullanıcı katkı oranlarını uygun buluyorum” (K8, Y; 66).

“Kamu hastaneleri için ödenen kullanıcı katkı oranları uygundur ancak özel hastanelere ödenen kullanıcı katkı oranları açık bir şekilde ifade edilmelidir. Sağlık hizmeti kullanıcıları hem hastaneye hem de eczaneye ayrı ödeme yaptıkları için eczacılar açısından problemler yaşanmaktadır. İlaçlardan alınan fiyat farkı kaldırılmalıdır. Üreme yöntemi tedavileri için alınan kullanıcı katkı oranlarının fiyatı yüksektir, daha uygun bir oranla yeniden bir fiyat düzenlemesi yapılmalıdır” (K9, Y; 44).

“Sosyal devletin bir gereği olarak sağlık ücretsiz olmalıdır. Dolayısıyla mevcut uygulama fiyatları hiç olmamalı, sağlık hizmetleri tamamıyla ücretsiz olmalıdır” (K10, Y;47).

“Kullanıcı katkı oranlarını fazla bulmaktayım. Kullanıcı katkı oranlarının çeşitliliği azaltılarak tek bir isim altında standartlaştırılmalıdır. Kişilerin gelir durumları saptanarak kullanıcı katkı miktarı belirlenmelidir” (K11, Y; 43).

“Kullanıcı katkı oranları düşüktür. Amacına tam anlamıyla hizmet etmesi açısından ve daha kaliteli bir hizmet sunulması açısından kullanıcı katkı oranlarının yükseltilmesi gerekmektedir” (K12, Y; 62).

“Kullanıcı katkı oranları bakıldığında düşükmüş gibi görünse bile kişilerin gelir düzeyleri farklılık gösterdiği için bazı dezavantajlı gruplara yüksek miktarda gelebilir. Bu sebeple kullanıcı katkı oranları gelir düzeyine göre belirlenmelidir” (K13, Y; 31).

“Mevcut kullanıcı katkı oranları için normal bir ücret belirlenmiştir. Hastalık grupları dikkate alınarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aksatan kişiler daha fazla katkı oranı ödemelidir” (K14, Y; 42).

“Özellikle sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan teknolojik alet ve cihazlar yurt dışından ithal edilmektedir. Çok pahalı olan sağlık hizmetlerinin sunumu asla ücretsiz olamaz dolayısıyla mevcut kullanıcı katkı oranları yetersizdir. Sağlık hizmeti kullanıcıları da finansmana önemli ölçüde destek olmalıdır. Kullanıcı katkı oranları yükseltilmelidir” (K19, Y; 56).

3. Kişilerin gelir düzeyi saptanarak kullanıcı katkısı miktarı belirlenmeli midir?

Katılımcılar farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınması hususundaki düşüncelerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %42,12’sini oluşturan büyük bir kısmı kullanıcı katkı miktarlarının kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olacak şekilde belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %21,06’sı herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının yanlış ve hatalı bir uygulama olduğunu belirtirken %15,8’i bu uygulamanın doğru olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %10,52’si aynı sağlık hizmeti sağlanması sebebiyle kişilerden aynı oranda kullanıcı katkı miktarı alınmasını sağlıkta eşitlik ve adaletli olma ilkesi açısından doğru bir uygulama olduğunu belirten görüşler bildirirken katılımcılardan biri bu uygulamayı yanlış bulup hiç kimseden kullanıcı katkısı alınmaması hususunda görüş bildirmiştir. Başka bir katılımcı ise kullanıcı katkı miktarlarının kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmesi gerektiğini, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine özen göstermeyen kişilerin daha fazla kullanıcı katkı miktarı ödemesi gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 4. “Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınması” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınmaması hususundaki düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Gelir durumları dikkate alınmalıdır	8	42.12
Yanlış ve hatalı bir uygulamadır	4	21.06
Doğru bir uygulamadır	3	15.78
Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmelidir	1	5.26
Eşitlik ilkesine uygun bir uygulamadır	1	5.26
Adaletli bir uygulamadır	1	5.26
Hiç kimseden alınmamalıdır	1	5.26
Toplam	19	100.0

Katılımcıların farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınması hususundaki görüşleri, önerileri ve değerlendirmeleri şöyledir:



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

“Kullanıcı katkı tutarları gelirden bağımsız olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmelidir. Kişinin sağlık hizmeti alma sebebi kendi ihmalinden kaynaklanıyor ise kullanıcı katkısı ödemeli kaynaklanmıyor ise sağlık hizmeti ücretsiz olmalıdır. Örneğin; Dişlerine iyi bakan ile bakmayan kişilerin aynı kullanıcı katkı miktarını ödemesi doğru değildir” (K1, Y; 50).

“Farklı gelir gruplarından aynı miktarda kullanıcı katkısı alınıyor olması doğru bir uygulama değildir. Kişilerin ödemesi gereken kullanıcı katkı miktarı aylık net gelirleri üzerinden hesaplanmalıdır. Kişilerin vergi gruplarına göre ödeyecekleri kullanıcı katkı oranları güncellenebilir” (K2, Y; 51).

“Gelir düzeyi meselesi hem dinamik hem de kolay denetlenebilecek bir değişken değildir. Gelir düzeylerine göre kullanıcı katkılarını ayarlamak işi zorlaştırır, sistemi daha karmaşık bir hale getirebilir. Toplumun genel ortalaması (alt gelir gruplarının zorlanmayacağı) üzerinden oranlama yapılmalı ancak alt gelir gruplarından ödemeyecek durumda olanlara dair bir düzenleme yapılabilir” (K4, Y; 42).

“Kişilerin gelir durumları göz önüne alınarak tutarlar belirlenmelidir. Düşük gelir seviyesinde yer alan kişilere pozitif ayrımcılık yapılabilir. Ancak çok fazla dezavantajlı grupların kullanıcı katkılarında muaf tutulması, bu hususta suiistimallere sebep olabilir. Bu sebepten gelir düzeyleri net ve doğru bir şekilde belirlenmelidir. Sağlık hizmetlerinde adalet tam anlamıyla sağlanmalıdır” (K8, Y; 66).

“Sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine uygun olarak yapılan bir uygulamadır. Kişiler aynı sağlık hizmetlerini aldıkları için ödemesi gereken miktarların da eşit olması gerekir” (K9, Y; 44).

“Yanlış bir uygulamadır. Kişilerin gelir düzeyleri göz önüne alınarak ödeme yöntemleri geliştirilmelidir. Gelir düzeylerinin saptanması zor ve karmaşık bir işlem olacağı için sağlık hizmetlerinin tamamıyla ücretsiz olması, kullanıcı katkı oranı alınmaması daha doğru bir uygulama olacaktır” (K10, Y; 47).

“Alınan sağlık hizmetleri aynı olduğu için ödenmesi gereken kullanıcı katkı oranları da eşit değildir. Kişilerin gelir düzeylerine göre ödeme yapması çok karmaşık ve zor bir uygulama olacağı için cüzi bir miktar belirlenmeli ve tüm vatandaşlar kullanıcı katkı payı ödemelidir” (K12, Y; 62).

“Kullanıcı katkılarında en fazla dar gelirli vatandaşlar etkilenmektedir. Dar gelirli vatandaşlarımız kullanıcı katkısı ödeyemediklerinden sağlık kuruluşlarına başvuramamakta, kronik rahatsızlıkları için kullanmaları gereken ilaçlara ulaşamamaktadırlar. Bu açıdan her ne kadar vatandaşın kullanıcı katkısı almak yanlış olsa da dar gelirli vatandaşın kullanıcı katkısı almak daha büyük bir yanlıştır” (K16, Y; 70).

“Eşitlik ilkesine uygun bir uygulamadır. Kişilerin özel ya da kamu hastanelerine başvurmaları ve farklı kullanıcı katkı payları ödemeleri kendi tercihlerine bırakılmıştır” (K18, Y; 54).

4. Mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı gruplar dâhil edilerek uygulamanın kapsamı genişletilmeli midir?

Katılımcılar, kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik geliştirilebilecek koruma mekanizmaları hususunda görüşlerini ifade etmişlerdir. Görüşler doğrultusunda en fazla ifade edilen düşünce %42,12’lik bir oranla mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı grupların dâhil edilmesi ve uygulamanın bu yönde geliştirilmesi şeklinde olmuştur. Katılımcıların %21,6’sı kullanıcı katkılarında uygulanmakta olan mevcut koruma mekanizmasının yeterli olduğunu ifade etmiştir. %15,78 oranında katılımcı muaf gruplar ya da koruma mekanizmaları yaratmak yerine herkesin ödeyebileceği bir miktar belirlenmesi gerektiğini ifade eden görüş bildirmişlerdir. %10,52

oranında katılımcı, kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olacak şekilde kullanıcı katkısının herkesten alınması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 5. “Kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilmeli” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilmelidir?	Sayı	Yüzde
Dezavantajlı Gruplar muaf tutulmalıdır	8	42,12
Mevcut uygulama yeterlidir	4	21,06
Muaf grup yaratmak yerine uygun miktar belirlenmeli herkes ödemelidir	3	15,78
Gelir düzeyine göre ücret alınmalıdır	2	10,52
Sağlıkta şiddete başvuran ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetini aksatan kişiler daha fazla ödemelidir	1	5,26
Kullanıcı katkıları hiç alınmamalıdır	1	5,26
Toplam	19	100,0

Katılımcıların kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik olarak geliştirilebilecek muafiyet mekanizmaları hususundaki düşünceleri, değerlendirmeleri ve önerileri aşağıdaki gibidir:

“Mevcut sistemde uygulanan koruma mekanizmaları yeterlidir. Özellikle Yeşil Kart bünyesinde yer alan kişilerle birlikte gelir durumu düşük olan kişiler koruma altına alınmaktadır” (K1, Y; 50).

“Engelliler, şehit ve gazi yakınları, belirli gelir seviyesinin altındakiler gibi dezavantajlı gruplar kullanıcı katkılarından muaf tutulmalıdır” (K2, Y; 51).

“Kişiler gelir testine tabi tutulmalıdır. Dezavantajlı gruplar gelir testi sonucuna göre belirlenmelidir. Örneğin; engellik dezavantajlı gruplar içerisinde yer alır fakat gelir durumu yüksek ise dezavantajlı grup olarak görülmemelidir. Kişiler yaklaşık bir yıl gibi bir süre içerisinde takip edilmeli ve ödeme yapma durumlarına göre gruplandırılmalıdır. Dezavantajlı gruplar içerisinde olan kişiler içinde belirli süreler içerisinde denetlemeler yapılmalı ve böylelikle dezavantajlı gruplar doğru tespit edilip adaletli bir koruma mekanizması geliştirilmelidir” (K3, Y; 41).

“Asgari ücret ile geçinenler, işsizler ve öğrenciler gibi grupların katkıları devlet bütçesinden karşılanmalı, yoksul ve kronik hastalıklara, kansere hastalıklarına sahip olanlar muaf tutulmalı, sağlık sektöründe kamu hastanelerinin rekabet edecek hizmet anlayışı ile vatandaşın cepten ekstra harcama yaparak özel sektöre gidişi engellenmelidir” (K4, Y; 42).

“Bu konuda yürürlükte olan kullanıcı katkısı uygulamasının yeterli olduğunu düşünüyorum” (K7, Y; 52).

“Belirli bir gelir seviyesinin altında yer alan kişilerden kullanıcı katkısı alınmamalıdır. Kullanıcı katkısı alınmaması gereken ilaçların sayısı artırılmalı ve ilaç fiyat farkları tamamen kaldırılmalıdır.” (K8, Y; 66).

“Tüm kronik hastalıkların ilaçları kullanıcı katkısı alınmadan ücretsiz olarak karşılanmalıdır. Sık gidilen ve tedavi süreci uzun olan sağlık hizmetlerinden dolayı oluşan kullanıcı katkısı ödemesi tek sefer olacak şekilde düzenlenmelidir” (K9, Y; 44).

“Sosyal devletin bir gereği olarak sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz olmalı herhangi bir katkı payı alınmamalıdır. Kullanıcı katkıları sadece ilaçlar için alınmalı ve bu miktarlar kişilerin gelir seviyesi saptanarak belirlenmelidir. Hiç geliri olmayan kişilerin ilaçlara erişimi devlet tarafından ilgili bakanlıklar aracılığı ile sağlanmalıdır” (K10, 47).

“Sadece ilaçlar için kullanıcı katkısı ödenmelidir. Ve bu oran %10’u geçmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca kullanıcı katkılarından muaf gruplar yaratmak yerine herkesin ödeyebileceği tek tip bir kullanıcı katkısı oluşturulmalı ve cüzi bir miktarda ücreti belirlenmelidir. Muaf grupların yaratılması özellikle ilaç alımında kişileri başkaları üzerinden ilaç yazdırılarak informal ödemelere yönlendirebilir” (K11, Y; 43).

“Herkes kullanıcı katkısı ödemelidir. Gelir durumu olmayan ve ödeme güçlüğü çeken kişiler devletin ilgili bakanlıkları aracılığı ile ödemeleri yapılmalıdır” (K12, Y; 62).

“Engelliler, kolluk görevlileri, çocuklar ve sağlık çalışanları kullanıcı katkılarından muaf tutulmalıdır. Ayrıca, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aksatan ve önemsemeyen bu sebepten sağlık hizmetine başvuran kişilerden ve sağlıkta şiddete başvuran kişilerden suçu ile ilgili bedeli ödendikten sonra sağlık hizmetlerine başvurduğunda daha fazla kullanıcı katkı ücreti alınmalıdır” (K14, Y; 42).

“Gelir seviyesi temel alınarak ödeme şekli oluşturulmalıdır. Belirli bir gelir seviyesi belirlenip altında ve üstünde yer alan kişilere iki farklı ücret oluşturulmalıdır. Fakat bu miktarlar arasında çok büyük bir fark olmamalıdır” (K15, Y; 48).

“Sağlık gibi hayati bir konuda tüm hizmetlerin vatandaşa eşit, kaliteli ve yeterli bir şekilde sağlanması gerekir. Kullanıcı katkılarının her vatandaşın alınması sağlık hizmetine ulaşılabilirliği engellemektedir. Bu bağlamda kullanıcı katkılarının prensipleri net bir şekilde ortaya konularak, yoksul, yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerden kullanıcı katkısı alınmamasını sağlayan mekanizmalar devreye sokulmalıdır” (K16, Y; 70).

5. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde etkisi vardır mıdır?

Genel anlamda katılımcılar; kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu etkisi, olumsuz etkisi, olumlu ve olumsuz etkisi ve etkisi olmadığı şeklindeki görüşlerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%57,90), kullanıcı katkısı uygulamasının kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumu, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemesi, sağlık hizmetlerine olan bilinç düzeyini artırması, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmesi, sağlık hizmetlerine ek finans sağlama, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltması, informal ödemelerin önüne geçilmesi ve gereksiz ilaç kullanımını engellemesi gibi hususlarda etkisinin olduğunu belirterek kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde etkisi olduğu görüşünü ifade etmişlerdir. Katılımcıların %21,06’sı kullanıcı katkılarının belirsiz olması, herhangi bir caydırıcılığının olmaması ve nerelere kullanıldığının tam olarak açıklanmaması gibi sebeplerden kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %15,78’i ise kullanıcı katkılarının gereksiz ilaç yazımı ve kullanılmasının önüne geçilmesinde etkili olduğunu ancak kullanıcı katkıları uygulamasında ne kadar ücret toplandığı, toplanan ücretlerin nerelere harcandığı gibi hususlarda şeffaflık olmadığı, kişilerin bu hususlarda bilgilendirilmediği gibi sebeplerden sağlık hizmetlerinin gelişimini hem olumlu yönden hem de olumsuz yönden etkilediğini ifade etmiştir.

Tablo 6. “Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemesi” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemekte midir? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Olumlu yönde etkilemektedir	11	57,90
Olumsuz yönde etkilemektedir	4	21,06
Olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir	3	15,78
Etkisi yoktur	1	5,26



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Toplam	19	100.0
---------------	-----------	--------------

Kullanıcı katkısının sağlık hizmetlerinin gelişimine etkisinin olup olmadığı, eğer etkiliyse ise hangi yönlerden ve nasıl etkilendiğine ilişkin katılımcıların düşünceleri ve önerileri şöyledir:

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine yönelik olumlu etkilerinin olduğunu belirten katılımcıların önerileri:

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini pozitif yönde etkilemektedir. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebi azaltmaktadır. Kişilere sağlıklarını koruması adına bilinç sağlamakta ve koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmektedir” (K1, Y; 50).

“Kesinlikle etkilemektedir. Gereksiz sağlık hizmetleri kullanımı azaltmakta ve dolayısıyla sağlık kurumlarının yoğunluğunun azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısı uygulanması daha kaliteli bir sağlık hizmet sunumu sağlamaktadır” (K2, Y; 51).

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Bu uygulama ile sağlık hizmetleri finansmanına önemli ölçüde kaynak sağlanmaktadır. Özellikle ilaçlardan alınan kullanıcı katkı payları gereksiz ilaç kullanımı azaltmaktadır. Ayrıca kullanıcı katkıları, rasyonel ilaç kullanımına yardımcı olmaktadır” (K8, Y; 66).

“Etkilemektedir. Sağlık hizmetlerine finans sağlaması açısından çok önemli bir uygulamadır. Kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri talebini azaltmaktadır. Ayrıca, kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek bazı yasa dışı davranışların önüne geçilmesinde etkilidir” (K9, Y; 44).

“Olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için finans sağlamaktadır. Ayrıca; kullanıcı katkı miktarlarının yüksek olduğunu düşünen kişiler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini daha özenli ve dikkatli uygulayarak daha az sağlık hizmeti talebi yaratmış olurlar. Böylelikle kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçilmesine ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkı sağlamış olur” (K14, Y; 42).

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine yönelik olumsuz etkilerinin olduğunu belirten katılımcıların önerileri:

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimi etkilememektedir. Bu uygulamanın herhangi bir caydırıcılığı yoktur. Bu hususta sağlık hizmeti kullanıcılarının bilgi düzeyi oldukça azdır. Bilgi düzeyi az olduğu için doğru sağlık hizmeti kullanımı sağlamamakta ve doğal sevk zinciri kullanımını devreye geçirememektedir” (K3, Y; 41).

“Genel anlamda kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilememektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bir ülkede kişiler ödemelerinin nerelere gittiğini bilmedikleri için haliyle sistemin gelişimine bir etkileri bulunmamaktadır. Kullanıcı katkısının sağlık hizmetleri gelişimine olan olumlu etkisi gereksiz ilaç kullanımının engellenmesine sağlamış olduğu katkıdır” (K11, Y; 43). “Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilememektedir. T.C Sağlık Bakanlığı ve OECD 2019 yılı verilerinde “Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Uluslar Arası Karşılaştırması” incelendiğinde Türkiye %4,3 ile son sırada yer almaktadır. OECD ortalaması ise %8,8’dir. Vatandaşın ekstra kullanıcı katkısı alınmasına rağmen, Türkiye son yıllarda OECD ülkeleri arasında son sıradaki yerini korumaktadır” (K16, Y; 70).

“Kullanıcı katkı oranları çok az miktarda olduğu için gereksiz sağlık kullanımının önüne geçilememektedir. Bu sebepten kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilemek için kullanıcı katkı miktarlarının daha yüksek miktarlarda olması gerekir” (K17, Y; 49).

“Ülkemizde adaletli bir sağlık sistemi olmadığı için olumsuz yönde etkilemektedir. Kullanıcı katkılarının sistem içerisinde nerelerde kullanıldığı net olarak belirtilmelidir. İyi bir sağlık hizmeti finansmanı olarak bilinen kullanıcı katkılarının yıl bazında toplamda ne kadar olduğu belirtilmelidir ancak o zaman sağlık hizmetlerinin gelişimini ne ölçüde etkilediği açık bir şekilde belirtilebilir” (K19, Y; 56).

6. Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarının kapsamı genişletilmeli, konu hakkında bilgi düzeyi artırılmalı ve daha fazla ücret alınmalı mıdır?

Katılımcılar, Türkiye’de uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkılarının değerlendirilmesine yönelik düşüncelerini ifade etmiştir. Buna göre katılımcıların %21,06’sı uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkısı yönteminin yeterli olmadığını, ödeme yapılan miktarın ve ödeyecek kişilerin yeniden düzenlenerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %21,06’sı uygulamanın sağlık hizmetleri finansmanı açısından faydalı olduğunu ancak sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını, uygulamanın daha verimli, etkin ve doğru kullanılması için kişilerin bu hususta bilgilendirilmesi gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir. Katılımcıların %10,52’si uygulamanın yeterli ve kullanıcı katkı oranlarının kişilerin ödeyebileceği miktarda olduğunu ifade ederken %21,06 oranında katılımcı ise kullanıcı katkısı oranlarının caydırıcı nitelikte olmadığını, yöntemin doğru kullanılması için ücretlerin artırılması gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir.

Tablo 7. “Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirme” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirmeleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Kapsamın genişliği artırılmalıdır	4	21,06
Bilgi düzeyi artırılmalıdır	4	21,06
Kullanıcı katkılarının miktarı artırılmalıdır	4	21,06
Yeterli ve uygun ücretli bir uygulamadır	2	10,52
Koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmeyenlerden daha fazla ücret alınmalıdır	1	5,26
Gelir düzeyine göre kullanıcı katkısı alınmalıdır	1	5,26
Kullanıcı katkıları uygulamasında şeffaflık olmalıdır	1	5,26
Akademik çalışmalara önem verilmelidir	1	5,26
Yöntem amacına uygun hizmet etmelidir	1	5,26
Toplam	19	100.0

Katılımcıların Türkiye’de uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkısına yönelik genel değerlendirmeleri, düşünceleri ve önerileri şöyledir:

“Kullanıcı katkı sisteminin daha da geliştirilmesi gerekmektedir. Özellikle kişinin değiştirebileceği sağlık sonuçları bakımından kullanıcı katkı oranları oluşturulmalıdır. Hastalık teşhis ve tedavi sırasında özellikle kişiden kaynaklanan kötü yaşam şekli, sigara ve alkol bağımlılığı, kişisel bakımına özen göstermeme gibi sebeplerden oluşan sağlık sorunlarına yönelik tespitler yapılmalı ve bu kişilerden daha fazla kullanıcı katkısı ücreti alınmalıdır” (G1, Y; 50).

“Kullanıcı katkılarını destekliyorum. İnsanın genel sağlık problemi dışındaki sağlık hizmetleri ihtiyaçlarından doğan katkı ücretleri gelire ilişkili olacak şekilde yükseltilmelidir. Önlenabilir hastalıklarda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmeyen kişilere kullanıcı katkı oranları diğer kişilere göre daha yüksek olmalıdır. Ayrıca ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanıcı katkı paylarının diğer hizmetlere göre daha yüksek olması gerekmektedir” (G2, Y; 51).

“Sağlık hizmeti kullanıcılarının kullanıcı katkısı konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdir. Sistemin daha iyi ve amacına uygun işlemesi açısından öncelikle kişilerin bilgi düzeyleri artırılmalıdır. 2005 tarihinde kaldırılan sevk zinciri geri gelmeli ve kullanıcı katkıları ile desteklenerek uygulanmaya konulmalıdır” (G3, Y; 41).

“Hasta ile sağlıklı olanı seçmek açısından gerekli olan bir uygulamadır. Bu uygulama gereksiz ilaç ve sağlık hizmeti kullanımı engellenmektedir. Muayene katılım paylarının eczaneler aracılığı ile alınması hastanelerin yoğunluğunu azaltmak açısından yapılan önemli ve doğru bir uygulamadır” (G8, Y; 66).

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmeti kullanıcılarına açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmalıdır. Özellikle bu konuyu anlatan kamu spotları ekranlarda ve medyada sıkça yer almalıdır. Toplanan kullanıcı katkı miktarlarının sağlık hizmetleri finansmanındaki payı net ve açık bir şekilde belirtilmeli ve bu paranın büyük çoğunluğu sağlık okuryazarlığı için harcanmalıdır. Kullanıcı katkıları eczacılar açısından anlatılması ve açıklanması güç bir problemdir. Bu hususta bakanlık tarafından eczacıların yükünü hafifletecek çalışmalar ve uygulamalar yürürlüğe koyulmalıdır. Kullanıcı katkısı ücretlerinin alım şeklinin değiştirilmesi gerekmektedir. Eczacıların da iş yükünü azaltmak açısından kullanıcı katkıları belli bir miktara ulaşınca ya da bir yılın sonunda toplu olarak eczanelere ödenebilir” (G9, Y; 44).

“Sağlık okuryazarlığı geliştirilmeli ve insanlar kullanıcı katkısı konusunda bilinçlendirilmelidir. Hastanelerin yükünü azaltmak için eczacılar aracılığı ile tahsil edilen kullanıcı katkıları eczacıları zor durumda bırakmakta ve iş yüklerini artırmaktadır. Bedava olarak algılanan sağlık hizmetleri, kişiler eczaneye gidip ödeme yaptıklarında bazı belirsizlikler ortaya çıkmakta ve eczacılar durumu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Eczacılar bu konuda talepte bulunmuş fakat olumlu bir karşılık görmemişlerdir. Kullanıcı katkılarının insanlara almış oldukları sağlık hizmetinin bedeli olduğu, bu bedelin eczacılar aracılığı ile alındığı açık bir şekilde anlatılmalıdır. Sağlık hizmetleri finansmanı içerisinde toplam yapılan kullanıcı katkılarının miktarı tam olarak açıklanmamaktadır. Kullanıcı katkılarının toplanmasında ve toplanan bedelin nerelere harcandığı konusunda şeffaflık olması gerekmektedir” (G10, Y; 47).

“Amacına hizmet etmemektedir. İnsanlar, eczanelere ödemiş oldukları paranın belli bir kısmının kullanıcı katkısı payı olduğunu bilmemeleri, bu parayı eczacıların kendileri için tahsil ettiğini zannetmeleri eczacılar üzerinde bir yük oluşturmaktadır. Bu konuda vatandaşlarda oluşan yanlış algı sebebiyle bu uygulama pozitif olarak değerlendirilemez. Kamu spotu yapılarak bu durum insanlara doğru, açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmalıdır” (G11, Y; 43).

“Kullanıcı katkısı uygulaması, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemektedir. Kullanıcı katkıları ile birlikte aile hekimliğine olan talep artmış ve ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri oldukça gelişmiştir. Sağlık hizmetlerine belli bir miktarda ödeme yapılması, sunulan ve alınan sağlık hizmetleri kalitesini artırmaktadır” (G12, Y; 62).

“Mevcut sistemin kişilerin gelir düzeylerine göre genişletilmesi ve daha kapsamlı hale getirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Kullanıcı katkıları, gereksiz sağlık kurumlarına başvurulmasını belli bir oranda azaltmaktadır” (G13, Y; 31).

“Mevcut uygulamaya ek olarak, ödenen miktarlar gelir seviyesi tespit edilerek yeniden düzenlenebilir. Kullanıcı katkılarının alınması sağlık hizmetlerinin değerini ve kalitesini artırmakta, hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının daha özenli ve dikkatli davranmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca ilaçlarda uygulanan kullanıcı katkıları ile birlikte gereksiz ilaç kullanımının da önüne geçilmektedir” (G15, Y; 48).

“Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir ve devlet tarafından tek elden sağlanmalıdır. Bu bağlamda, vatandaşın alınan kullanıcı katkılarıyla birlikte sağlık hizmetine erişimde eşitsizlikler ortaya çıkmakta, yoksul kesimlerin sağlık hizmeti alması zorlaşmaktadır. Bu bağlamda sorunların tespit edilmesi adına özellikle yoksul vatandaşların görüş ve talepleri doğrultusunda hareket edilmelidir. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine sağladığı etkileri analiz eden çalışmalara önem verilmelidir” (G16, Y; 70).

“Kullanıcı katkı miktarlarının çok az olması uygulamanın amacına hizmet edememesine sebep olmaktadır. Kullanıcı katkılarının daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek ve sağlık hizmetlerine olan talepleri azaltılmak için kullanıcı katkılarının daha caydırıcı miktarda olması gerekmektedir. Böylelikle hasta olan ve olmayan daha iyi ayırt edilebilir ve hastanelerin yoğunluğu azaltılabilir” (G17, Y; 49).

“Sağlık hizmetleri çok pahalı hizmetler olduğu için değerinin daha iyi bilinmesi, etkin ve verimli şekilde kullanılabilmesi için daha yüksek tutarda kullanıcı katkısı ücretleri alınmalıdır. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri finansmanındaki payı net olarak belirtilmelidir. Ayrıca kullanıcı katkı payları eczaneler tarafından değil hastaneler tarafından tahsil edilmelidir. Böylelikle gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne zamanında ve kolay şekilde geçilebilir” (G19, Y; 56).

TARTIŞMA

Bu çalışma sağlık yönetimi ve sağlık politikasının güncel kabul edilebilecek konu başlıklarından kullanıcı katkısının konu ile doğrudan muhatap durumundaki paydaşların görüşleri doğrultusunda incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bulguları ve bulgulara yönelik tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 1: Katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanması gerektiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,21) sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının uygulanması gerektiğini belirtirken; kullanıcı katkılarının uygulanması gerektiğini düşünenlerin çoğu (%26,33) kullanıcı katkılarının çoğunlukla sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcılara göre; kullanıcı katkılarının uygulanmaması kişilerin daha sık hastaneye başvurmalarına sebep olabilmektedir. Kullanıcı katkılarının uygulanması sağlık hizmetlerinin daha kontrollü kullanılmasında caydırıcı bir unsur olmakta ve dolayısıyla gereksiz sağlık hizmeti ve ilaç kullanımını önlemektedir. Katılımcıların bu ifadesi literatürde yer alan kullanıcı katkılarının uygulanma nedenleri ile örtüşmektedir. Kullanıcı katkılarının ülkeler tarafından uygulanmasını sağlayan en önemli iki neden; gereksiz sağlık hizmeti kullanımının engellenmesi ve sağlık hizmetleri finansmanına ek gelir sağlamasıdır (WHO, 2004: 19-20). Sezer Korucu ve Oksay (2018) kullanıcı katkılarının uygulanması ile birlikte gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçildiği ve fazladan oluşan kuyruklara engel olduğunu belirtmiştir (Sezer Korucu ve Oksay, 2018: 28). Gündüz (2015) tarafından Türkiye sağlık sisteminde kullanıcı katkıları uygulamaları ile ilgili yetkili kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumunda çalışan uzman kişiler ile gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının “Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engelleyeceğini” ifade etmiştir. Ayrıca Sönel (2016) paydaş görüşleri doğrultusunda yapmış olduğu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmak olduğunu ifade etmiştir.

Bulgu 2: Katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının miktarlarını uygun bulmaktadır.

Katılımcıların %47,36'sı uygulanmakta olan kullanıcı katkısı miktarlarını uygun bulduklarını belirtirken %21,06 oranında katılımcı az bulduklarını ve %21,06 oranında katılımcı ise fazla bulduklarını belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin yüksek teknoloji gerektirmesi ve uzman kişilerden oluşması aynı zamanda da yoğun işgücü gerektirdiğinden dolayı çok pahalı hizmetler olduğunu ifade eden katılımcılar, sağlık hizmetlerinin pahalı hizmetler olmasına karşın uygulanmakta olan kullanıcı katkılarının uygun miktarda olduğu ve kişilerin gelirleri doğrultusunda kullanıcı katkılarını ödeyebilecek güçte olduklarını söylemişlerdir. Genel anlamda kullanıcı katkı miktarlarının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak Sönel (2016) tarafından yapılan araştırmada Türkiye'de uygulanan kullanıcı katkısı miktarları ayrı olarak değerlendirilmiş ve katılımcılar tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, acil servis hizmetleri ve ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerine ödenen kullanıcı katkı miktarlarını uygun bulunduğu; özel sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve yardımcı üreme yöntemlerinde uygulanan kullanıcı katkı miktarlarının ise fazla bulunduğu saptanmıştır.

Bulgu 3: Katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının kişilerin gelir düzeyi saptanarak belirlenmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Katılımcıların %42,12'si kullanıcı katkı miktarlarının kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olacak şekilde belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. %21,06 oranında katılımcı ise kullanıcı katkılarının yanlış ve hatalı bir uygulama olduğunu ifade etmiştir. Katılımcılar, kişilerin gelir düzeylerinin farklı olmasına karşın ödemeleri gereken kullanıcı katkı miktarlarının aynı oranda olmasını yanlış bulmakta ve kişilerin kullanıcı katkısı ödeme miktarlarının aylık net gelirleri üzerinden hesaplanması gerektiğini düşünmektedir. Bu bulgu Gündüz (2015) tarafından yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Gündüz (2015) çalışmasında katılımcılara kullanıcı katkılarının toplam miktarının ne olması gerektiği sorulmuş ve katılımcıların çoğu "gelir durumu dikkate alınarak miktarın belirlenmesi" gerektiğini belirtmiştir. Katılımcılar, gelire göre kullanıcı katkısı miktarı belirlenmesinin çok zor bir uygulama olacağını bilmelerine karşın ödeme gücü olmayan dezavantajlı gruplar yaratarak kullanıcı katkılarından muaf tutulmasının suiistimallere sebep olabileceğini düşündüklerinden dolayı kullanıcı katkılarının kişilerin gelir düzeyi saptanarak belirlenmesi gerektiğini ifade ettikleri söylenebilir.

Bulgu 4: Katılımcıların büyük çoğunluğu mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı grupların dâhil edilerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Katılımcıların görüşleri doğrultusunda en fazla ifade edilen düşünce %42,12'lik bir oranla mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı grupların dâhil edilmesi ve uygulamanın bu yönde geliştirilmesi şeklinde olmuştur. %21,06 oranında katılımcı ise kullanıcı katkılarına yönelik mevcut uygulamanın yeterli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların önemli bir bölümü mevcut kullanıcı katkıları uygulamasında eksiklikler olduğunu ifade etmiştir. Bu eksikliklerin giderilmesi açısından muaf olması gereken kişileri, grupları, meslekleri ve hastalıkları yoksul, yaşlı ve bakıma muhtaç kişiler, engelliler, şehit ve gazi yakınları, belirli gelir seviyesinin altındakiler, işsizler ve öğrenciler, kronik hastalıklar, kanser hastalıkları, tek maaş ile ev geçindiren kişiler, çocuklar, kolluk görevlileri ve sağlık çalışanları şeklinde belirtmişlerdir. Katılımcıların belirtmiş olduğu bu düşünce literatür bilgisi ve yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Yıldırım ve diğerleri (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucunda kullanıcı katkılarından beklenen faydaların sağlanması ve zararlarının en aza indirgenmesi için gerekli muafiyet mekanizmalarının rasyonel bir şekilde uygulanması gerektiği ifade edilmiştir. Ancak Türkiye sağlık sisteminde koruma mekanizmalarının

yeterli ve doğru bir şekilde yapılmadığını, ödeme gücü olmadığı için devlet tarafından verilen yeşil kart kapsamında olan kişilerden bile kullanıcı katkısı alındığını belirtilmiştir. Gündüz (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kullanıcı katkısı uygulamasının hangi kişiler, gruplar veya hastalıkların muafiyet kapsamına alınması gerektiğine ilişkin sonuçlara göre katılımcıların 6'sı kronik hastalıkların tedavisinin, 3'ü belirli bir gelir seviyesi altındakilerin, 3'ü bedensel engellilerin, 3'ü acil ve riskli hastalıkların tedavisinin, 2'si emeklilerin, 2'si şehit ve gazi yakınlarının, 1'i hamile ve çocuk emziren kadınların ve 1'i de 18 yaş altı çocukların kullanıcı katkılarında muaf olması gerektiğini belirtmiştir. Thomason ve diğerleri (1994) tarafından Papua Yeni Gine'nin 4 eyaletinde yer alan 12 sağlık merkezi kapsamında yapılan bir araştırmada muafiyet uygulamalarının; yoksullar, çocuklar, yaşlılar, tüberküloz ve cüzam hastalıklarının tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi, çocuk sağlığı klinik hizmetleri, aile planlaması, kronik hastalar ve engellileri kapsadığı tespit edilmiştir.

Bulgu 5: Katılımcılar, kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde etkisi olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%57,90), kullanıcı katkısı uygulamasının kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumu, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemesi, sağlık hizmetlerine olan bilinç düzeyini artırması, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmesi, sağlık hizmetlerine ek finans sağlaması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltması, informal ödemelerin önüne geçilmesi ve gereksiz ilaç kullanımını engellemesi gibi hususlarda etkisinin olduğunu belirterek kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde katkı sunduğuna ilişkin görüş bildirmiştir. Katılımcıların %21,06'sı kullanıcı katkılarının belirsiz olması, herhangi bir caydırıcılığının olmaması ve nerelere kullanıldığının tam olarak açıklanmaması gibi sebeplerden kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Katılımcıların bu ifadeleri literatür bilgileri ile desteklenmektedir. Gündüz (2015) tarafından yapılan çalışmada kullanıcı katkılarının en olumlu etkileri, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı önlemesi ve kamunun üzerindeki finansal yükü azaltması olarak ifade edilmiştir. Kullanıcı katkılarının diğer olumlu yönleri ise; sağlık harcamalarını kontrol etmeye yardımcı olması, sağlık hizmetlerine yönelik bilinç düzeyini artırması, sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırması ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkı sağlaması şeklinde belirtilmektedir. Sezer Korucu ve Oksay (2018) kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını önlemek, sosyal sigorta primlerinin eksik kaldığı zamanlarda ek kaynak yaratmak ve sağlık hizmetlerine olan talepleri azalmak gibi olumlu yönleri olduğunu belirtmektedir.

Bulgu 6: Katılımcılar, Türkiye'de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarının kapsamının genişletilmesi, konu hakkında bilgi düzeyinin artırılması ve daha fazla ücret alınması gerektiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların %21,06'sı uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkısı yönteminin yeterli olmadığını, ödeme yapılan miktarın ve ödeyecek kişilerin yeniden düzenlenerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %21,06'sı uygulamanın sağlık hizmetleri finansmanı açısından faydalı olduğunu ancak sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını, uygulamanın daha verimli, etkin ve doğru kullanılması için kişilerin bu hususta bilgilendirilmesi gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir. Bilgi düzeyinin az olduğu ve artırılması gerektiği ifadesi Sarı (2021), Sezer Korucu (2019) ve Sezer Korucu (2017) tarafından yapılan çalışmalar ile uyumludur. Türkiye'de mevcut kullanıcı katkısı uygulamasının kapsamının genişletilmesi özellikle muaf olacak kişilerin yeniden belirlenmesi gerektiği konusunda olmakla birlikte Gündüz (2015) ve Sönel (2016) tarafından yapılan çalışmalar ile uyumludur. Ancak kullanıcı katkısı ücretlerinin daha fazla olması gerektiği ifadesinde benzer bir çalışmaya



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

rastlanamamıştır. Katılımcıların daha fazla ücret alınması gerektiğini ifade etmelerinde kullanıcı katkısı miktarlarının caydırıcı olmayan tutarda olması, kullanıcı katkı miktarlarının az olmasından dolayı sağlık hizmetlerinin değerinin bilinmemesi ve sağlık hizmeti finansmanına kişilerin de dâhil edilmek istenmesi gibi sebeplerden kaynaklı olabileceği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda öne çıkan sonuçlar; sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının uygulamasının gerekli olduğu ve kullanıcı katkılarının asıl amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için kullanıldığı; Türkiye sağlık hizmetlerinde uygulanan kullanıcı katkı miktarlarının uygun olduğu şeklindedir. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri finansmanı içerisindeki payının ne kadar olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bu payın miktarının açık ve şeffaf bir şekilde açıklanması kullanıcılar ve sağlık hizmeti sunucuları açısından güven teşkil ederek kullanıcı katkılarının daha sağlıklı ve kabul edilebilir bir şekilde uygulanmasına fayda sağlayacaktır. Merkezi Hekim Randevu Sistemi üzerinden randevu alımı sırasında kişilere hangi basamak sağlık hizmetini kullandıkları ve bunun için ödemeleri gereken kullanıcı katkı miktarının ne kadar olduğu hakkında bilgi verilebilir. Eczacılar tarafından tahsil edilen kullanıcı katkıları eczacılar açısından bazı sorunlar teşkil etmektedir. Bu sorunları ortadan kaldıracak çalışmalar yapılabilir. Kullanıcı katkılarının kişilere almış oldukları sağlık hizmetinin bedeli olduğu, bu bedelin eczacılar aracılığı ile SGK adına tahsil edildiği kamu spotları ile açık bir şekilde anlatılmalıdır. Bu sayede kişilerin eczacılara duyduğu güven artacak ve sorunlar en aza indirgenmiş olacaktır. Kullanıcı katkı ücretleri eczaneler tarafından değil hastaneler tarafından tahsil edilmelidir. Böylelikle gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne zamanında ve kolay bir şekilde geçilebilir.

Araştırma sonucunda ulaşılan bulgular sadece Ordu il merkezinde araştırmaya katılan kişilerin görüşlerini yansıtmaktadır. Bu sebepten bazı genellemelerin yapılabilmesi için benzer çalışmaların farklı illerde de yapılması gerekmektedir. Türkiye’de kullanıcı katkılarına yönelik yapılan çalışmalar yok denecek kadar azdır. Kullanıcı katkılarının daha etkin ve verimli uygulanabilmesi için kullanıcı katkılarına yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Bu çalışma, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında Esra TOPÇUOĞLU tarafından hazırlanan ve 09.05.2022 tarihinde savunulan “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkılarına Yönelik Bir Araştırma” başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

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

KAYNAKÇA

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). Resmî Gazete, 10705, 05.01.1961.

Creese, A. (1997). User Fees. *British Medical Journal*, 315, 202-203.

Dupas, P. ve Nber S. (2012). Global Health System: Pricing and User Fees, *Elsevier Encyclopedia of the Health Economics*. https://web.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf.

Gümüş, F., Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Gündüz, M. Ş. (2015). *Bazı Avrupa Birliği Üye Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinde Katkı Payları ve Türkiye*. 1-83, (yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- John, E.U. (2013), The Impacts of User Fees on Health Services in Sub-Saharan African Countries: A Critical Analysis of the Evidence. *American Journal of Public Health Research*, 1(18), 196- 202.
- Lagarde M. ve Palmer, N. (2008). The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low and Middle Income Countries: How Strong is the Evidence?. *Bulletin of World Health Organization*, 86(11), 839-848.
- Sarı, M. (2021). *Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Katılım Payı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), 1-157, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sezer Korucu, K. (2017). *Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*, (Yüksek Lisans Tezi), 1-143, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265- 313.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265- 313.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkısına Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(40), 246-366.
- SGK, (2013). 2013 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 24 Mart 2013 Tarihli ve 28597 Sayılı RG md. 1.8 md. 1.8.2 md.1.8.3 md.1.8.4 md 1.8.5
- Sönal, T. (2016). *Türkiye Sağlık Sisteminde Kullanıcı Katkıları: Paydaşlar Açısından Beklentiler, Deneyimler ve Kabul Edilebilirlik*, (yüksek lisans tezi), 1-88, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sönal, T. (2020). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Katkı Payları ve Hakkaniyet. *Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(31), 1617-1627.
- Sütcü, K., tekerek, B. & Özler, G. (2022). Aşı Karşıtı Twitter Paylaşımlarının Metin Madenciliği ve İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(4): 827-838.
- Thomason, J., Mulou, N. ve Bass, C. (1994). User Charges for Rural Health Services in Papua New Guinea. *Social Science and Medicine*, 39(8), 1105-1115.
- World Bank (Nisan 1987). *Health Financing in Developing Countries: an Agenda for Reform*, Erişim: 15 Ekim 2020, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=XjV4r9zHpWC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Health+Financing+in+Developing+Countries:+an+Agenda+for+Reform&ots=GfEbRp4NIZ&sig=Yu4498WJwpWc1PISGTuDQ_2akqA&redir_esc=y#v=onepage&q=Health%20Financing%20in%20Developing%20Countries%3A%20an%20Agenda%20for%20Reform&f=false
- World Health Organization (2004). *What Are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?*, Erişim: 27 Ekim 2020, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/74694/E83334.pdf.
- Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2), 71-98.



**AYDIN İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN EBELERİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIĞI İLE
ÖRGÜTSEL SESSİZLİK NEDENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ¹**
**CORRELATIONS BETWEEN THE ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND
THE ORGANIZATIONAL SILENCE OF THE MIDWIVES WORKING IN THE
CITY CENTRE OF AYDIN**

Büşra KARABULUT

Adnan Menderes Üniversitesi, ebekarabulut@gmail.com, orcid.org/0000-0003-1193-3650

Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Adnan Menderes Üniversitesi, ayden.coban@adu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-2189-2488

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (05.02.2023-25.04.2023)

Öz

Bu araştırma Aydın il merkezinde çalışan ebelerin örgütsel bağlılığı ile örgütsel sessizlik nedenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile yapılmıştır. Araştırma, analitik-kesitsel olarak, Ocak-Temmuz 2020 tarihleri arasında, Aydın il merkezinde bulunan 3 kamu hastanesi, 1 üniversite hastanesi ve 33 aile sağlığı merkezinde çalışmakta olan 221 ebe ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan; Tanıtıcı Bilgi Formu, Örgütsel Bağlılık Ölçeği ve Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anketi'nden oluşan soru formları ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS paket programı versiyon 25.0 kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve Pearson ki-kare testi, Mann Whitney U-testi, Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Araştırmaya katılan ebelerin örgütsel bağlılık ölçeği toplam puan ortalaması 123,82±30,15 ile orta düzeyde belirlenmiştir. Ebelerin örgütsel sessizlik nedenleri anketi puan ortalamaları 87,51±31,06 puan ile orta seviyede bulunmuştur. Ebelerin örgütsel bağlılık ölçeği toplam puan ortalamaları ile örgütsel sessizlik nedenleri anketi toplam puan ortalamaları arasında ilişki olmadığı ($p>0,05$) fakat bu ölçeklerin normatif bağlılık ile yönetsel ve örgütsel nedenler alt boyutları arasında anlamlı, negatif ama çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlenirken; duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık alt ölçekleri ile tecrübe eksikliği alt ölçeği arasında anlamlı pozitif ama çok zayıf bir korelasyon olduğu, örgütsel bağlılık ölçeği toplam puanı ile tecrübe eksikliği alt boyutu arasında ve devam bağlılığı ile ilişkileri zedeleme korkusu alt ölçeği arasında anlamlı, pozitif ama çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Sonuç olarak araştırmaya katılan ebelerin örgütsel bağlılıklarının ve sahip oldukları örgütsel sessizlik nedenlerinin orta seviyede olduğu bulunmuştur. Ebelerin örgütsel bağlılıkları ile örgütsel sessizlik nedenleri alt boyutları arasında çok zayıf

¹ *Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, 2022, Yüksek Lisans Tez çalışması olarak yapılmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

ilişki olduğu saptanmıştır. Örgütsel bağlılık düzeyini arttırmak ve örgütsel sessizlik nedenlerini ortadan kaldırmak için ebelerin desteklenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, örgütsel bağlılık, örgütsel sessizlik

Abstract

The aim of this study is to determine/analyze the relationships between the organizational commitment and the organizational silence of the midwives working in the city center of the city of Aydın. The study took place in the city center of Aydın between January-July 2020 using analytical-prevalence methods and the participants were 221 midwives who were working in total of 3 hospitals, 1 university hospital and 33 primary health clinics. Data was collected via Introductory Information Form, The Organizational Commitment Inventory and The Causes of Organizational Silence questionnaire. The data were analysed with SPSS version 25.0 in descriptive and statistical ways. Descriptive statistics, Pearson chi-square test, Mann Whitney U-test, Kruskal-Wallis test were used to analyze the data. The median for the organizational commitment inventory results calculated as 123,82±30,15 points which gave us an average result. The results for the reasons of the organizational silence questionnaire averages at 87,51±31,06 which also shows us that it is an average score. While it was determined that there was no relationship between the total score averages of the midwives' organizational commitment scale and the total score averages of the organizational silence reasons questionnaire ($p>0.05$), there was a significant, negative but very weak correlation between normative commitment and managerial and organizational reasons sub-dimensions of these scales; There was a significant positive but very weak correlation between affective commitment, continuance commitment and normative commitment subscales and lack of experience subscale. It was determined that there was a very weak correlation ($p<0.05$). As a result, it was found that the organizational commitment of the midwives participating in the research and the reasons for organizational silence they had were moderate. It was determined that there was a very weak relationship between the organizational commitment of midwives and the sub-dimensions of reasons for organizational silence. It has been suggested to support midwives in order to increase the level of organizational commitment and to eliminate the reasons for organizational silence.

Keywords: Midwife, organizational commitment, organizational silence

GİRİŞ

Sağlık örgütlerinde verilen hizmetten kaynaklı çalışanların yoğun etkileşim halinde olmaları, örgüt içi iletişimlerini dolayısı ile bağlılıklarını da etkilemektedir. Örgüte duydukları bağlılıkla, çalışanların hizmet sunumunu koordine bir şekilde başarıyla sürdürmeleri her anlamda kendilerini açıkça ifade edebilmelerine bağlıdır (Ürek ve diğ., 2015). Fakat bazı durumlarda azalan bağlılıkla birlikte çalışanlar bilgiyi kendinde tutmayı tercih etmektedirler. Bu eylem bireyleri iş esnasında sergilemiş oldukları davranışlarda sessiz kalmaya iterek örgüt içi olumsuz sonuçların oluşmasına sebep olmaktadır (Çakıcı, 2008). Dolayısıyla sessizlik durumu, her alanda olduğu gibi sağlık sektörü alanında da performans açısından tehdit unsuru oluşturabilmektedir. Ayrıca çalışanların sergilediği sessizliğe eşlik eden tepkisel davranışlar örgüt içinde verilen hizmetin kalitesini düşürmektedir (Bildik, 2009). Sağlık örgütlerinde kendine has özellikleriyle yer alan ebelerin iş görme alanları çoğunlukla yüksek kaygı barındıran kişilere hizmet sunma zorunluluğu içindedir. Ayrıca verilen hizmete bağlı oluşan ani durumların doğurduğu sık stresle karşılaşma, diğer çalışma ortamlarına nazaran çalışma alanlarında ayrıcalık oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarındaki örgütsel yapıya bağlılık ve sessizlik durumu dönüşü mümkün olmayan psikolojik yükümlülükler sebepten olabilmektedir (Yalçın ve Baykal, 2012). Çalışma örgütleri bağlamında sağlık alanında gerek örgütsel sessizlik gerekse örgütsel bağlılık farklı boyutlar altında değişik çalışmalarla ele alınmış fakat ebeler alanında bu iki boyutun etkisi ortaya konmamıştır. Bu doğrultuda sağlık hizmeti verme noktasında ayrıcalıklı bir alanda çalışan ebelerin, verdikleri

103

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(KARABULUT, B. / ÇOBAN, A.)



hizmetin kalitesine etki eden davranışları doğurmasından kaynaklı örgütsel bağlılıkları ile örgütsel sessizlik nedenleri arasındaki ilişkiyi saptamaya gereksinim vardır. Bu araştırmanın bulguları ebellek alanındaki mesleki çalışmalar için farklı bir bakış açısı oluşturabileceğinden, benzer çalışmalar için de veri olanağı sağlayacaktır.

YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma, analitik-kesitsel tiptedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Aydın il merkezinde bulunan kamu hastanelerinde çalışan 243 ebe, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan 46 ebe ve Efeler ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkez'lerinde çalışan 75 ebe ile toplam 364 ebe araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlemede, G*Power 3.1.9.2 ile yapılan güç analizinden yararlanılmıştır. Uçucu'nun (2019) Aydın ilindeki ebelerin örgütsel bağlılıkları ile ilgili yaptığı araştırmadaki verilere dayanılarak yapılan güç analizinde, çalışılan birimi tercih edenlerin örgütsel bağlılık toplam puan ortalaması $52,55 \pm 9,62$ ve tercih etmeyenlerin puan ortalaması ise $55,93 \pm 8,05$ verileri kullanılmıştır. G*Power 3.1.9.2 ile yapılan güç analizinde, güç: 0,80, $\alpha=0,05$ alındı, etki büyüklüğü 0.35 olarak hesaplanmıştır ve t-testi için toplam örneklem sayısı 204 bulunmuştur. Araştırmada örneklem hesabı ile belirlenen sayının üzerinde ebeyle (n=221) ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Örgütsel Bağlılık Ölçeği" ve "Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anketi" olmak üzere üç bölümden oluşan bir soru formu ile toplanmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formunda; yaş, eğitim durumu, medeni hal, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, kimlerle yaşadığı ve gelir-gider durumuna ilişkin verileri içeren sosyo-demografik bilgiler bulunmaktadır. Meyer ve Allen (1990) tarafından çalışanların örgüte bağlılık düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen Örgütsel Bağlılık Ölçeği (ÖBÖ), Wasti (2000) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiştir. Araştırmada ölçeğin Wasti tarafından 2003 yılında toplam 33 madde ile yayımladığı ölçeğin güncel hali kullanılmıştır. Ölçek; duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık olmak üzere üç alt boyuttan oluşmuştur. Ölçekte 1-9 arası sorular duygusal bağlılığı; 10-19 arası sorular devam bağlılığını ve 20-33 arası sorular normatif bağlılığı ölçmektedir. Likert tipi yedili ölçektir ve kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, bir parça katılıyorum, tarafsızım, bir parça katılmıyorum, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum cevapları sırası ile 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 puan ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 33, maksimum puan da 231'dir. Kendini bildirim ölçeği olan bu ölçek puanı arttıkça katılımcıların bağlılık düzeyinin arttığı bilgisine ulaşılabilir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,749'dır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,876 hesaplanmıştır. Çakıcı tarafından 2008'de geliştirilen, çalışanların örgütsel sessizlik nedenlerini tespit edilmesinde kullanılan 30 maddelik sorudan oluşan Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anket Formunun; yönetsel ve örgütsel nedenler, işle ilgi korkular, tecrübe eksikliği, izolasyon korkusu ve ilişkileri zedeleme korkusu olmak üzere 5 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte "4, 9, 10, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 30" numaralı sorular yönetsel ve örgütsel nedenleri, "5, 6, 7, 16, 27, 28" numaralı sorular iş ile ilgili korkuları, "8, 17, 18, 29" numaralı sorular tecrübe eksikliğini, "1, 2, 3, 12" numaralı sorular

izolasyon korkusunu ve “11, 13, 23” numaralı sorular ilişkileri zedeleme korkusunu ölçmektedir. Ölçek likert tipi beşli ölçektir ve çok etkili, etkili, ne etkili ne de etkisiz, etkisiz, hiçbir etkisi yoktur cevapları sırası ile 5, 4, 3, 2, 1 puan ifade etmektedir. Yüksek ortalama değeri o alt boyutta örgütsel sessizliğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anketinin Cronbach Alpha katsayısı 0,949'dur (Çakıcı, 2008). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,970 hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verileri, SPSS paket programı (Statistical Package for Social Sciences; IBM SPSS Statistics for Macintosh, Armonk, NY) versiyon 25.0 ile analiz edilmiştir. Öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğunun kontrolü için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup verilerin normal dağılıma uymadığı anlaşıl原因 olarak nonparametrik testler uygulanmıştır. Çalışmada tanımlayıcı analizler; kategorik verilerde sayı (n) ve yüzde (%) olarak, sürekli verilerde ise ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm S$) olarak ifade edilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin karşılaştırılmasında iki gruplu olanlar Mann Whitney U-testi, ikiden çok gruplu olanlarda da Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Ölçeklerin de özelliklerine göre puanları ve alt ölçek puanları ölçülmüş olup, ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), en küçük ve en büyük değerleri bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik analizi için Cronbach-alfa katsayısı analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi analizlerde istatistiksel $p < 0,05$ alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri ebelerin öz bildirimleri ile doldurulmuştur. Bu sebeple veriler yalnızca araştırmaya katılan ebeleri temsil etmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Protokol No:2019/053) alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Aydın İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alınmıştır. Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin kullanılabilmesi için Prof. Dr. Syeda Arzu WASTI'den ve Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anketinin kullanılabilmesi için Prof. Dr. Ayşehan ÇAKICI'dan elektronik posta yoluyla izin alınmıştır. Çalışma grubundaki ebelere araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılımın zorunlu olmadığı ifade edilmiştir. Katılmayı kabul eden ebeler bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR

Tablo 1. Ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n:221)

Ebelerin sosyo-demografik özellikleri	N	%
Yaş ortalaması: 39,81 ± 8,05 (min:23-max:59)		
Yaş grubu		
23-33 yaş	62	28,0
34-44 yaş	83	37,6
45 ve üzeri	76	34,4
Eğitim durumu		
Lise veya Ön lisans	45	20,3

Lisans	152	68,8
Lisans üstü	24	10,9
Medeni hali		
Bekar	53	24,0
Evli	168	76,0
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	170	76,9
Hayır	51	23,1
Aile tipi		
Çekirdek aile	200	90,5
Geniş aile	5	2,3
Parçalanmış aile	16	7,2
Kimlerle yaşıyor		
Anne ve/veya babamla yaşıyorum	5	2,3
Eşim ve/veya çocuklarımla yaşıyorum	175	79,2
Yalnız yaşıyorum	35	15,8
Diğer	6	2,7
Gelir-Gider durumu algısı		
Gelirimiz giderimizden az	114	51,6
Gelirimiz giderimize eşit	96	43,4
Gelirimiz gidenimizden fazla	11	5,0

Tablo 1’de araştırmaya katılan ebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Araştırmaya katılan tüm ebelerin cinsiyeti kadın olup ortalama yaşları $39,81 \pm 8,05$ (23-59) yıldır. En son mezun olunan okula göre ebelerin; %20,3’ü lise veya ön lisans, %68,8’i lisans, %10,9’u lisans üstü mezundur. Ebelerin; %76,0’sı evli, %76,9’u çocuk sahibi, %90,5’inin çekirdek aileye mensup, %79,2’si eşi ve/veya çocuklarıyla yaşıyor ve %51,6’sının geliri giderinden az.

Tablo 2. Ebelerin Örgütsel Bağlılık Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n:221)

Örgütsel Bağlılık Ölçeği	Alınabilecek Min. Puan	Alınabilecek Max. Puan	\bar{X}	SS	Min	Max	Cronbach’ s katsayısı	α
Duygusal Bağlılık Alt Ölçeği	9	63	36,22	8,53	9	55	0,532	
Devam Bağlılığı Alt Ölçeği	10	70	38,72	12,11	10	63	0,794	
Normatif Bağlılık Alt Ölçeği	14	98	48,88	17,03	14	91	0,866	
ÖBÖ Toplam Puan	33	231	123,82	30,15	33	199	0,876	

Tablo 2’de ebelerin Örgütsel Bağlılık Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Örgütsel Bağlılık Ölçeği toplam puanı, araştırmaya katılan tüm ebelerde ortalama $123,82 \pm 30,15$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt puan değerlendirmesinde; duygusal bağlılık alt ölçeğinin ortalaması $36,22 \pm 8,53$ puan, devam bağlılığı alt ölçeği ortalama puanı $38,72 \pm 12,11$ puan, normatif bağlılık alt ölçeği ortalama puanı ise $48,88 \pm 17,03$ pandır.

Tablo 3. Ebelerin Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anketi puan ortalamalarının dağılımı (n:221)

Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anketi	Alınabilecek Min. Puan	Alınabilecek Max. Puan	\bar{X}	S	Min	Max	Cronbach's α katsayısı
Yönetmel ve Örgütsel Nedenler	13	65	42,25	15,38	13	65	0,956
İşle İlgili Korkular	6	30	16,22	6,77	6	30	0,876
Tecrübe Eksikliği	4	20	8,95	3,85	4	20	0,751
İzolasyon Korkusu	4	20	11,46	4,93	4	20	0,896
İlişkileri Zedeleme Korkusu	3	15	8,62	3,88	3	15	0,854
ÖSNA Toplam Puan	30	150	87,51	31,06	30	149	0,970

Tablo 3'te ebelerin örgütsel sessizlik nedenleri anketi puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan ebelerin ortalama puanları 87,51±31,06 puandır. Örgütsel sessizliğin nedenlerine bakıldığında; yönetmel ve örgütsel nedenler alt ölçeğinde ortalama puan 42,25±15,38'dir. İş ile ilgili korkular alt ölçeğinde değişim aralığı 6-30 puan iken ebelerin ortalama puanları 16,22±6,77 puandır, tecrübe eksikliği alt ölçeğinin puan ortalaması 8,95±3,85'tir, izolasyon korkusu alt ölçeğinde ortalama puan 11,46±4,93'tür ve ilişkileri zedeleme korkusu alt ölçeğinde ortalama puan ise 8,62±3,88'dir.

Tablo 4. Ebelerin örgütsel bağlılık ölçeğinden ve örgütsel sessizlik nedenleri anketinden aldıkları puanlar arasında ilişki

		Duygusal Bağlılık Alt Ölçeği	Devam Bağlılığı Alt Ölçeği	Normatif Bağlılık Alt Ölçeği	ÖBÖ Toplam Puan	Yönetmel ve Örgütsel Nedenler	İşle İlgili Korkular	Tecrübe Eksikliği	İzolasyon Korkusu	İlişkileri Zedeleme Korkusu
Devam Bağlılığı Alt Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	.214**								
	Anlamlılık (2-yönlü)	0.001	.							
Normatif Bağlılık Alt Ölçeği	Korelasyon katsayısı (r)	.580**	.403**							
	Anlamlılık (2-yönlü)	<0.001	<0.001	.						
ÖBÖ Toplam Puan	Korelasyon katsayısı (r)	.684**	.685**	.897**						
	Anlamlılık (2-yönlü)	<0.001	<0.001	<0.001	.					
Yönetmel ve Örgütsel Nedenler	Korelasyon katsayısı (r)	-0.065	-0.019	-.143*	-0.125					
	Anlamlılık (2-yönlü)	0.337	0.779	0.033	0.064	.				
İşle İlgili Korkular	Korelasyon katsayısı (r)	0.015	0.099	-0.002	0.022	.706**				
	Anlamlılık (2-yönlü)	0.825	0.144	0.973	0.748	<0.001	.			

Tecrübe Eksikliği	Korelasyon katsayısı (r)	.158*	.169*	.173*	.199**	.545**	.652**			
	Anlamlılık (2-yönlü)	0.019	0.012	0.01	0.003	<0.001	<0.001	.		
İzolasyon Korkusu	Korelasyon katsayısı (r)	0.07	0.127	0.006	0.055	.735**	.733**	.649**		
	Anlamlılık (2-yönlü)	0.301	0.06	0.924	0.416	<0.001	<0.001	<0.001	.	
İlişkileri Zedeleme Korkusu	Korelasyon katsayısı (r)	0.091	.148*	0.038	0.087	.753**	.817**	.652**	.805**	
	Anlamlılık (2-yönlü)	0.178	0.028	0.573	0.199	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	.
ÖSNA Total Puanı	Korelasyon katsayısı (r)	0.026	0.078	-0.032	-0.003	.910**	.886**	.735**	.872**	.901**
	Anlamlılık (2-yönlü)	0.704	0.247	0.634	0.97	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Korelasyon analizlerinde p değerleri tek yıldızlı (*) 0,05 düzeyinde ifade ederken çift yıldızlı (**) ise 0,01 düzeyinde anlamlılığı göstermektedir.

Ebelerin örgütsel bağlılık ölçeğinden ve örgütsel sessizlik nedenleri anketinden aldıkları puanlar arasında ilişkinin incelenmesi için korelasyon analizi yapıldı. Örgütsel bağlılık ölçeği toplam puanı ile örgütsel sessizlik nedenleri anketi toplam puanı arasında anlamlı ilişki olmadığı bulundu. Ancak alt boyutlar incelendiğinde normatif bağlılık ile yönetsel ve örgütsel nedenler arasında anlamlı, negatif ama çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlenirken (r:0,143, p:0,033); duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık ile tecrübe eksikliği arasında anlamlı, pozitif ama çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi (r:0,158, p:0,158) (r:0,169, p:0,012) (r:0,173, p:0,01). ÖBÖ toplam puanı ile tecrübe eksikliği alt ölçeği arasında anlamlı, pozitif ama çok zayıf bir korelasyon olduğu bulundu (r:0,199, p:0,003). Devam bağlılığı ile ilişkileri zedeleme korkusu arasında anlamlı, pozitif ama çok zayıf bir korelasyon olduğu belirlendi (r:0,148, p:0,028).

TARTIŞMA

Bu araştırma, ebelerin örgütsel bağlılıkları ile örgütsel sessizlik nedenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile Ülkemizin batısında bulunan bir ilin merkez ilçesinde bulunan 3 tane kamu hastanesi, 33 tane ASM ve Üniversite Hastanesi'nde görev yapmakta olan 221 ebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda elde edilen verilere göre ebelerin örgütsel bağlılıklarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Tüm örgütsel bağlılık alt ölçek puanlarının da benzer şekilde orta düzeyde olduğu görülmüştür. Ünver ve diğerleri (2020)'nin doğumhanede çalışan 156 ebe ile yapmış oldukları çalışmalarında ebelerin duygusal bağlılıklarının, devam bağlılıklarının ve normatif bağlılıklarının orta düzeyde olduğu görülmüştür. Özgörü (2019)'nün 346 hemşire ile yaptığı araştırmasında da çalışmamızla benzer şekilde hemşirelerin örgütsel bağlılıkları orta düzeyde bulunmuştur.

Araştırmamızda eğitim durumunun örgütsel bağlılık ölçek puanını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilirken yapılan ileri analizde gruplar arasındaki anlamlı farkın lisans ve ön lisans grupları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Özgörü (2019)'nün hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri ve verimlilik tutumları ile ilgili İstanbul'da 346 hemşire ile yaptığı araştırmasında, araştırmamızda elde ettiğimiz sonucun aksine hemşirelerin eğitim durumlarına göre örgütsel bağlılık düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmadığı sonucuna varmıştır. Karakoyunlu (2014)'nün ebe ve hemşirelerin liderlik davranışlarının iş tatmini ve örgütsel bağlılıkları ile ilişkisini konu alan çalışmasına 240 ebe ve hemşire dahil olmuştur, bu çalışmada araştırmamızda elde ettiğimiz verinin aksine öğrenim durumunun örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı bir etkisinin



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

olmadığı saptanmıştır. Kırac (2012)'a göre, eğitim seviyesi arttıkça çalışanlar gereksinimleri karşılanmadığında kolayca örgütten ayrılma niyetinde olabilirler. Bu bilgi doğrultusunda eğitim seviyesi arttıkça örgütsel bağlılık düzeyinin azalabileceği olağan bir sonuçtur.

Araştırmamızda Uçucu (2019)'nun Aydın ilindeki ebelerle yapmış olduğu çalışmada elde ettiği verinin aksine, çocuk sahibi olma durumu ebelerin ÖBÖ toplam puanını istatistiksel anlamlı düzeyde etkilemektedir. Yazıcı (2020)'nin yönetici hemşirelerin liderlik tarzı ile hemşirelerin örgütsel bağlılığı arasındaki ilişki ile ilgili 405 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde çocuk sahibi olma durumları ile örgütsel bağlılıkları arasında anlamlı fark bulunarak çocuğu olan hemşirelerin örgütsel bağlılık puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuk sahibi olmanın aile içi sorumluluğu arttıran bir durum olduğu düşünüldüğünde, işten elde edilen kazancın öneminin çalışanlar için arttığını söylemek mümkündür. Araştırmamızda ebelerin gelir durumu algılarına göre ÖBÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark olduğu sonucuna varılırken bu farkın geliri giderinden az olan grup ile geliri giderine eşit olan grup arasındaki farktan kaynaklandığı sonucuna varılmıştır. ÖBÖ toplam puanının gelir durumu arttıkça orantılı olarak arttığı görülmüştür. Uçucu (2019) ise yine Aydın ilinde ebeler ile yaptığı çalışmada ebelerin gelir durumlarının örgüte bağlılık puanlarını etkilemediğini tespit etmiştir. Güngör (2017)'ün 225 ebe ve hemşire ile yaptığı çalışmada da çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin aksine hemşire ve ebelerin örgütsel bağlılıkları ile gelir durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonucun aksi şekilde gelir durumunun örgütsel bağlılık düzeyi üzerinde etkisi olmadığını gösteren çalışmalar olsa da kazancın bağlılık üzerinde etkili olduğu spesifik olarak devam bağlılığını arttırdığı bilinmektedir. Bu bilgi çalışmamızda elde ettiğimiz sonucu desteklemektedir.

Araştırmamızda ebelerin Örgütsel Sessizlik Nedenleri Anketi (ÖSNA) alt ölçek değerlendirmesine göre, örgütsel sessizliğin önde gelen sebepleri yönetsel ve örgütsel nedenler ile izolasyon korkusudur. Tecrübe eksikliği, ilişkileri zedeleme korkusu ve işle ilgili korkular ise daha geri planda kalan örgütsel sessizlik nedenlerini oluşturmaktadır. Yılmaz ve diğerleri (2020) İstanbul'da bir özel hastanede 260 sağlık personeli ile yaptıkları çalışmalarında da bizim çalışmamızda olduğu gibi sağlık çalışanlarının en yaygın sessizlik nedeninin yönetsel ve örgütsel nedenler olduğunu tespit ederek sonrasında sırası ile iş ile ilgili korkular, ilişkileri zedeleme korkusu, izolasyon korkusu ve tecrübe eksikliğinde sessiz kaldıkları sonucuna varmışlardır. Alheet (2019) 'te sağlık ocağı çalışanlarının öz-yeterliliklerinde örgütsel sessizliğin nedenlerinin etkisini araştırmak amacıyla Ürdün başkenti Amman'da sağlık ocaklarında çalışan 1374 çalışan ile yaptığı çalışmada çalışanların en çok yönetsel ve örgütsel nedenlerde sessiz kaldığı sonucuna ulaşmıştır. Çakır ve Uğurlu (2019) ile Deniz (2019)'de sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmalarında en yaygın nedenin yönetsel ve örgütsel neden olduğunu saptamıştır. Bayın ve diğerleri (2015)'nin yalnızca hemşireler ile yaptıkları çalışmalarında da sonuç benzer şekilde görülmüş ve bu araştırmaya katılan hemşirelerin de en yaygın örgütsel sessizlik nedeninin yönetsel ve örgütsel nedenler olduğu tespit edilmiştir. Çalışmalardan elde edilen sonuç bağlamında görülmektedir ki çalışanların sessizlik nedenlerinin ortadan kaldırılması konusunda yönetimlere büyük sorumluluk düşmektedir. Çalışanların sorunlarını açık ve rahat bir biçimde aktarabilecekleri ortamın ve örgütsel iklimin sağlanması yöneticilerin sorumlulukları ve imkanları dahilindedir (Erigüç ve diğ., 2014).

Araştırmaya katılan yaş grubu yüksek ebelerin örgütsel sessizlik nedenleri anketi puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülse de ebelerin yaş gruplarına göre ÖSNA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bilgin ve diğerleri (2021) hemşirelerin örgütsel sessizlik nedenlerini inceledikleri çalışmada, yaş değişkeni açısından gruplar arasında örgütsel sessizlik düzeylerinin farklılık gösterdiklerini gözlemleseler de bu farklılığın



istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır. Deniz (2019)'de sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının yaşına göre örgütsel sessizlik nedenlerine katılım düzeyinin istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırmamızda ebelerin eğitim durumlarının ÖSNA toplam puanına istatistiksel anlamlı bir etkisi olmadığı Bayın ve diğerleri (2015)'de hemşirelerin örgütsel sessizlik nedenlerini bulmaya yönelik yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin öğrenim durumları ile örgütsel sessizlik nedenleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuşlardır. Literatürdeki benzer araştırmaların bulguları da araştırmamızla paralel şekilde katılımcıların eğitim durumu ile örgütsel sessizlik nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermediğini belirtmiştir (Yalçın ve Baykal, 2012; Yeşilaydın ve diğ., 2016; Çiçek ve diğ. 2017).

Araştırmamızda ebelerin gelir durumu arttıkça ÖSNA toplam puanlarının anlamlı oranda düştüğü belirlenmiştir. Yılmaz ve diğerleri (2020)'de sağlık personelleri ile yaptığı çalışmada sağlık personellerinin ücret ile ilgili düşünce değişkenlerine göre örgütsel sessizlik nedenleri ölçeğinde istatistiksel anlamlı bir farklılık olduğunu tespit etmişlerdir. Her iki çalışmada da gelirini giderinden az bulan personelin örgütsel sessizlik nedenleri puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Örgütsel bağlılık ölçeği ile örgütsel sessizlik nedenleri anketi arasındaki ilişki incelendiğinde; toplam puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilirken alt boyutlar arasında zayıf ilişkiler belirlenmiştir. Ebelerin normatif bağlılık düzeyleri arttıkça yönetsel ve örgütsel nedenlerde sessizlik düzeyleri azalırken tecrübe eksikliği nedeni ile sessizlik düzeyleri artmaktadır. Normatif bağlılık, ebelerin sorumluluk ve ahlaki zorunluluklarını ifade etmektedir. Sorumluluk bilincinde çalışan ebelerin yönetsel ve örgütsel nedenlerde sessiz kalmayı tercih etmemeleri olağandır. Öte yandan ahlaki zorunlulukları göz önünde bulunduran ebelerin, hiyerarşik yapıya sessiz kalmayı tercih edişlerinin bilgisizlik ve deneyimsizlik kaynaklı tecrübe eksikliğinde sessiz kalma düzeylerini attırabileceği düşünülmektedir. Ebelerin duygusal bağlılık düzeyleri arttıkça ilişkileri zedeleme korkusu nedeni ile tecrübe eksikliği nedeni ile sessiz kalma düzeyi artmaktadır. Ebelerin örgüte ait hissetme durumunu açıklayan duygusal bağlılık düzeyi arttıkça, kuruma ve kurum içi kişisel ilişkilere verdiği değer artması, ilişkileri zedeleme korkusu nedeni ile sessiz kalma düzeylerini de attırabileceğini söylemek mümkündür. Duygusal bağlılık düzeyi yükseldikçe tecrübe eksikliği nedeni ile sessiz kalma düzeyinin de artması, ebelerin özellikle yeni başladıkları bir servise, servise ait hissetmek istemeleri ve dışlanmaktan korkmaları nedeni ile sessiz kalmayı tercih etmeleri ile açıklanabilir. Ebelerin devam bağlılıkları arttıkça tecrübe eksikliği nedeni ile sessiz kalma düzeyi de artmaktadır. Çaba ve zaman faktörleri doğrultusunda oluşan devam bağlılığının artması ile deneyim faktörü doğrultusunda oluşan tecrübe eksikliği nedeni ile sessiz kalma düzeyindeki artış birbirini desteklemektedir. Ayrıca örgütsel bağlılık düzeyi yükseldikçe tecrübe eksikliği nedeni ile sessiz kalma düzeyinin de arttığı saptanmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada örgütsel bağlılık ölçeği ile örgütsel sessizlik nedenleri anketi ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olmadığını belirlenmesi ile sonuç olarak ebelerin örgütsel bağlılıkları ile örgütsel sessizlik nedenleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına dayalı olarak ebelerin örgütsel yönetsel ve örgütsel nedenlerde sessizliğin azaltılması ile normatif bağlılık düzeylerinin arttırılabileceğinden yola çıkılarak kurum yönetim sisteminde, sorunlarını doğrudan aktarabilecekleri ve çözüm elde edebilecekleri, kendi meslek grubundan temsilci ve yöneticilerin olması önerilebilir. Ayrıca, ebelerde örgütsel bağlılık ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

örgütsel sessizlik ile ilgili farklı kurumlarda ve farklı bilimsel yöntemler kullanılarak daha geniş gruplar ile çalışmalar yapılması önerilebilir.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı

Yazarların çalışmadaki katkı oranları eşittir.

Destek ve Teşekkür Beyanı

Çalışma için herhangi bir kişi ya da kuruluştan destek alınmamıştır. Araştırmaya zaman ayırıp katılan ebelere teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarların bu çalışmada herhangi bir çıkarıya dayalı ilişkisi bulunmamaktadır.

KAYNAKÇA

- Alheet, A. (2019). The impact of organizational silence causal factors on self-efficacy of health center employees the jordanian capital city Amman. *Academy Of Strategic Management Journal*, 18(3), 1-13.
- Allen, N. J. ve Meyer J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63(1).
- Bayın, G., Yeşilaydın, G., Esatoğlu, A.E. (2015). Hemşirelerde örgütsel sessizlik nedenlerinin belirlenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 248-266.
- Bildik, B. (2009). Liderlik tarzları, örgütsel sessizlik ve örgütsel bağlılık ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Kocaeli.
- Bilgin, R., Diğer, H., Kaçmaz, B. (2021). Hemşirelerde örgütsel sessizliğin nedenleri: bir eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması, *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(3), 613-63.
- Çakıcı, A. (2008). İş ve özel yaşama psikolojik bakışlar. T. Solmuş (Ed.), *Örgütlerde Sessizlik Tercihi ve Sessizlik Türleri içinde*, İstanbul: Epsilon Yayınları, 85-109.
- Çakır, E., Uğurluoğlu, Ö. (2019). Sağlık çalışanlarının örgütsel sessizlik, sessizliğin nedenleri ve sonuçlarına ilişkin görüşleri. *İşletme Bilimi Dergisi*, 7(2), 389-423.
- Çiçek, B., Özsungur, F., Erkal, S. (2017). Hastanelerde çalışan kurum ev idaresi personelinin örgütsel sessizliği: Adana örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 53(5), 504-528.
- Deniz, S. (2019). Hastane çalışanlarının örgütsel sessizlik nedenlerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(03), 96-103.
- Erigüç, G., Özer, Ö., Songur, C., & Turaç, İ. S. (2014). Bir Devlet Hastanesinde Hemşirelerde Örgütsel Sessizlik Üzerine Bir Araştırma. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4 (2), 61-84.
- Güngör, T. (2017). Hemşire ve ebelerin kurumsal imaj algıları ve kurumsal bağlılıklarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.
- Kahveci, G. (2010). İlköğretim okullarında örgütsel sessizlik ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Karadal, H. (2011). Örgütsel sessizlik davranışı: etkenleri ve etkileri, yönetimde birey ve örgüt odaklı davranışlar. Bursa:Ekin Yayınevi.
- Karakoyunlu, F.B. (2014). Liderlik Davranışlarının çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılığı ile ilişkisi: ebe ve hemşireler üzerine uygulama (Antalya Atatürk Devlet Hastanesi örneği). Yüksek Lisans Tezi,

111

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(KARABULUT, B. / ÇOBAN, A.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Kıraç, E. (2012). Örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık algılaması üzerindeki etkileri ve bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Magharei, M., Mohebbi, Z., Jafari, S. (2019). Relationship between quality of Professional life and organizational commitment in intensive care unit nurses. *Frontiers of Nursing*, 8(4), 399–406.
- Özgörü, H. (2019). Hemşirelerin örgütsel bağlılık düzeyleri ve verimlilik tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tüfekci N. (2018). Birinci basamak sağlık kurumlarında örgütsel bağlılık: demografik özellikler açısından incelenmesine yönelik bir araştırma, *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar*
- Uçucu, G. (2019). Aydın ilindeki ebelerin örgütsel bağlılığı iş doyumunu ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Ünver, H., Aksoy Derya, Y., Uçar, T. (2020). Doğumhanede çalışan ebelerde işe bağlı gerginlik düzeyi ile tükenmişlik, örgütsel bağlılık ve örgütsel adalet düzeyleri arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 8(3), 893-905. doi: 10.33715/inonusaglik.747322
- Ürek, D., Demir, İ. B. ve Uğurluoğlu, Ö. (2015). Örgütsel sessizliğin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkisi: bir eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Gazi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 122-141.
- Wasti, S.A., (2000). Meyer ve Allen'in üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizi, 8.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildirileri, 401-410.
- Yalçın, B. Y., Baykal, Ü. (2012). Özel hastanelerde görevli hemşirelerin sessiz kaldığı konular ve sessiz kalma nedenleriyle ilişkili faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 42-50.
- Yazıcı, E. (2020). Yönetici hemşirelerin liderlik tarzı ile hemşirelerin örgütsel bağlılığı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Yeşilaydın, G., Bayın, G., Esatoğlu, A.E., Yılmaz, G. (2016). Örgütsel sessizliğin nedenleri: kamu hastaneleri çalışanları üzerine bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 18 (31), 14-22.
- Yılmaz, F., Pülat, R., Söyük, S. (2020). Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sessizlik ve Örgüt Kültürü İlişkisi Üzerine Bir İnceleme. *Social Sciences Research Journal*, 9 (3), 1-20.



TAMAMLAYICI ÖZEL SAĞLIK SİGORTASINDA TOPLUMSAL ALGI SOCIAL PERCEPTION IN COMPLEMENTARY PRIVATE HEALTH INSURANCE

Prof. Dr. Aykut EKİYOR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, aykutekiyor1974@yahoo.com, orcid.org/0000-0002-7718-9329

Merve AKÇINAR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, mrveeakcnr@gmail.com, orcid.org/0000-0002-0162-4195

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (06.10.2022-28.02.2023)

Öz

Günümüzde demografik yapının değişmesi, nüfusun artması, çeşitli hastalıkların ortaya çıkması ve sağlık hizmetleri beklentilerinin artması, sağlık harcamalarının da giderek artmasına neden olmuştur. Toplumun her bireyini hastalık risklerine karşı finansal açıdan koruyabilmek amacıyla devlet genel sağlık sigortası sistemini kurmuştur. Fakat bu sistem sağlık beklentilerini karşılamada yetersiz kalmış ve sağlık sigortası ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada, Ankara ilinde yaşayan kullanıcıların demografik özellikleri, sağlık sorunları ve sağlık harcamaları kapsamında tamamlayıcı sağlık sigortasına karşı algılarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Belirlenen amaç doğrultusunda katılımcıların demografik özellikleri ile tamamlayıcı özel sağlık sigortası algısı arasında farklılık ve ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmada anket yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmanın 205 kişilik örnekleme bir istatistiksel analiz programı ile analiz edilmiştir. Araştırmanın hipotezlerinin test edilmesinde T-Testi, korelasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Verilerin analizi sonucunda; gelir düzeyi ile tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olma durumu arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Araştırmada belirlenen boyutlardan genel sağlık sigortası yeterlilik algısı, tamamlayıcı sağlık sigortası beklentisi ve tamamlayıcı sağlık sigortası gereklilik algısı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, genel sağlık sigortası yeterlilik algısının ve tamamlayıcı sağlık sigortası beklentisinin, tamamlayıcı sağlık sigortası gereklilik algısının %42,0'sini açıkladığı tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sigorta, Sağlık Finansmanı, Özel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Genel Sağlık Sigortası, Türkiye.

Abstract

Today, the change in demographic structure, the increase in the population, the emergence of various diseases and the increase in the expectations of health services have led to an increase in health expenditures. The state has established the general health insurance system in order to financially protect every individual of the society against the risks of disease. However, this system was insufficient to meet health expectations and health insurance emerged. In this study, it is aimed to determine the perceptions of users living in Ankara against complementary health insurance within the scope of demographic characteristics, health problems



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

and health expenditures. In line with the determined purpose, it was investigated whether there was a difference and a relationship between the demographic characteristics of the participants and the perception of complementary private health insurance. Questionnaire method was preferred in the research. The sample of 205 people of the study was analyzed with a statistical analysis program. T-Test, correlation and regression analyzes were used to test the hypotheses of the research. As a result of the analysis of the data; There was a significant difference between income level and having complementary private health insurance. Among the dimensions determined in the research, it was found that there was a moderately significant positive relationship between the perception of general health insurance adequacy, the expectation of complementary health insurance and the perception of necessity of complementary health insurance, the perception of general health insurance adequacy and the expectation of complementary health insurance, the perception of complementary health insurance necessity 42.0%. It was found that he explained.

Keywords: Insurance, Health Financing, Private Health Insurance, Complementary Health Insurance, General Health Insurance, Turkey.

1.GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin; sağlık sorunlarının ve sağlık sorunlarına neden olacak risklerin ortadan kaldırılması için ihtiyaç duyulan finansal korumanın sağlanması, toplumun beklentilerinin karşılanması ve toplum sağlığının yükseltilmesi olmak üzere üç temel amacı söz konusudur (Arısoy, 2017: 20). Ülkemizde bu amaca ulaşabilmek için devlet tarafından herkesi kapsayan ve herkesin aynı düzeyde sağlık hizmetlerine erişebilmesine olanak sağlayan bir sigorta sistemi oluşturulmuştur (Yılmaz ve diğerleri, 2019: 100). Genel Sağlık Sigortası (GSS) olarak ifade edilen bu sistemle toplumun sağlık hizmetlerine kesintisiz erişimi -özellikle koruyucu bakıma erken erişimi- sağlanarak toplumun sağlık düzeyinde olumlu bir etki (Barker ve Li, 2020: 816) yaratılması arzulanır. Ancak sağlık hizmeti maliyetlerinin çeşitli nedenlerle (kronik hastalık, yaşlı nüfus, yoğun teknoloji kullanımı, gereksiz hizmet talebi, toplumun beklentilerinin artması vb) dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de artıyor olması GSS kapsamında hizmet kullanan kişilerin tüm istek ve ihtiyaçlarının karşılanamaması ile sonuçlanmaktadır (Özsarı ve Güdük, 2020: 527; Sezer Korucu ve Oksay, 2018: 266). Bu durumun kişilerin arzu ettikleri hizmete erişim sağlayabilmeleri için alternatif sigortacılık hizmetlerini talep etmesine neden olduğu söylenilebilir.

Kişilerin ileride ortaya çıkma ihtimali bulunan risklere karşı önceden tedbir almasına dayalı olan sigortacılık faaliyetlerinde, risk gerçekleşmeden ödenen primlerle riskin gerçekleşmesi durumunda ihtiyaç duyulan finansal destek sağlanır (Korkmazer, 2021: 27). Sağlık hizmetlerine ilişkin talebin belirsiz olması ve hizmet maliyetlerinin yüksekliği, kişilerin sigortacılık hizmetlerini talep etmesine neden olur. GSS, bir sosyal sigorta türüdür ve hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yararlanmasına imkân sağlar. Ancak GSS'nin kapsamına girmeyen/kısmen giren hizmetleri kullanmak isteyen ya da ayrıcalıklı bir sağlık hizmeti talep eden kişiler özel sağlık sigortalarına yönelebilmektedir (Serdar ve diğerleri, 2021: 219). Özel sağlık sigortasının bir çeşidi olan tamamlayıcı sağlık sigortalarının uygulamaları ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı yerleri tamamlamaktadır. Sosyal sigortalar kişilerin asgari ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelikken tamamlayıcı sağlık sigortalarıyla azami ihtiyaçların karşılanması hedeflenir. Başka bir ifade ile devletin sağlamış olduğu sağlık sigortasının kapsamında sunulan sağlık hizmeti ile ihtiyaç duyulan sağlık hizmetine ilişkin nitelikler ve nicelikler arasında oluşan fark, kişinin kendisi tarafından karşılanmak zorundadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile bu fark giderilmeye çalışılır (İnce, 2014: 1). Tamamlayıcı sağlık sigortaları kullanıcılarına sağladığı bu fayda ile birlikte GSS'nin devamlılığının sağlanabilmesi için de bir gereklilik olarak kabul edilir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, GSS'nin kapsamına giren sağlık



harcamalarının kamu bütçesi üzerindeki baskısını azaltarak bir denge sağlanmasına destek olur (Tapan, 2008: 79).

Hem GSS'nin devamlılığının sağlanabilmesi hem de toplumun beklentilerinin karşılandığı bir sağlık hizmeti için tamamlayıcı sağlık sigortalarının öneminin toplum tarafından benimsendiği ve her geçen gün kullanıcı sayısının arttığı ifade edilebilir. Ancak bu alanda kullanıcı görüşlerine ihtiyaç olduğu açıktır. Bu bağlamda yürütülen bu çalışma ile Ankara'da yaşayan ve genel sağlık sigortasından yararlanan kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki algısının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

2.KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Sigorta Kavramı ve Genel Sağlık Sigortası

Sigorta, bireyin bugününü ve yarını önceden güvence altına alma isteğinden doğan ve geçmiş yüzyıllar öncesine dayanan bir sistemdir. Birçok çeşidi bulunan sigorta da temel uygulama, aynı riske karşı güvence oluşturmak isteyen birçok kişinin, önceden ödeyecekleri primler ile riskin gerçekleşmesi durumunda ihtiyaç duyulan harcamaların toplanan bu primlerden karşılanması şeklindedir (İnce, 2014: 6). Türk Ticaret Kanunu'nun 1401. maddesinde sigorta "Sigorta sözleşmesi, sigortacının bir prim karşılığında, kişinin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan tehlikenin, rizikonun, meydana gelmesi hâlinde bunu tazmin etmeyi ya da bir veya birkaç kişinin hayat süreleri sebebiyle ya da hayatlarında gerçekleşen bazı olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya diğer edimlerde bulunmayı yükümlendiği sözleşmedir." olarak tanımlanır (Ay S, 2017: 16).

Geçmişte Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur olmak üzere üç ayrı organizasyon yapısı ile yürütülen sosyal güvenlik sisteminin karmaşaya ve sağlık harcamalarının artmasına neden olduğu görüşüyle 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Sigortalar Kanunu yürürlüğe konulmuştur. Böylelikle sosyal sigortalar tek çatı altında birleştirilmiş ve sigortalar arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılması amaçlanmıştır. Tüm sigorta dallarının tek çatı altında birleştirildiği bu yeni sigorta, Genel Sağlık Sigortası şeklinde isimlendirilmiştir. GSS, gönüllülük esasına dayalı olmayan, ayırım gözetmeksizin toplumun tamamını kapsayan ve kapsadığı nüfusun sağlık hizmetlerinden adil, eşit ve hakkaniyetle faydalanabilmesini hedefleyen kamu sağlık sigortasıdır (İnce, 2014: 23). Başka bir deyişle, genel sağlık sigortası, hakkaniyet ilkesine dayalı olarak gençten yaşlıya, bekârdan evliye, sağlıklı bireylerden hasta bireylere, zenginden fakire herkesi kapsayarak risklerin paylaşılması ve ortaya çıkabilecek hastalıklara karşı toplumdaki her bireyin finansal açıdan korunmasını amaçlayan bir sistemdir.

Sağlık hizmetleri, bireylerin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olabilmelerini ve bireyleri geçirdikleri hastalık veya sakatlıktan sonra tekrar yaşama kazandırmayı amaçlayan hizmetlerdir. GSS ile de toplumun öncelikle sağlığının korunmasına yönelik sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanırken gerekli önlemlere rağmen kişilerin sağlığının bozulduğu durumlarda ise kişinin tekrar sağlığına kavuşması için gerekli hizmet giderleri karşılanır (Özmen, 2013: 26). Bu bağlamda GSS ile finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Gökmen, 2015: 63): (1) Koruyucu sağlık hizmetleri, (2) Hastalık halinde sağlık yardımı (3) Analık halinde sağlık yardımı, (4) Ağız ve diş tedavisi, (5) Diğer sağlık yardımları. Diğer taraftan her türlü estetik amaçlı hizmetler, Sağlık Bakanlığı tarafından tıbbi hizmet olarak değerlendirilmeyen ve ruhsatlandırılmayan hizmetler arasında yer alıp GSS kapsamında sunulmamaktadır (Gökmen, 2015: 63).

GSS toplumun tamamını kapsayıcı nitelikte olsa da GSS'den yararlanmak için çeşitli şartlar mevcuttur. Bu şartlar arasında prim borcunun olmaması, TC kimlik bildiri ve sevk zincirine

uyulması yer almaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti kullanımı sonucunda oluşan tedavi masrafları, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve vücut dışı protez ve ortezler için devletin belirlediği oranlarda katılım payı ödenmektedir (Şahin, 2018: 16). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006)'nda ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği'nde ilave ücret uygulaması ile ilgili bilgilere yer verilmiş durumda olup katılım payı oranları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından belirlenmektedir (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006: 72,73). GSS'den yararlanmakta olup daha nitelikli hizmet almak isteyen ve ek ödeme yapmak istemeyen GSS kullanıcıları, tamamlayıcı sağlık sigortalarına yönelmektedir.

2.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tüm dünyada sağlık harcamaları her geçen gün artmaktadır. Sağlık harcamalarında görülen bu artış trendi, politika yapıcıları bu artışı azaltıcı yönde önlem almaya itmektedir (Dunn, 2016: 74). Hükümetlerin kamu sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla almış olduğu bazı önlemler özel sağlık sigortalarını sağlık hizmetlerinin finansmanında daha önemli hale getirmektedir. Özellikle sosyal sigortaların kapsamına girmeyen ya da sınırlı şekilde sağlanan hizmetler için özel sağlık sigortalarına olan talep artmaktadır (Ko, 2020: 1). Sosyal sigortalara bir alternatif olarak görülen özel sigortalar, sosyal sigortaların zorunlu olmadığı ülkelerde toplumun bazı kesimleri tarafından tercih edilen bir sigortadır. Ülkelere göre özel sağlık sigortası farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde sosyal sağlık sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası yaptırma seçeneği bulunmaktadır. Özel sağlık sigortalarının en büyük amacının, kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve doğrudan cepten ödeme yapamayacak grupların sağlık harcanması yapabilmesine imkân sağlamaktadır (Önder, Ersoy ve Karacaoğlu, 2016: 26; Serdar ve diğerleri, 2021: 219).

Çoğu ülke vatandaşlarına sosyal sigorta imkanı sağlarken kamu tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için maliyetlerin paylaşılmasını ister. Tamamlayıcı sağlık sigortaları masrafların sigortalıya geçen kısmını azaltmakta ve ciddi hastalıklardan kaynaklanan yüksek tıbbi maliyetlerin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Tajika ve Kikuchi, 2012: 129). Tamamlayıcı sağlık sigortası ile kişilerin özel sağlık kuruluşlarından hizmet alması, hem istenilen sağlık hizmetinden istenildiği ölçüde yararlanma hem de kamu kurumlarındaki yükün hafifletilmesi anlamı taşımaktadır (Şahin, 2018: 25). Tamamlayıcı sağlık sigortasının GSS üzerinde ise mali riskin paylaşılması, fiyat kaynaklı kaliteli hizmet baskısının azaltılması ve gereksiz hizmet talebinin azaltılması gibi olumlu etkilerinin olduğu da söylenilebilir (Tapan, 2008: 81,82).

3. METODOLOJİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Tüm dünyada sağlık harcamalarının artması politika yapıcıları çeşitli önlemler almaya itmektedir. Alınan ilk önlemler arasında ise tüm nüfusu kapsar nitelikte olan sosyal sigortaların kapsamının daraltılması ve sosyal sigorta kapsamında yer alan çeşitli hizmetler için katılım payı alınması şeklinde olmaktadır. Diğer taraftan ek ücret ödemek istemeyen ya da daha kapsamlı ve nitelikli sağlık hizmeti almak isteyen kişiler ise özel sağlık sigortalarına yönelmektedir. Bir özel sağlık sigortası çeşidi olarak karşımıza çıkan tamamlayıcı sağlık sigortaları kişileri, ek ücret ödemelerine karşı teminat sağlarken sosyal sigorta kapsamına girmeyen sağlık hizmetlerinden de ücretsiz faydalanma imkanı sunar. Bu bağlamda kullanıcı dostu olarak nitelendirilebilecek tamamlayıcı sağlık sigortaları GSS'nin devamlılığı içinde önemli bir etken olarak kabul edilir. Ancak tamamlayıcı sağlık sigortalarının kullanım oranlarına bakıldığında düşük oranda olduğu görülür. Bu bağlamda tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanım oranlarını etkileyen unsurların tespit edilmesi son derece önemlidir. Bu araştırma ile Ankara ili merkezinde bulunan GSS sistemine dahil olan kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili düşünceleri ve algılarının tespit edilmesi

amaçlanmıştır. Araştırma tamamlayıcı sağlık sigortalarının kullanımıyla ilgili toplumun bir kısmının görüşünü yansıtması açısından önemlidir.

Araştırma amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler ise aşağıdaki gibidir:

H₁: Gelir düzeyi ile tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olma arasında anlamlı fark vardır.

H₂: GSS yeterlilik algısı düzeyi ile TSS beklenti düzeyi ve TSS gereklilik algısı düzeyi arasında ilişki vardır.

H₃: GSS yeterlilik algısı düzeyi ile TSS beklenti düzeyinin TSS gereklilik algısı düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H₄: Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olup olmama durumlarına göre bireylerin GSS yeterlilik algısı düzeyi, TSS beklenti düzeyi ve TSS gereklilik algısı düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.

3.2.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Ankara il merkezinde yaşayan ve genel sağlık sigortası kapsamında olan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yoluna gidilmemiş olup araştırmaya katılma hususunda gönüllülük gösteren kişilerden veriler toplanmıştır. Araştırma sürecinde toplamda 214 kişiye ulaşılmıştır. 214 kişiden elde edilen verilerin dokuz tanesi çeşitli eksiklikler bulunması nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır. Yapılan analizlerde 205 kişiye ait veriler kullanılmıştır. Araştırma verileri 2019 yılının Ekim ve Kasım aylarında toplanmıştır. Araştırma 2019 yılında gerçekleştirildiğinden etik kurul iznine ihtiyaç duyulmamıştır.

3.3.Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Verilerin elde edilmesinde ilgili literatür incelemesi sonucunda oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun hazırlanmasında Tapan (2008) ve Şahin (2018)'nin çalışmalarından yararlanılmıştır. Genel sağlık sigortası kapsamında olan kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki görüşlerinin ve algılarının belirlenmeye çalışıldığı araştırmada, öncelikle demografik değişkenlerin tespitine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Literatür taraması sonucunda oluşturulan ölçek formu ise üç boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar "GSS yeterlilik algısı", "TSS beklentisi" ve "TSS gereklilik algısı" şeklindedir. Ölçek önermeleri önem derecesine göre Kesinlikle Katılmıyorum (1) ve Kesinlikle Katılıyorum (5) şeklinde sıralanmıştır. Anket formu katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır.

Verilerin geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacı ile açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi (AFA), birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenleri (faktörler, boyutlar) bulmayı amaçlayan çok değişkenli bir istatistik yöntemidir (Gürbüz ve Şahin, 2017: 315). Açıklayıcı faktör analizi sonucunda; Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) oranının 0,60'tan büyük olması ve Bartlett testinden p değerinin 0,001'den küçük olması, veri setinin faktör analizi için uygunluğunu göstermektedir (Gürbüz ve Şahin, 2017: 317). Analiz sonucunda; KMO değeri 0.909 ve Bartlett küresellik testinin ($X^2 = 2978,549$, $sd=190$, $p=0,000$) anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda veri setinin faktör analizi için uygun olduğu belirlenmiştir.

205 kişiye ait veri ile gerçekleştirilen AFA'da her bir boyutta faktör yükünün minimum 0.30 olması ve birden fazla boyuta yük vermesi durumunda iki yük değeri arasında 0.1'den daha büyük bir fark olması ön koşul olarak ele alınmıştır. Analiz sonucunda 3 boyut elde edilmiştir. 3 boyutun toplam varyansın %65,0'ini açıkladığı saptanmıştır. Açıklanan varyans değeri veri setinin ilgili

yapıyı ne derece iyi ölçtüğünün bir göstergesidir. Veri setine ilişkin faktör yük matrisi ise aşağıdaki gibidir:

Tablo 1: Faktör Yükü Matrisi

Önermeler	Boyut 1	Boyut 2	Boyut 3
1	0,815		
2	0,838		
3	0,817		
4	0,672		
5	0,748		
6		0,851	
7		0,840	
8		0,881	
9		0,882	
10		0,873	
11		0,865	
12		0,872	
13		0,500	
14			0,749
15			0,585
16			0,643
17			0,359
18			0,700
19			0,703
20			0,623

Tablo 1’de, maddeler ve maddelerin gittiği boyutlara ilişkin faktör yüklerinin gösterimine yer verilmiştir. AFA sonucunda 5, 7 ve 20 numaralı önermelerin birden fazla boyuta geçerli yük değeri aldığı görülmüştür. Faktör yükleri arasındaki fark 0,100’ den büyük olduğu için ilgili önermeler büyük faktör yükü olan boyut altında değerlendirilmiştir. Buna göre tüm faktör yükleri 0,300’den büyük olup 1. boyuttaki önermeler 0,670 ile 0,830 arasında faktör yük değerlerine, 2. boyuttaki önermeler 0,500 ile 0,880 arasındaki yük değerlerine ve 3. boyuttaki önermeler ise 0,350 ile 0,700 arasındaki faktör yük değerlerine sahiptir.

Tablo 2: Boyutların İsimlendirilmesi

Boyut	Boyut Adı	Önermeler
1	GSS Yeterlilik Algısı	1,2,3,4,5
2	TSS Beklentisi	6,7,8,9,10,11,12,13
3	TSS Gereklilik Algısı	14,15,16,17,18,19,20

Gerçekleştirilen AFA sonucunda birinci boyut toplam 5 önermeden oluşmaktadır ve “GSS Yeterlilik Algısı” olarak isimlendirilmiştir. İkinci boyut 8 önermeden oluşmaktadır ve “TSS Beklentisi” şeklinde isimlendirilmiştir. Son olarak üçüncü boyut 7 önermeden oluşmaktadır ve “TSS Gereklilik Algısı” şeklinde isimlendirilmiştir. Toplam 20 önermeden oluşan ölçeğin

güvenirliğini belirlemek amacıyla iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) hesaplanmış olup iç tutarlılık katsayısına ilişkin değerler Tablo 3'te gösterilmiştir:

Tablo 3: Araştırmanın Güvenirlik Sonuçları

	Cronbach Alfa	Önerme Sayısı
1. Boyut	0,910	20
2. Boyut	0,837	5
3. Boyut	0,867	8
	0,742	7

Kalaycı (2008), Cronbach Alfa değerine göre ölçek güvenirliğini ifade ettiği kategorilendirmede; $0,60 \leq \alpha < 0,80$ aralığı güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ aralığı yüksek güvenilir olarak belirtilmiştir. Gerçekleştirilen iç tutarlılık analizi sonucunda tüm ölçek için güvenirlik 0,910 olarak elde edilmiştir ve bu sonuca göre ölçeğin yüksek güvenirliğe sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca alt boyutlarda güvenirlik 1. boyutta 0,837, 2. boyut 0,867 ve 3. boyut ise 0,742 olarak elde edilmiştir. 1. ve 2. boyutların yüksek güvenirlikte, 3. boyutun ise oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir.

4. ARAŞTIRMA BULGULARI

Çalışmanın bu bölümünde araştırmaya katılan kişilere ilişkin demografik değişkenlerin dağılımı, hastane ve sigorta tercihlerine ilişkin ifadelerin dağılımı, araştırma hipotezlerinin testine ilişkin t-testi, korelasyon ve regresyon analizleri yer almaktadır.

Tablo 4: Demografik Değişkene Göre Dağılım Tablosu

Değişkenler	Gruplar	f	%
Cinsiyet	Kadın	81	39,5
	Erkek	123	60,0
	Belirtilmeyen	1	0,50
Toplam		205	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim	12	5,90
	Lise	49	23,9
	Lisans	125	61,0
	Lisansüstü	19	9,30
Toplam		205	100,0
Medeni Hal	Bekâr	129	62,9
	Evli	76	37,1
	Toplam	205	100,0
Gelir Durumu	1000 TL altı	43	21,0
	1000-3000 TL	87	42,4
	3000-5000 TL	38	18,5
	5000 ve üzeri	34	16,6
	Belirtilmeyen	3	1,50
Toplam		205	100,0

Veri toplama aracında yer alan demografik değişkenlerin tespitine ilişkin bölümdeki sorularla cinsiyet, eğitim durumu, yaş, medeni hal ve gelir durumu ile ilgili veriler toplanmıştır. Yaş değişkeni kategorik değişken olmadığı için frekans ve yüzde yerine betimsel istatistik olarak (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Yaş haricindeki demografik değişkenlere ilişkin dağılım

Tablo 1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %60,0’i erkek, %39,5’i ise kadındır. Eğitim durumları; %61,0’i lisans, %23,9’ u lise, %9,3’ü lisansüstü ve %5,9’u ise ilköğretim düzeyindedir. Bireylerin %62,9’u bekar iken %37,1’i evlidir. Gelir durumlarına göre ise bireylerin %42,4’ ü 1000-3000 TL, %21,0’inin 1000 TL altı, %18,5’i 3000-5000 TL, %16,6’sının ise 5000 ve üzeri geliri vardır.

Tablo 5: Hastane ve Sigorta Tercihlerine Göre Dağılım Tablosu

Değişkenler	Gruplar	f	%
Özel hastanelerden de hizmet alıyor musunuz?	Evet	107	52,2
	Hayır	98	47,8
Herhangi bir özel sağlık sigortasına sahip misiniz?	Evet	59	28,8
	Hayır	145	70,7
	Belirtilmeyen	1	0,5
Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını duydunuz mu?	Evet	95	46,3
	Hayır	110	53,7
Tamamlayıcı sağlık sigortanız var mı?	Evet	15	7,3
	Hayır	190	92,7
Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmayı isteme nedenleri	Kendimi daha güvende hissetmek için	25	12,2
	İstediğim hastaneye gidebilmek için	8	3,9
	İlave ücret ödememek için	12	5,9
	İşyeri grup sigortası yaptırdığı için	4	2,0
	İstediğim hekimlerle anlaşmalı olduğu için	7	3,4
	Belirtilmeyen	19	9,3
Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmama nedenleri	Parasal nedenlerden dolayı	57	27,8
	Devletin sunduğu sağlık hizmetlerinden memnun olduğum için	9	4,4
	Böyle bir gereksinim hissetmediğim için	55	26,8
	Daha önce hiç duymadığım için	44	21,5
	Zaman bulamadığım için	5	2,4
Belirtilmeyen	35	17,1	
Toplam		205	100

Hastane ve sigorta tercihlerine göre katılımcı görüşlerine ilişkin dağılıma tablo 2’de yer verilmiştir. Tablo 2’de yer alan bulgulara göre araştırmaya katılan bireylerin %52,2’si özel hastanelerden hizmet alırken, %47,8’i hizmet almamaktadır. Bireylerin %70,7’sinin özel sağlık sigortası bulunmazken, %28,8’inin özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasını duyanlar katılımcıların %46,3’ünü, duymayanlar ise %53,7’sini oluşturmaktadır. Katılımcıların %92,7’sinin TSS bulunmazken, %7,3’ünün TSS bulunmaktadır. Diğer taraftan katılımcıların TSS yaptırmayı isteme nedenleri incelendiğinde en etkili yaptırma nedeninin kendilerini daha güvende hissetmek olduğu ve tüm grubun %12,2’sini temsil ettiği saptanmıştır. Bunu ilave ücret ödemek

istememe seçeneği takip etmektedir. TSS yaptırmada en az etkili olan neden ise “çalıştıkları iş yerinin grup sigortası yaptırmaları” olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında değerlendirilen bir diğer etken katılımcıların TSS yaptırmama nedenleridir. Bireylerin %27,8’i parasal nedenlerden dolayı TSS yaptıramadıklarını ve bu durumun bu araştırmada en çok etkili faktör olduğu görülmektedir. Bireylerin %26,8’i ise TSS için bir gereksinim hissetmedikleri, %21,5’i ise daha önce duymadıkları için ve %4,4’ü devletin sunduğu sağlık hizmetlerinden memnun oldukları için TSS yaptırmadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmada her bir alt boyuta ilişkin maddeler toplanarak o boyutlara ilişkin ölçek alt boyutlarına ait puanlar elde edilmiştir. Her bir madde 1 ile 5 arasında puanlanmıştır. GSS Yeterlilik Algısı alt boyutunda 5 madde yer almaktadır ve bu boyut için minimum 5, maksimum 25 puan alınmaktadır. İkinci boyut da 8 madde yer almaktadır ve bu boyut için minimum 8, maksimum 40 puan alınmaktadır. Üçüncü boyutta ise 7 madde yer almaktadır. Bu boyutta alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında yer almaktadır. Her bir alt boyuta ve yaş değişkenine göre betimsel istatistik tablo 6’da gösterilmiştir. Boyutlarda ortalamaların yüksek olması algı düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 6: Betimsel İstatistik Tablosu

	n	En Küçük	En Büyük	x	S.S.
Yaş	18 5	17	63	28,1	7,27
GSS Yeterlilik Algısı	20 5	5	25	14,1	4,77
TSS Beklentisi	20 5	8	40	24,1	6,63
TSS Gereklilik Algısı	20 5	7	35	22,3	5,30

x: Ortalama; S.S.: Standart Sapma

Araştırmaya katılan bireylerden 185’i yaşını belirtmiştir. Katılımcıların yaş dağılımı 17-63 aralığında değişmektedir. Yaş ortalaması 28,1 ve standart sapması ise 7.27’dir. GSS yeterlilik algısı boyutu için ortalama puan 14,1’dir. Bu değer katılımcıların genel sağlık sigortasını kısmen yeterli bulduğunu göstermektedir.

TSS beklentisi boyutu için 8-40 arasında puan alınmış olup bu boyuta ilişkin ortalama 24,1’dir. Ortalama puan doğrultusunda katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin beklenti düzeyinin orta düzeyde olduğu ifade edilebilir. TSS gereklilik algısı boyutu için ise 7-35 aralığında puan alınmıştır. Bu boyuta ilişkin ortalama puan 22,3 olarak bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin gereklilik algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Hipotezlerin Test Edilmesi

Araştırma Problemi 1: Gelir düzeyi ile tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olma arasında anlamlı bir fark var mıdır?

H₁: Gelir Düzeyi ile tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olma arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 7: Gelir Düzeyine Göre Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olma

Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olma	n	x	S.S.	t	p
Evet	58	2,64	1,021	3,009	0,00
Hayır	143	2,18	0,954		

x: Ortalama; S.S.; Standart Sapma

Katılımcıların gelir düzeyi ile özel sağlık sigortası sahipliği arasında anlamlı farklılık olduğu yapılan t-testi sonucunda tespit edilmiştir. Analiz sonucuna göre; gelir düzeyi yüksek katılımcıların özel sağlık sigortasına sahip olduğu ifade edilebilmektedir.

Araştırma Problemi 2: Araştırma boyutları arasında ilişki var mıdır?

H₂: GSS yeterlilik algısı düzeyi ile TSS beklenti düzeyi ve TSS gereklilik algısı düzeyi arasında ilişki vardır.

Araştırma değişkenleri sürekli olup veri sayısı yeterli büyüklüktedir (n>30). Bundan dolayı sürekli iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişki düzeyinin ve ilişkinin yönünün belirlenmesinde kullanılan Pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Analize ilişkin değerler tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Pearson Korelasyon Tablosu

	Korelasyon	GSS Yeterlilik Algısı	TSS Beklentisi	TSS Gereklilik Algısı
GSS Yeterlilik Algısı	r	1	,712**	,592**
TSS Beklentisi	r	,712**	1	,695**
TSS Gereklilik Algısı	r	,592**	,695**	1

**0,01 düzeyinde anlamlı, r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Tüm boyutlar arasında %99 güven aralığında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0,01). GSS yeterlilik algısı ile TSS beklentisi arasında korelasyon katsayısı 0.712, TSS gereklilik algısı boyutu ile arasında korelasyon katsayısı ise 0.592 olarak bulunmuştur. Diğer taraftan TSS beklentisi ile TSS gereklilik algısı alt boyutu arasındaki korelasyon katsayısı 0.695’tir. Bu bulgular doğrultusunda tüm değişkenler arasında orta düzeyde ve pozitif bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Değişkenler arasındaki orta düzeyli pozitif ilişki bir değişkene ilişkin puanların artması durumunda diğer değişkene ilişkin puanların da artması ya da bir değişkene ilişkin puanların azalması durumunda diğer değişkene ilişkin puanların da azalması şeklinde yorumlanır.

Araştırma Problemi 3: GSS yeterlilik algısı düzeyi ile TSS beklenti düzeyi TSS gereklilik algısı düzeyini anlamlı şekilde yordamakta mıdır?

H₃: GSS yeterlilik algısı düzeyi ile TSS beklenti düzeyinin TSS gereklilik algısı düzeyi üzerinde etkisi vardır.

GSS yeterlilik algısı düzeyi ile TSS beklenti düzeyinin TSS gereklilik algısı düzeyi üzerindeki etkisi regresyon analizi ile incelenmiştir. Regresyon analizi için birtakım varsayımlar yer almaktadır. Bu varsayımlar; veri sürekli olmalı, bağımlı değişken (TSS gereklilik algısı) ve bağımsız değişkenler (GSS yeterlilik algısı ile TSS beklentisi) puanları arasında ilişki olmalı, bağımsız değişkenler arasında ilişki anlamlı olmalı ancak yüksek olmamalı (<0.90) ve veri sayısının yeterli büyüklükte olması gerektiği (n>30) şeklindedir (Gürbüz ve Şahin, 2017: 266;

Tabachnick ve Fidell, 2013). Analizin gerçekleştirileceği veri seti gerekli koşulları sağlamakta olup yapılan regresyon analizi sonucunda GSS yeterlilik algısı ile TSS beklenti düzeyinin TSS gereklilik algısını etkilediği belirlenmiştir ($F_{(2,202)}=74,222$, $p<0,05$). R^2 değeri bağımlı değişkendeki varyansın (değişkenliğin) ne kadarının bağımsız değişkenler tarafından açıklandığını göstermektedir. Buna göre TSS gereklilik algısına ilişkin varyansın %42,0'si bu iki değişkenle açıklanmaktadır.

Tablo 9: Regresyon Tablosu

Değişkenler	B	Standart Hata	β	t	p
Sabit	1,397	0,131		10,67	,000
GSS Yeterlilik Algısı	0,157	0,056	0,348	2,794	,006
TSS Beklentisi	0,442	0,056	0,365	7,840	,000
R=0,709 $F_{(2,202)}=101,9$	$R^2=0,502$ $p=0,000$	Düzeltilmiş $R^2=0,497$			

GSS yeterlilik algısının ($t=2,794$; $p<0,05$) ve TSS beklentisinin ($t=7,840$; $p<0,05$) TSS gereklilik algısına olan etkisi anlamlıdır. β katsayısı kurulan regresyon denklemindeki bağımsız değişkenlerin önem sırasına ilişkin bilgi verir ve bu katsayı ne kadar yüksek ise en çok etkileyen değişken olarak değerlendirilir. Buna göre TSS beklentisinin etkisi GSS yeterlilik algısının etkisine göre daha yüksektir. Regresyon denkleminde sabit değer anlamlıdır ve sonuçta elde edilen regresyon denklemi; **TSS gereklilik algısı=1,397+0,157*GSS; Yeterlilik algısı+0,442* TSS beklentisi** şeklindedir.

Araştırma Problemi 4: Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olup olmama durumlarına göre bireylerin GSS yeterlilik algısı düzeyi, TSS beklenti düzeyi ve TSS gereklilik algısı düzeyi arasında fark var mıdır?

H₄: *Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olup olmama durumlarına göre bireylerin GSS yeterlilik algısı düzeyi, TSS beklenti düzeyi ve TSS gereklilik algısı düzeyi arasında anlamlı bir fark vardır.*

Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olup olmama durumlarına göre bireylerin GSS yeterlilik algısı düzeyi, TSS beklenti düzeyi ve TSS gereklilik algısı düzeyi arasında anlamlı fark olup olmadığı bağımsız gruplar t-testi ile analiz edilmiştir. Bu yöntem bağımsız iki grubun puan ortalamaları arasında fark olup olmadığında kullanılan parametrik bir yöntemdir (Gürbüz ve Şahin, 2017: 227). Araştırma hipotezi doğrultusunda gerçekleştirilen t-testi sonucu tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumuna Göre T-Testi

Değişkenler	n	x	S.S.	t	sd	p
GSS Yeterlilik Algısı	Evet Hayır	59 145	3,03 2,73	0,965 0,943	2,054	202 0,042
TSS Beklentisi	Evet Hayır	59 145	3,15 2,98	0,837 0,992	1,221	202 0,225
TSS	Evet	59	3,21	0,639	0,425	202 0,672



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Gereklilik Algısı	Hayır	145	3,16	0,805
-------------------	-------	-----	------	-------

x: Ortalama; S.S.; Standart Sapma

Yapılan analiz sonucunda özel sağlık sigortası olanlar ile olmayanların GSS yeterlilik algı düzeyinde anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($t_{(202)}=2,054$; $p=.042$, $p<.0,05$). Tamamlayıcı özel sağlık sigortası olanların GSS yeterlilik algısı düzeyi olmayanlara göre daha yüksektir. Yani tamamlayıcı özel sağlık sigortası olanların GSS'nin yeterli olduğuna ilişkin algı düzeyi daha olumludur. Ancak tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olanlar ile olmayanların TSS beklenti düzeyi ve TSS gereklilik algısı düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>.0,05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık harcamalarının toplumun beklentilerinin karşılanması, teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerine olan yansımaları, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklarda görülen artış gibi nedenlerden dolayı artması, kamunun sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili yeni kaynaklara ve stratejilere yönelmesine neden olduğu söylenilebilir. Diğer taraftan politikacıların almış olduğu sağlık harcamalarını azaltıcı yöndeki kısıtlayıcı önlemler, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın tesadüfiliği ve maliyetlerin yüksek olması, kişileri sigortacılık hizmetlerini kullanmaya zorlamaktadır. Türkiye'de kullanılmakta olan GSS'nin neden olduğu sağlık harcamalarındaki artış dolayısıyla da çeşitli önlemler alınmıştır. Bu önlemler arasında kullanılan bazı hizmetlere ilişkin katılım payı alınması, bazı hizmetlerin GSS kapsamında yer almaması ve yer alan bazı hizmetlerin ise sınırlı şekilde sunulması söylenilebilir (Özsarı ve Güdük, 2020: 527). Bu faktörlerden etkilenmek istemeyen kişiler için ise bir özel sağlık sigortası çeşidi olan tamamlayıcı sağlık sigortaları iyi bir seçenek olarak kabul edilebilir. Ancak ülkemizde diğer gelişmiş ülkelere göre özel sağlık sigortalarının kullanımı daha azdır (Tarım ve Güdük, 2019: 200). Bu bağlamda GSS kapsamında olan nüfusun genel sağlık sigortasına ve tamamlayıcı sağlık sigortalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesinde fayda vardır.

Yapılan çalışmada genel sağlık sigortası kapsamında olan kişilerin genel sağlık sigortasının yeterliliğine ilişkin algıları, tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin beklenti düzeyleri ve tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin gereklilik algısı düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle araştırmanın gerçekleştirildiği katılımcı grubunun tamamlayıcı sağlık sigortasını duymadıkları sorulmuş ve %53,7'sinin duymadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç, son yıllarda TSS için yapılan çalışmaların yetersiz kaldığını ve bu alanda daha fazla haber, duyuru ve girişimde bulunulması gerektiğini göstermektedir. Yayar ve Daşcı (2020: 37)'nin çalışmasında da katılımcıların özel sağlık sigortalarına ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Sarı (2021:117) tarafından yürütülen çalışmada katılımcıların katılım payı ile ilgili bilgi düzeylerinin de yetersiz olduğu belirlenmiştir. Hıdıroğlu ve diğerlerinin (2009: 249) sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirmiş oldukları çalışmada ise katılımcıların GSS'ye ilişkin bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Araştırma sonuçları ile literatürde yer alan çalışmaların sonuçlarının birbiri ile benzer olduğu anlaşılmaktadır. Elde edilen bu sonuç doğrultusunda toplumun hem genel sağlık sigortası hem de tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin bilgilendirilmeleri gerektiği ifade edilebilir.

Araştırmada TSS'ye sahip olan katılımcıların bu sigortaya sahip olmasının nedenleri değerlendirilmiş olup TSS kullanıcısı olan kişilerin bu sigorta çeşidini kullanmalarındaki birinci en yüksek nedenin kendini güvende hissetmek, ikinci en önemli nedeninin ise ilave ücret ödememek olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında değerlendirilen bir diğer etken katılımcıların TSS yaptırmama nedenleridir. Bireylerin parasal nedenlerden dolayı TSS yaptırmadıklarını ve bu durumun bu araştırmada en çok etkili faktör olduğu saptanmıştır. Ayrıca gelir düzeyi ile özel sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

sigortasına sahip olma durumu arasında anlamlı fark olduğu yapılan t-testi sonucunda belirlenmiştir. Tarım ve Güdük (2019: 198) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Özel sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olan katılımcı sayısı yetersiz bulunmuş ve katılımcıların özel sağlık sigortası yaptırmama nedenleri arasında en önemli etkinin maddi nedenlere ilişkin olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda toplumun tamamlayıcı sağlık sigortalarını kullanım oranlarının artırılabilmesi için prim oranlarında azaltmaya gidilmesi önerilebilir. Katılımcıların TSS kullanmamalarında etkili olan diğer önemli faktörler ise TSS için bir gereksinim hissetmeme ve daha önce duymama şeklindedir. Katılımcıların %4,4'ünün ise devletin sunduğu sağlık hizmetlerinden memnun oldukları için TSS yaptırmadıkları tespit edilmiştir. Bu sonuçlar katılımcıların devletin sunduğu sağlık hizmetlerini aslında yetersiz bulunduğu ancak maddi yetersizliklerden dolayı ek sigortacılık hizmetlerini talep edemedikleri şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca katılımcıların GSS yeterlilik algısına ilişkin görüşlerinin ortalamaları değerlendirildiğinde elde edilen değerler katılımcıların GSS'yi kısmen yeterli buldukları şeklindedir. Diğer taraftan katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin beklenti düzeyinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin gereklilik algısının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara istinaden katılımcıların TSS'ye ihtiyaç duydukları ifade edilebilir.

Araştırma kapsamında test edilen bir diğer hipotez bağlamında, GSS yeterlilik algısı, TSS beklentisi ve TSS gereklilik algısı arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre genel sağlık sigortasının yeterliliğine ilişkin katılımcıların algı düzeyi arttıkça tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin beklenti düzeyinin ve tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliğine ilişkin algı düzeyinin arttığı ifade edilebilir. Ayrıca tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin beklenti düzeyi arttıkça tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin gereklilik algısı da artmaktadır.

Araştırma kapsamında elde edilen bir diğer sonuç ise TSS gereklilik algısının, GSS yeterlilik algısı ve TSS beklentisi tarafından etkilendiğidir. Yapılan regresyon analizinde, GSS yeterlilik algısının ve TSS beklentisinin, TSS gereklilik algısının %42,0'sini açıkladığı tespit edilmiştir. TSS beklentisi düzeyinin TSS gereklilik Algısı üzerindeki etkisi ise daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda katılımcıların genel sağlık sigortası yeterlilik algısı ile tamamlayıcı sağlık sigortası beklentilerinin tamamlayıcı sağlık sigortası gerekliliğine ilişkin katılımcı algılarını önemli düzeyde etkilediği ifade edilebilir. Özel sağlık sigortası olanların GSS yeterlilik algısı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin arzu ettikleri sağlık hizmetlerine erişebilme olanaklarının daha iyi olması bu katılımcıların genel sağlık sigortasını yeterli bulmalarında etkili olmuş olabileceği söylenilebilir. Şahin (2018) yaptığı çalışmada tamamlayıcı sağlık sigortası modeli için devlet ve özel kurumların işbirliği yapmasını, TSS'nin bilinir ve destekleyici nitelikte olması üzerinde daha fazla çalışmaların yapılması gerektiğini önermiştir. İnce (2014) tarafından yapılan çalışmada tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminin kapsamının genişletilmesini, tamamlayıcı sağlık sigortasının içeriğinin ve faydalarının açık bir şekilde sunulması gerektiğini belirtmektedir.

Araştırma sonuçlarının genel olarak literatürde yer alan diğer çalışmalarla desteklediği saptanmış olup genel sağlık sigortasının tek başına sağlık sistemi maliyetlerini finanse etmede yeterli olmadığı ve tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının GSS'nin de yükünü hafifleteceği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında kişilerin daha fazla bilgilendirilmesi, herhangi bir eşitsizliğe yol açmadan düşük gelirli grubun da faydalanabileceği şekilde sistemin yenilenmesi, bu sektörde ya özel sigorta şirketleri ya da başka araçlar ile daha fazla girişimin yapılması ve girişimcilerin bu alanda daha fazla deneyim kazanması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Katkı Oranı Beyanı: Bu çalışmanın tüm bölümlerinde yazarlar ortak katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Arısoy, D. Ş. (2017). “Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama.” T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ay, S. (2017). Türkiye’ de Bireylerin Gelir Durumuna Uygun Sağlık Sigortası Modeli Önerisi: Almanya Sağlık Sigortası Sistemi ile Mukayeseli Olarak. T.C. İstanbul Ticaret Üniversitesi Finans Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Barker, A. R., & Li, L. (2020). The Cumulative Impact of Health Insurance on Health Status. *Health Services Research*, 2(2): 815-822. doi: 10.1111/1475-6773.13325.
- Dunn, A. (2016). Health Insurance and the Demand for Medical Care: Instrumental Variable Estimates Using Health Insurer Claims Data. *Journal of Health Economics*, 48: 74–88. doi:10.1016/j.jhealeco.2016.03.001
- Gökmen S. (2015). Türkiye’ de Sağlık Sigorta Sistemi: Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi ve Finansal Sürdürülebilirliği. T.C. Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2017). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. Seçkin Kitapevi, Ankara.
- Hidroğlu, S., Önsüz, M. F., Sülün, S., Topuzoğlu, A., & Karavuş, M. (2009). Ümraniye İlçesinde Birinci Basamakta Görevli Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 8(3): 245-250.
- İnce, G. (2014). Ankara’ da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. T.C. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Kalaycı, Ş. (2008). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 3. Baskı, Ankara, Asil Yayın Dağıtım.
- Ko, H. (2020). Moral Hazard Effects of Supplemental Private Health Insurance in Korea. *Social Science & Medicine*, 265: 1-11. 113325. doi:10.1016/j.socscimed.2020.113325
- Korkmazer, F. (2021). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Genel ve Özel Sağlık Sigortası Algılarının Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 2(1): 25-41.
- Önder, M. E., Ersoy, E., & Karacaoğlu, K. (2016). Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, 1(1): 23-36.
- Özmen, S. (2013). Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri. T.C. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Özsarı, H., & Güdük, Ö. (2020). Bazı Sigorta Şirketi Yöneticilerinin Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Üzerine Bir Değerlendirmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3): 526-536.
- Sarı, M. (2021). Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Katılım Payı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Serdar, F., Kurtaran, A., Turan Kurtaran, A., & Kurtaran Çelik, M. (2021). Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği: Öğretim Elemanlarının Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *The Journal of International Scientific Researches*, 6(2): 218-231.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Sezer Korucu, K., & Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(32): 265-313.
- Şahin, H. (2018). Sağlık Finansmanında Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Rolü ve Uygulanabilirliği. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tajika, E., & Kikuchi, J. (2012). The Roles of Public and Private Insurance for the Health-Care Reform of Japan. Public Policy Review, Policy Research Institute, Ministry of Finance Japan, 8(2): 123-144.
- Tapan B. (2008). Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliği. T.C. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Tarım, M., & Güdük, Ö. (2019). Türkiye’de Bireylerin Özel Sağlık Sigortası Tercihini Etkileyen Nedenler ve Bilgi Düzeyleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 6 (3): 196-200.
- Yayar, R., & Daşçı, A. (2020). Özel Sağlık Sigortası Talebini Etkileyen Faktörlerin İkili Lojistik Regresyon Yöntemiyle Analizi: İstanbul Örneği. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 10(1): 19-40.
- Yılmaz, F. Ö., Erişen, M. A., Atalay, H. N., & Şahin, P. (2019). Öğrencilerin Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortasına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. 4. International Health Sciences and Management Conference -İstanbul, 100-105.
- Resmî Gazete (2006). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.



İŞGÖRENLERİN SINIZM SEVİYESİ İLE MOTİVASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

THE RELATIONSHIP BETWEEN SYNICISM LEVEL AND MOTIVATION OF EMPLOYEE

Öğr. Gör. Dr. Erhan USLU

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, dr.erhanuslu@gmail.com, orcid.org/0000-0002-4449-5282

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (28.02.2023-25.04.2023)

Öz

Bu araştırmada, iş görenlerin sinizm, mizaçsal sinizm, örgütsel sinizm ve motivasyon seviyeleri arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Araştırmanın birinci amacı: farklı ekonomik ve sosyal yapılara (farklı demografik özelliklere) sahip olan iş görenlerin sinizm, mizaçsal sinizm, örgütsel sinizm ve motivasyon açılarından benzerlik ve farklılıklarını tespit etmektir. İkinci amaç: iş görenlerin sinizm düzeyleri ile işyerinde çalışma motivasyonları arasındaki ilişkileri ortaya koymaktır. Araştırmanın üçüncü amacı: bireylerin psikoekonomik durumları ile sinizm düzeyleri arasındaki ilişkileri test etmektir. Bu deneysel çalışmada tarama yöntemi kullanılmıştır. Analiz bulgularına göre; iş görenlerin örgütsel sinizm düzeyleri yaş gruplarına göre, motivasyon düzeyleri ise deneyim ve haftalık çalışma süresine göre farklılık göstermektedir. Ayrıca, iş görenlerin örgütsel sinizm düzeyi ile motivasyon düzeyi arasında korelasyon bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sinizm, örgütsel sinizm, psikoekonomi, motivasyon.

Abstract

In this research it is planned to determine the relations between cynicism, personal cynicism, organizational cynicism and motivation levels of employee. The main purpose of this research is to determine the differences and similarities of employee who have different economical and social structures (different demographic features) in terms of cynicism, personal cynicism, organizational cynicism and motivation. The second purpose is: to reveal the relationship between cynicism level and work motivation of employee. The third purpose is to determine the relations between cynicism levels and psychoeconomic status of individuals. The method of this experimental research is statistical scanning method. According to findings of analyses, organizational cynicism levels differ due to age, motivation levels differ due to experience and working time per week. Also, correlation found between organizational cynicism and motivation.

Keywords: Cynicism, organizational cynicism, psychoeconomy, motivation.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

GİRİŞ

Sinizm kavramı zaman içerisinde tanımsal bir değişime uğramıştır. Dean, Brandes ve Dharwadkar(1998)'ın sinizm hakkında yaptıkları kavramsal çalışmada ifade ettiklerine göre, sinizm kavramının kökeni antik Yunan dönemine kadar uzanan bir felsefeye dayanmaktadır. Bu felsefenin okulunun, Atina yakınlarındaki Cynosarges adlı kasabada bulunduğu ve Sinizm adının da buradan geldiğine inanılmaktadır. Sinizm felsefesini, Sokrates'in öğrencisi olan Antisthenes başlatmıştır. Sinizm felsefesine göre gelenekler, adetler ve kurallar insan doğasına uygun değildir; daha iyi ve bağımsız bir yaşam için kurallardan ve adetlerden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır. Sinizm, toplum standartlarını reddeden, salaş giyinen basit hayatı içeren bir yaşam biçimidir. Zamanla sinizm kavramının anlamı değişime uğramış ve 1998 yılında Oxford İngilizce Sözlük(The Oxford English Dictionary) "sinik"(cynic) sözcüğünü insan dürtülerinin ve davranışlarının samimi olduğuna inanmayan mizaça sahip kimse" olarak tanımlamıştır(Dean vd., 1998, s. 342). Bu tanım hayatın geneline dair bir sinizm tanımıdır. Yapılan çalışmaların bir kısmı spesifik alanlara odaklanmış ve sinizmi iş ile bağlantılı olarak tanımlamışlardır. Bu odaklar işgören sinizmi ve örgütsel değişim sinizmidir. Örgütsel değişim sinizmi; Wanous, Reichers ve Austin(1994) tarafından "örgütsel değişimleri gerçekleştirmekle görevli kişilerin yetersizliği nedeniyle, planlanan değişimlerin başarılamayacağına yönelik kötümserlik" olarak tanımlanmıştır. Ümit besleyip sonuç alamayan bireyler hayal kırıklığı yaşar ya da görevlileri suçlu görürler. Benzer hayal kırıklığını ya da ihanet duygusunu tekrar yaşamak istemeyen birey olumlu beklentilerden vazgeçip görevlilerin başarısız olacağını beklemeye başlar. Dolayısıyla sinizm, bireylerin negatif duygulardan kaçınmak üzere, başarısız değişim çabalarına karşı öğrendiği bir tepkidir(Wanous vd., 1994, s. 269). Stanley, Meyer ve Topolnytsky (2005) yaptıkları araştırmanın bulgularına dayanarak, sinizm kavramının şüphecilikten ayrı bir kavram olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Bu tanımlara göre sinizmin temelinde, bireylerin sonradan üzülmemek için kötümser tavır sergilemesi ve artık olumlu beklenti içine girmemesi bulunur. Bu tavır bireyin zihninde zamanla oluşan bir tepkidir. Sinizm: bireylerin, yaşadıkları hayal kırıklıklarının sonucunda, tekrar üzülmemek için bir tepki olarak geliştirdikleri güvensizlik, kötümserlik ve umutsuzluk tepkisidir. Örgütsel değişim sinizmi: görevlilerin liyakatsizliği ya da ihaneti sebebiyle, geleceğe yönelik planlanan ve söylenen iyileştirmelerin gerçekleşeceğine inanmamak biçiminde tanımlanabilir. İşgören sinizmi: işgörenlerin kendi psikolojik durumu ile işyerindeki olumsuz örgütsel unsurların bileşiminden kaynaklanan güvensizlik ve umutsuzluk halidir. Politik sinizm: politikacıların liyakatsizliği ya da dürüst olmamasından dolayı vaatlerinin gerçekleşeceğine vatandaşların inanmaması ve güvensizlik hissetmesidir.

Sinizm, bireylerin tutum ve davranışları üzerinde belirleyici rol oynayan önemli bir kavramdır. Toplumdaki sinik bireylerin oranı, o toplumun hem sosyal hem de ekonomik yapısıyla yakından bağlantılıdır. Bireylerde sinizm tutumunun ortaya çıkması üzerinde kişilik faktörlerinin ve çevresel faktörlerin etkisi bulunur. Yapılan pek çok çalışmada, sinizm tutumuna neden olan dış çevre faktörleri ve kişilik faktörleri bulunmuştur. Bu faktörler: bireyin duyguları ve psikolojik durumu gibi kişilik unsurları; ve içinde bulunduğu toplumun ya da kurumun yapısına odaklanır. Pek çok araştırma, sinizmin öğrenilen bir sonuç olduğunu desteklemiştir. Sinizmin nedenleri ve sonuçları aşağıdaki tablo1 ve tablo2'de özetlenmektedir.

Bu çalışmada, sinizmin iş motivasyonu üzerindeki olumsuz etkisi test edilmiştir.

Tablo 1.Sinizme Neden Olan Faktörler

Kişisel Kaynaklı	Negatif-Pozitif Duygu Durumu(Wanous vd.,1994; Cole, Bruch ve Vogel, 2006; Scott ve Zweig, 2008; Eaton, 2000) Psikolojik Durum(Cole vd., 2006)
Çevresel Kaynaklı	Üst yönetime güvensizlik(Brandes, 1997; Kim, Bateman, Gilbreath ve Andersson, 2009) Üst yönetimin liyakatsiz olduğuna inanmak(Kim vd., 2009) Liderlik tarzı(Bernerth, Armenakis, Field ve Walker, 2007; Rubin, Dierdorff, Bommer ve Baldwin, 2009) Örgütsel adaletsizlik(Brandes, 1997; James, 2005; Bernerth vd., 2007; FitzGerald, 2002) Örgüt tarafından desteklenmemek(Brandes, 1997; James, 2005; Cole vd., 2006; Eaton, 2000)

Tablo 2.Sinizmin Sonuçları

SONUÇLAR	Düşük iş tatmini(Wanous vd., 1994; Scott ve Zweig, 2008; Eaton, 2000) Düşük performans(Kim vd., 2009) Düşük örgütsel bağlılık(Wanous vd., 1994; Brandes, 1997; Kim vd., 2009; Eaton, 2000) Düşük motivasyon (mevcut araştırmada test edilmiştir.)
----------	--

YÖNTEM

Veri Toplama Metodu ve Örneklem

Araştırmada kullanılan verilerin tümü birincil veridir. Bu çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler İnsan Araştırmaları Etik Kurulunun 26.08.2022 tarihli ve 2022-13 sayılı toplantısının 12 nolu kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Bu araştırmanın verileri anket yöntemi ile Ankara ve Eskişehir illerinde kamu ve özel sektörde çalışan 18-65 yaş arası toplam 118 katılımcıdan tesadüfi seçim yöntemi ile toplanmıştır. 0,10 örnekleme hatasına göre 25.000 ve üzeri evren büyüklüğü için örnek sayısının en az 96 olması gerekmektedir(Yazıcıoğlu ve Erdoğan 2004). Katılımcılara soru kağıtları verilmiş ve cevaplandırmaları istenmiştir.

Veri Toplama Araçları

Kullanılan soru kağıdı sinizm, örgütsel sinizm, mizaçsal sinizm, motivasyon, hayat memnuniyeti ve psikoekonomik durum ölçmek üzere sorular içermektedir. Sinizm tutumlarını ölçmek için, Mirvis ve Kanter(1991)'in de kullandığı, Brandes (1997) tarafından DeVellis'den alınıp doktora çalışmasında kullanılan ölçek; örgütsel sinizm tutumlarını ölçmek için Wrightsman (1992)'ın örgütsel sinizm ölçeği; mizaçsal sinizm tutumlarını ölçmek için ise Stanley, Meyer ve Topolnytsky (2005) tarafından geliştirilen ölçek uyarlanmıştır. Hayat memnuniyetini ölçmek için Diener tarafından geliştirilen, Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) ve Pavot ve Diener(1993) tarafından da kullanılan Hayat Memnuniyeti Ölçeğinin Türkçe'si kullanılmıştır. Psikoekonomik durum verileri, düzenlenen soru cetveliyle elde edilmiştir. Bu soru cetveli düzenlenirken Hills ve Argle (2002) tarafından geliştirilen Oxford Mutluluk Anketinden ve Ryff tarafından geliştirilen, Springer ve Hauser (2006) tarafından da kullanılan Psikolojik Refah Ölçeğinden esinlenilmiştir. Motivasyon ölçümü Mottaz'ın geliştirdiği motivasyon ölçeğiyle yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma sahip oldukları çarpıklık(skewness) ve basıklık(kurtosis) hesaplaması ile bulunmuştur. Güvenilirlik testleri Cronbach alfa değerleri hesaplanarak yapılmıştır. İki grup ortalamalarının

karşılaştırılması t-testleri ile, ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılması ise tek yönlü anova analizi ile yapılmıştır. Korelasyonlar Pearson korelasyon analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

Normallik Analizleri

Bu araştırmada parametrik testler uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım sergilemeleri, parametrik testlerin kullanılabilmesi açısından önem taşımaktadır. Verilerin normal dağılım sergilediğini ifade eden çarpıklık ve basıklık katsayılarını içeren normallik testi sonuçları aşağıdaki Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Normallik Testleri

	N	Mean	Çarpıklık(Skewness)	Basıklık(Kurtosis)
Motivasyon Düzeyi	118	3,3410	,141	-,051
Sinizm Düzeyi	118	4,7631	-,344	-,135
Mizaçsal Sinizm Düzeyi	118	4,1000	,076	-,176
Örgütsel Sinizm Düzeyi	118	3,3160	,382	-,347
Psiko Ekonomik Durum	118	2,5303	,395	,285
Hayat Memnuniyeti Düzeyi	118	2,7674	-,133	-,219

Güvenilirlik Analizleri

Kullanılan soru kağıdında yer alan ifade ve ölçeklere ilişkin güvenilirlik analizleri Cronbach alfa testi ile yapılmıştır. Tablo 4’de görüldüğü gibi, tüm güvenilirlik sonuçları yüksek düzeydedir.

Tablo 4. Güvenilirlik Analizleri

	Cronbach Alpha	N
Sinizm	,789	10
Mizaçsal Sinizm	,801	5
Örgütsel Sinizm	,932	14
Motivasyon	,878	24
Psikoekonomik Durum	,773	20
Hayat Memnuniyeti	,785	5

Grup Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Analizler

Cinsiyet ve medeni durum açılarından grup ortalamalarının karşılaştırılmaları t-testleri ile yapılmış; işyeri grupları, yaş, öğrenim, tecrübe ve haftalık çalışma saati açılarından grup ortalamalarının karşılaştırılmaları ise tek yönlü anova kullanılarak yapılmıştır.

Sinizm, mizaçsal sinizm, örgütsel sinizm, motivasyon, psikoekonomik durum ve hayat memnuniyeti açısından cinsiyete göre ve medeni duruma göre herhangi bir anlamlı fark tespit edilmemiştir. Yani katılımcıların erkek ya da kadın oluşu, evli ya da bekar oluşu hiçbir ölçüm sonucu üzerinde etkili değildir. Aşağıdaki Tablo 5 ve Tablo 6’da buna ilişkin sonuçlar görülmektedir. T-testi sonuçlarında tüm sig. değerlerinin 0,05’ten büyük olduğu, yani grupların eşit

varyanslara sahip olduğu görülmektedir. Sig(2-tailed) değerlerine bakıldığında tüm değerlerin 0,05'den büyük olduğu, yani gruplar arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 5. Ölçümlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem Testi

	Varyans eşitliği varsa	Varyans eşitliği(Sig)	Ortalama eşitliği için t-testi	
			Sig (2-tailed)	Ortalama farkı
Motivasyon Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,525	,647	-,04815
	Varyans eşitliği yoksa		,651	-,04815
Sinizm Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,631	,184	,25456
	Varyans eşitliği yoksa		,184	,25456
Mizaçsal Sinizm Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,897	,436	,19570
	Varyans eşitliği yoksa		,442	,19570
Örgütsel Sinizm Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,233	,093	,46090
	Varyans eşitliği yoksa		,111	,46090
Psiko Ekonomik Durum Algısı	Varyans eşitliği varsa	,436	,053	-,20983
	Varyans eşitliği yoksa		,063	-,20983
Hayat Memnuniyeti Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,118	,091	-,27414
	Varyans eşitliği yoksa		,111	-,27414

Tablo 6. Ölçümlerin Medeni Duruma Göre Karşılaştırıldığı Bağımsız Örneklem Testi

	Varyans eşitliği varsa	Varyans eşitliği(Sig)	Ortalama eşitliği için t-testi	
			Sig (2-tailed)	Ortalama farkı
Motivasyon Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,856	,454	-,07869
	Varyans eşitliği yoksa		,458	-,07869
Sinizm Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,264	,801	-,04839
	Varyans eşitliği yoksa		,798	-,04839
Mizaçsal Sinizm Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,423	,386	-,21744
	Varyans eşitliği yoksa		,400	-,21744
Örgütsel Sinizm Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,883	,056	,52218
	Varyans eşitliği yoksa		,058	,52218
Psiko Ekonomik Durum Algısı	Varyans eşitliği varsa	,816	,840	-,02212
	Varyans eşitliği yoksa		,842	-,02212
Hayat Memnuniyeti Düzeyi	Varyans eşitliği varsa	,098	,630	,07844
	Varyans eşitliği yoksa		,651	,07844

İşyeri gruplarının ortalamalarının karşılaştırıldığı anova testinde sinizm, mizaçsal sinizm, motivasyon, psikoekonomik durum ve hayat memnuniyeti bakımlarından gruplar arasında fark tespit edilmezken, örgütsel sinizm düzeyleri bakımından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (sig.=0,006). Bu farkın, veri toplanan 2. ve 3. işyeri arasındaki farktan kaynaklandığı aşağıdaki Tablo 7'de verilen post-hoc analizinde görülmektedir(sig.=0,012). İşyeri gruplarının örgütsel sinizm düzeyi ortalamalarının verildiği Tablo 8'de, 1.4.5.ve 6. grupların ortalamalarının genel ortalamaya yakın olduğu görülürken, 2. grup ortalamasının genel ortalamaya göre anlamlı biçimde yüksek, 3. grup ortalamasının ise genel ortalamaya göre anlamlı biçimde düşük olduğu

görülmektedir. 1. ve 4. grupta özel sektör çalışanları, 2. grupta kamuda sözleşmeli çalışanlar, 3. grupta sendika çalışanları, 5. ve 6. grupta ise kamu çalışanları yer almaktadır. Tablo 7'deki sonuçlar, 2. ve 3. grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunduğunu, Tablo 8 ise 2. gruptaki iş görenlerin örgütsel sinizm ortalamasının 3. gruptakilerden yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 7. İşyeri Gruplarının Örgütsel Sinizm Düzeyi Ortalamalarının Karşılaştırıldığı Post-Hoc

	Örnek grubu(I)	Örnek grubu(J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı Alt Sınır	Üst Sınır
Tukey HSD	1.grup	2.grup	-1,18834	,49808	,170	-2,6326	,2559
		3.grup	,31825	,39691	,967	-,8327	1,4692
		4.grup	-,32413	,48764	,985	-1,7381	1,0899
		5.grup	-,74155	,45011	,569	-2,0467	,5636
		6.grup	-,73056	,45011	,585	-2,0357	,5746
		2.grup	1.grup	1,18834	,49808	,170	-,2559
	3.grup		1,50659*	,44447	,012	,2178	2,7954
	4.grup		,86421	,52708	,574	-,6641	2,3926
	5.grup		,44679	,49255	,944	-,9815	1,8750
	6.grup		,45778	,49255	,938	-,9705	1,8860
	3.grup		1.grup	-,31825	,39691	,967	-1,4692
		2.grup	-1,50659*	,44447	,012	-2,7954	-,2178
		4.grup	-,64239	,43274	,675	-1,8972	,6124
		5.grup	-1,05980	,38995	,080	-2,1905	,0709
		6.grup	-1,04881	,38995	,085	-2,1796	,0819
		4.grup	1.grup	,32413	,48764	,985	-1,0899
	2.grup		-,86421	,52708	,574	-2,3926	,6641
	3.grup		,64239	,43274	,675	-,6124	1,8972
	5.grup		-,41742	,48200	,954	-1,8150	,9802
	6.grup		-,40643	,48200	,959	-1,8041	,9912
	5.grup		1.grup	,74155	,45011	,569	-,5636
		2.grup	-,44679	,49255	,944	-1,8750	,9815
		3.grup	1,05980	,38995	,080	-,0709	2,1905
		4.grup	,41742	,48200	,954	-,9802	1,8150
6.grup		,01099	,44398	1,000	-1,2764	1,2984	
6.grup		1.grup	,73056	,45011	,585	-,5746	2,0357
	2.grup	-,45778	,49255	,938	-1,8860	,9705	
	3.grup	1,04881	,38995	,085	-,0819	2,1796	
	4.grup	,40643	,48200	,959	-,9912	1,8041	
	5.grup	-,01099	,44398	1,000	-1,2984	1,2764	

*. Ortalamalar arasında 0.05 düzeyinde anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 8. İş Yeri Gruplarına Göre Örgütsel Sinizm Düzeyi Ortalamaları

	N	Ortalama	Minimum	Maksimum
1.grup	18	3,0040	1,00	6,71
2.grup	13	4,1923	1,86	6,57
3.grup	35	2,6857	1,00	6,57
4.grup	14	3,3281	1,64	5,00
5.grup	19	3,7455	1,00	6,14
6.grup	19	3,7345	1,14	6,07
Toplam	118	3,3160	1,00	6,71

Yaş gruplarının ortalamalarının karşılaştırıldığı anova testinde sinizm, mizaçsal sinizm, motivasyon, psikoekonomik durum ve hayat memnuniyeti bakımlarından herhangi anlamlı bir fark tespit edilmemiş, örgütsel sinizm düzeyleri bakımından anlamlı fark tespit edilmiştir (sig.=0,047). Tablo 9'da, 18-25 arası katılımcılarla 46-55 yaş arası katılımcıların örgütsel sinizm düzeyleri arasında anlamlı fark bulunduğu görülmektedir (sig=0,047). 18-25 yaşları arasındaki iş görenlerin sinizm düzeyleri, 46-55 yaşları arasındaki iş görenlere göre daha düşük çıkmıştır (Tablo 10).

Tablo 9. Yaş Gruplarının Örgütsel Sinizm Düzeyi Ortalamalarının Karşılaştırıldığı Post-Hoc

	Yas (I)	Yas (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı Alt Sınır	Üst Sınır	
Tukey HSD	18-25	26-35	-,31718	,46990	,961	-1,6199	,9855	
		36-45	-,50733	,42636	,757	-1,6893	,6747	
		46-55	-1,24801*	,44631	,047	-2,4853	-,0107	
		56-65	-,61877	,53177	,772	-2,0930	,8555	
		26-35	18-25	,31718	,46990	,961	-,9855	1,6199
	26-35	36-45	-,19014	,37418	,986	-1,2275	,8472	
		46-55	-,93083	,39677	,138	-2,0308	,1691	
		56-65	-,30158	,49092	,973	-1,6626	1,0594	
		36-45	18-25	,50733	,42636	,757	-,6747	1,6893
		26-35	,19014	,37418	,986	-,8472	1,2275	
	36-45	46-55	-,74068	,34410	,206	-1,6946	,2133	
		56-65	-,11144	,44943	,999	-1,3574	1,1345	
		46-55	18-25	1,24801*	,44631	,047	,0107	2,4853
		26-35	,93083	,39677	,138	-,1691	2,0308	
		36-45	,74068	,34410	,206	-,2133	1,6946	
	56-65	46-55	,62924	,46840	,665	-,6693	1,9278	
		18-25	,61877	,53177	,772	-,8555	2,0930	
		26-35	,30158	,49092	,973	-1,0594	1,6626	
		36-45	,11144	,44943	,999	-1,1345	1,3574	
		46-55	-,62924	,46840	,665	-1,9278	,6693	

*. Ortalamalar arasında 0.05 düzeyinde anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 10. Yaş Gruplarına Göre Örgütsel Sinizm Düzeyi Ortalamaları

	N	Ortalama	Minimum	Maksimum
18-25	15	2,7143	1,00	6,14
26-35	22	3,0315	1,00	6,57
36-45	39	3,2216	1,14	6,57
46-55	29	3,9623	1,00	6,71
56-65	13	3,3331	1,64	4,93
Toplam	118	3,3160	1,00	6,71

Tecrübe gruplarının karşılaştırıldığı anova testinde motivasyon bakımından grup ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilirken (sig=0,005), sinizm, mizaçsal sinizm, örgütsel sinizm, psikoekonomik durum ve hayat memnuniyeti bakımlarından herhangi bir fark tespit edilmemiştir. 1-3 yıl arası kıdeme sahip iş görenlerin motivasyon ortalaması ile, 3-10 yıl arası (sig=0,008) ve 10-20 yıl arası (0,004) kıdeme sahip iş görenlerin motivasyon ortalaması arasında anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 11). Tablo 12'de 1-3 yıl arası kıdeme sahip iş görenlerin motivasyon düzeylerinin, 3 yıldan fazla 20 yıldan az kıdeme sahip iş görenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 11. Tecrübe Gruplarının Motivasyon Düzeyi Ortalamalarının Karşılaştırıldığı Post-Hoc

Tecrübe (I)	Tecrübe (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı Alt Sınır Üst Sınır	
1 YILDAN AZ	1-3 YIL ARASI	-,67216	,26602	,092	-1,4096	,0653
	3-10 YIL ARASI	-,01982	,24028	1,000	-,6859	,6463
	10-20 YIL ARASI	-,01149	,23210	1,000	-,6549	,6320
	20+ YIL	-,19595	,22811	,911	-,8283	,4364
1-3 YIL ARASI	1 YILDAN AZ	,67216	,26602	,092	-,0653	1,4096
	3-10 YIL ARASI	,65234*	,19215	,008	,1196	1,1850
	10-20 YIL ARASI	,66067*	,18181	,004	,1566	1,1647
	20+ YIL	,47621	,17669	,061	-,0136	,9660
3-10 YIL ARASI	1 YILDAN AZ	,01982	,24028	1,000	-,6463	,6859
	1-3 YIL ARASI	-,65234*	,19215	,008	-1,1850	-,1196
	10-20 YIL ARASI	,00833	,14151	1,000	-,3840	,4006
	20+ YIL	-,17613	,13487	,688	-,5500	,1978
10-20 YIL ARASI	1 YILDAN AZ	,01149	,23210	1,000	-,6320	,6549
	1-3 YIL ARASI	-,66067*	,18181	,004	-1,1647	-,1566
	3-10 YIL ARASI	-,00833	,14151	1,000	-,4006	,3840
	20+ YIL	-,18446	,11968	,538	-,5163	,1473
20+ YIL	1 YILDAN AZ	,19595	,22811	,911	-,4364	,8283
	1-3 YIL ARASI	-,47621	,17669	,061	-,9660	,0136
	3-10 YIL ARASI	,17613	,13487	,688	-,1978	,5500
	10-20 YIL ARASI	,18446	,11968	,538	-,1473	,5163

*. Ortalamalar arasında 0.05 düzeyinde anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 12. Tecrübe Gruplarına Göre Motivasyon Düzeyi Ortalamaları

	N	Ortalama	Minimum	Maksimum
1 YILDAN AZ	6	3,1981	2,52	3,63
1-3 YIL ARASI	11	3,8702	3,33	4,75
3-10 YIL ARASI	23	3,2179	2,42	4,00
10-20 YIL ARASI	34	3,2096	1,92	4,63
20+ YIL	44	3,3940	2,21	4,67
Toplam	118	3,3410	1,92	4,75

Haftalık çalışma saati gruplarının karşılaştırıldığı anova analizine göre, çalışma süresi bakımından sinizm, mizaçal sinizm, örgütsel sinizm, psikoekonomik durum ve hayat memnuniyeti ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiş, grupların motivasyon ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir (sig=0,014). Tablo 13'te, haftada 30 saatten az çalışanlar ile haftada 40 saatten fazla çalışanların motivasyon düzeyleri arasında anlamlı fark bulunduğu görülmektedir (sig=0,012). Tablo 14'de, haftada 30 saatten az çalışanların motivasyon düzeylerinin haftada 40 saatten fazla çalışanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 13. Çalışma Saati Gruplarının Motivasyon Düzeyi Ortalamalarının Karşılaştırıldığı Post-Hoc

Haftalık çalışma süresi(I)	Haftalık çalışma süresi(J)	Ortalama Farkı(I-J)	Std. Hata	Sig.	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
30 SAATTEN AZ	30-40 SAAT ARASI	,62228	,37764	,230	-,2744	1,5190
	40 SAATTEN FAZLA	,79316*	,27184	,012	,1477	1,4386
30-40 SAAT ARASI	30 SAATTEN AZ	-,62228	,37764	,230	-1,5190	,2744
	40 SAATTEN FAZLA	,17088	,27184	,805	-,4746	,8164
40 SAATTEN FAZLA	30 SAATTEN AZ	-,79316*	,27184	,012	-1,4386	-,1477
	30-40 SAAT ARASI	-,17088	,27184	,805	-,8164	,4746

*. Ortalamalar arasında 0.05 düzeyinde anlamlı fark bulunmaktadır.

Tablo 14. Haftalık Çalışma Saati Gruplarına Göre Motivasyon Düzeyi Ortalamaları

	N	Ortalama	Minimum	Maksimum
30 SAATTEN AZ	4	4,1014	3,74	4,75
30-40 SAAT ARASI	4	3,4792	3,21	4,08
40 SAATTEN FAZLA	110	3,3083	1,92	4,67
Toplam	118	3,3410	1,92	4,75

Öğrenim durumu bakımından gruplar arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir. Yani, katılımcıların sinizm düzeyleri, mizaçsal sinizm düzeyleri, örgütsel sinizm düzeyleri, motivasyon düzeyleri, psikoekonomik durumları ve hayat memnuniyeti düzeyleri öğrenim durumuna göre değişiklik göstermemiştir.

Tüm anova analizleri kapsamında varyans eşitlikleri test edilmiş ve tüm testlerde grup varyansları arasında eşitlik (sig.>0,05) belirlenmiştir.

Korelasyon Analizleri

Yapılan korelasyon testlerinde, örgütsel sinizm ile motivasyon arasında 0.01 anlamlılık düzeyinde negatif yönlü bir ilişki (r=-0,566; sig=0.01) bulunmuştur. Motivasyon ile sinizm (r=-0,011) ve mizaçsal sinizm (r=-0,155) arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Psikoekonomik durum ile sinizm (r=0,001), mizaçsal sinizm (r=0,166) ve örgütsel sinizm (r=-0,011) arasında ise herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 15. Korelasyon Analizleri

		Motivasyon Düzeyi	Sinizm Düzeyi	Mizaçsal Sinizm Düzeyi	Örgütsel Sinizm Düzeyi
Motivasyon Düzeyi	Pearson Korelasyon	1	-,011	-,155	-,566**
	Sig. (2-tailed)		,907	,095	,000
	N	118	118	118	118

** . Korelasyon anlamlılık düzeyi 0.01 (2-tailed).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçlarından birisi, sendikada çalışanların örgütsel sinizm düzeyleri ile kamuda sözleşmeli çalışanların örgütsel sinizm düzeyleri arasında tespit edilen farktır. Sendikada çalışanların örgütsel sinizm düzeyleri ortalamaya göre düşük çıkarken, kamuda sözleşmeli çalışanların örgütsel sinizm düzeyleri ortalamaya göre yüksek çıkmıştır. Örgütsel sinizmin temelini, çalışanların iş yerlerine olan güven ve beklentilerin karşılanma düzeyi gibi iş yerlerinden olan memnuniyet oluşturmaktadır. Sendikaların, çalışan haklarını savunmak amacıyla faaliyette bulunan kuruluşlar olması özelliğiyle uyumlu olarak, sendikada çalışanların örgütsel sinizm düzeyleri daha düşük çıkmıştır. Öte yanda, kamuda sözleşmeli çalışanların iş garantisinin kısıtlı olması düşünüldüğünde, onlarda görülen yüksek örgütsel sinizm seviyesi şaşırtıcı değildir. Araştırmanın diğer bir sonucu, örgütsel sinizm düzeyinin yaş ile doğru orantılı olduğudur. Çalışanların yaşları arttıkça örgütsel sinizm seviyeleri de artmaktadır. Araştırmadan elde edilen başka bir sonuç ise, deneyim arttıkça motivasyonun düşmesidir. 3 yıllık çalışmadan sonra iş motivasyonunda düşüş olmaktadır. Bu çalışmada 1-3 yıl tecrübeye sahip çalışanların motivasyon seviyesi, 3 yıldan fazla 20 yıldan az tecrübeye sahip çalışanların motivasyon seviyesinden daha yüksek çıkmıştır. 20 yıldan fazla tecrübeye sahip çalışanların motivasyon ortalamasında biraz artış görüle bile, bu artış anlamlı çıkmamıştır. Sonuçta, deneyim arttıkça iş motivasyonunda düşüş olmaktadır. Bu sonuç, daha önceden yapmış olduğumuz çalışmada (Uslu, 2019) elde edilen sonuçlarla uyumludur. Doğrudan pazarlama çalışanları arasında yapılan söz konusu çalışmada, iş yerindeki kıdem arttıkça motivasyon seviyesinde düşüş tespit edilmişti. Araştırmanın bir başka sonucuna göre, haftalık çalışma süresi arttıkça motivasyon düşmektedir. Yakın zamanda, haftalık çalışma süresini ve iş günlerinin sayısını düşürmeye yönelik uygulamalar başlamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuç, bu yeni uygulamaları desteklemektedir.

Araştırma kapsamında yapılan korelasyon analizlerine göre, örgütsel sinizm seviyesi ile motivasyon seviyesi arasında negatif yönlü ilişki bulunmaktadır. Örgütsel sinizm seviyesi yükseldikçe iş motivasyonu azalmaktadır. İş yerine olan güvensizlik ve işyeri ile ilgili olumsuz duygular hissedilmesi, çalışanların motivasyonunu negatif yönde etkilemektedir. Sinizmin sonuçlarından birisinin düşük motivasyon olduğu test edilip doğrulanmıştır.

YAZAR BEYANI

Bu makale tek yazar tarafından yazılmıştır ve herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Bu çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler İnsan Araştırmaları Etik Kurulunun 26.08.2022 tarihli ve 2022-13 sayılı toplantısının 12 nolu kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKÇA

- Bernerth, J. B., Armenakis, A. A., Feild, H. S., & Walker, H. J. (2007). Justice, cynicism, and commitment: A study of important organizational change variables. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 43(3), 303-326.
- Brandes, P. M. (1997). Organizational cynicism: Its nature, antecedents, and consequences. Doctoral dissertation, University of Cincinnati.
- Cole, M. S., Bruch, H., & Vogel, B. (2006). Emotion as mediators of the relations between perceived supervisor support and psychological hardiness on employee cynicism. *Journal of Organizational Behavior, The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(4), 463-484.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Dean Jr, J. W., Brandes, P., & Dharwadkar, R. (1998). Organizational cynicism. *Academy of Management review*, 23(2), 341-352.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Eaton, J. A. (2000). A social motivation approach to organizational cynicism. York University.
- FitzGerald, M. R. (2002). Organizational cynicism: Its relationship to perceived organizational injustice and explanatory style. Doctoral dissertation, University of Cincinnati.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and individual differences*, 33(7), 1073-1082.
- James, M.S. (2005). Antecedents and consequences of cynicism in organizations: An examination of the potential positive and negative effects on school systems. Doctoral dissertation of The Florida State University.
- Kim, T. Y., Bateman, T. S., Gilbreath, B., & Andersson, L. M. (2009). Top management credibility and employee cynicism: A comprehensive model. *Human Relations*, 62(10), 1435-1458.
- Mirvis, P. H., & Kanter, D. L. (1991). Beyond demography: A psychographic profile of the workforce. *Human Resource Management*, 30(1), 45-68.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. In *Assessing well-being* (pp. 101-117). Springer, Dordrecht.
- Rubin, R. S., Dierdorff, E. C., Bommer, W. H., & Baldwin, T. T. (2009). Do leaders reap what they sow? Leader and employee outcomes of leader organizational cynicism about change. *The Leadership Quarterly*, 20(5), 680-688.
- Scott, K.A. & Zweig, D. (2008). Dispositional predictors of organizational cynicism, Halifax, Nova Scotia.
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social science research*, 35(4), 1080-1102.
- Stanley, D. J., Meyer, J. P., & Topolnytsky, L. (2005). Employee cynicism and resistance to organizational change. *Journal of business and psychology*, 19(4), 429-459.
- Uslu, E. (2019). Doğrudan Pazarlama Çalışanlarında Duygusal Zeka, Performans Algısı, Motivasyon İlişkisi: Ankara İli Çağrı Merkezi Çalışanları Örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Kırıkkale: Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., & Austin, J. T. (1994). Organizational Cynicism: An Initial Study. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 1994, No. 1, pp. 269-273). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Wrightsmann L. S. (1992), *Assumptions about Human Nature Implications for Researchers and Practitioners*. Sage Publications, Inc., Newbury Park.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S., (2004). *SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Detay Yayıncılık, Ankara.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2023;9(1) :139-154(Araştırma makalesi)

NETWORK YÖNTEMİ İLE TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI VE ZONOTİK HASTALIKLARIN MODELLENMESİ: 2010-2017 YILLARI ÖRNEĞİ

MODELING HEALTH EXPENDITURES AND ZONOTIC DISEASES IN TURKEY THROUGH NETWORK METHOD: EXAMPLE OF 2010-2017 YEARS

Dr. Öğretim Üyesi Elçin GÜVEN

Kırklareli Üniversitesi, elcinguven@windowslive.com, orcid.org/0000 0003 09200861

Prof. Dr. Halil TUNALI

İstanbul Üniversitesi, İktisat Fakültesi, İstanbul, htunali@istanbul.edu.tr, orcid.org/0000-0002-7065-4080

Makale Gönderim -Kabul Tarihi (19.11.2022- 25.04.2023)

Öz

Zoonotik hastalıklar yüzyıllardır, toplumlarda salgın hastalıklara ve ölümlere neden olmaktadır. Yakın gelecekte de biyolojik savaşların tüm dünyayı etkisi altına alacağından hareketle, salgın hastalıkları önlemek için devletlerin sağlık politikaları geliştirmesi gerekmektedir. Literatürde zoonotik hastalıklar ve sağlık harcamalarının birlikte ele alındığı araştırma çalışmasının olmamasından yola çıkarak, bu çalışmada zoonotik hastalıkların epidemiyolojisi, tarihçesi ve sağlık harcamalarındaki rolü ele alınmıştır. Zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal değeri (2016-2017-2018) yıllarına ait değerler, seçilen zoonotik hastalıklar için tanı, tedavi ve kontrol maliyetleri (2016, 2017, 2018 Toplam) (T.C. Sağlık Bakanlığı, TL) ait değerler tablolarla ifade edilmiş ve açıklamaları yapılmıştır. Kullanılan veriler, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün resmi sitesinde bulunan, 2010-2017 yılları arasındaki bruselloz, tularemi, Kırım Kongo kanamalı ateşi, şark çıbanı, şarbon hastalarına aittir. Sağlık harcamaları ile ilgili veriler TÜİK'ten alınmıştır. Çalışmanın uygulama kısmında sağlık harcamalarına etki eden faktörler ile ilgili sosyal ağ yapısı ve bu ağ yapısının özelliklerini ortaya koymak amacıyla network analizi yapılmıştır. Analizde ürünler arası ilişkilerin yapısal olarak belirlenmesi ve görselleştirme işlemleri için Jasp (JASP Team (2020). JASP (Version 0.14) [Computer software]) programı kullanılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Harcamaları, Zoonotik Hastalıklar, Zoonotik Hastalıkların Tarihçesi

Abstract

Zoonotic diseases have been causing various epidemics and pandemics in communities all over the world which result in deaths for hundreds of years. Governments should develop health policies to prevent pandemics due to the fact that biological warfare will affect the world biological warfare in many aspects of

139

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

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

(GÜVEN, E./TUNALI, H.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

life in the near future. Since there are not any or enough research studies in which zoonotic diseases and the health expenditures are paired with and conducted together in literature, the epidemiology of zoonotic diseases, their background and history and as well as their role in health expenses have been dealt with and tackled together. The nominal value of the disease burden of the zoonotic diseases which belong to the years of (2016-2017-2018 in total amount) and those values belonging to the Ministry of Health listed within the content of this survey as the costs of diagnosis, treatment and controls have all been revealed on tables accordingly on the basis of Turkish Lira and all of them have been explained properly. The utilized data belong to the records of diseases such as brucellosis, tularaemia, Crimean-Congo haemorrhagic fever, oriental sore and anthrax cited from the formal website of the General Directorate of the Public Health covering the data from 2010 to 2017. The data regarding to the costs and expenses of the healthcare services were cited from the Turkish Statistical Institute. During the implementation phase of this study several network analysis have been conducted in order to exhibit the structure of this network and the structure of the related social networks together with those factors which affect the healthcare costs. The JASP Programmes (JASP Team (2020). JASP (Version 0.14) [Computer software]) have been utilized in order to determine the structural relationships among or between the products and also to complete visualization procedures of the operations.

Keywords: Health Expenditure, Zoonotic Diseases, History of Zoonotic Diseases

GİRİŞ

Binlerce yıldır, zoonotik hastalıklar, toplumlarda salgınlara neden olmaktadır (Belay vd., 2017:65). Zoonotik hastalıkların etkileri, 20.yy'ın son çeyreğinden itibaren, giderek artış göstermiştir. Değişen yaşam ve çevre koşulları sebebiyle zoonotik hastalıkların insan sağlığını tehdit potansiyelleri gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye'de şarbon, bruselloz, şark çıbanı gibi eski zoonozlar ile yakın geçmişte görülen Kırım Kongo kanamalı ateşi, tularemi, kuş gribi gibi yeni zoonotik enfeksiyonların, sosyoekonomik tehditleri güncelliğini sürdürmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın hayata geçirdiği düzenlemelere göre, bildirimi zorunlu zoonotik hastalıklar sağlığı olumsuz etkilemektedir. Bu dinamik süreklilik, sağlık harcamalarını ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artışına yol açmaktadır. Sağlık harcamalarında zoonotik hastalıklara ayrılan payı azaltmak için uzman sağlık personellerinin çalıştırılmasının ve halkın bilinçlendirilmesi için projelerin hayata geçirilmesi sağlık maliyetlerini azaltmak için büyük önemli taşımaktadır (Taştan vd., 2016:367). Zoonotik hastalıklar, hayvanlarda ve insanlarda, hastalıklara-ölüme neden olmasının yanında, ekonomisinin hayvancılığa dayalı toplumlarda büyük ekonomik kayıplara sebep olduğu bilinmektedir. Salgınların temel sebebi olan zoonotik hastalıklara karşı kanıtlanmış önleme ve kontrol stratejilerinin tüm devletler tarafından uygulanması gerekmektedir (Belay vd., 2017:65).

Çalışmada, zoonotik hastalıkların tarihçesi, zoonotik hastalıkların epidemiyolojisi, zoonotik hastalıkların sağlık harcamalarındaki önemi incelenmiş ve zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal değeri (2016-2017-2018) yıllarına ait değerler, seçilen zoonotik hastalıklar için tanı, tedavi ve kontrol maliyetleri (2016, 2017, 2018 Toplam) (T.C. Sağlık Bakanlığı, TL) ait değerler tablolarla ifade edilmiştir.

Kullanılan veriler, 2010-2017 yılları arasındaki bruselloz, tularemi, kırım kongo kanamalı ateşi, şark çıbanı, şarbon hastalarına aittir. Bu veriler Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün resmi sitesinden, sağlık harcamaları ile ilgili veriler TÜİK'ten alınmıştır. Sadece 5 zoonotik hastalığın çalışmaya dahil edilmesinin sebebi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde 2010-2017 yılları arası zoonotik hastalıklara ait verilerin olmasıdır.

ZOONOTİK HASTALIKLARIN TARİHÇESİ

Bruselloz; M.S 79 yılında, Herculenaum'da meydana gelen yanardağ patlaması sonucunda tüm bölge 30 metre kül ve kav tabakası altında kalmıştır. Herculenaum'da yapılan araştırmalarda, insan vertebralarında brusellozun sebep olduğu hasarlar gözlenmiştir. Ardından izleyen dönemde Tasso adasında hekimlik yapan Hipokrat'da bruselloz ile benzer ateşli vakalardan bahsetmiştir. J.A.Marston 1860 yılında geçirdiği ve günlerce süren kilo kaybı, eklem-kas ağrıları, yüksek ateşi anlatan makale yayınladı ve bu makale tarihteki ilk Malta Humması olarak kayıtlara geçmiştir. 1887 yılında David Bruce, ölen askerlerin böbrek, dalak, karaciğerlerinde 'Micrococcus' olarak adlandırdığı patojeni üretmiştir. Bu etkeni 'Micrococcus Melitensis' olarak isimlendirmiştir. 1897'de, Bernhard Bang, Basillus Abortus ismini verdiği etkeni bulmuştur. O dönemde bu etkeni 'Bang Ateşi' olarak adlandırdı. Dr.Zammit ilerleyen yıllarda keçi kanından etkeni izole eden ilk kişi olarak kayıtlara geçmiştir. 1900'lü yılların başında, Bang ateşinin aslında Micrococcus Melitensis'in türü olduğu anlaşılmıştır. İsim Bruselloz Abartus olarak değiştirilmiştir. Bruselloz ülkemizde ilk kez 1905'te Hüsamettin Kural ve Mehmet Sabit Akalın tarafından Kuleli Askeri Hastanesi'nde tespit edilmiştir. 1931 yılında Zühtü Berke sığırdan ilk izolasyonu yapmıştır. 1944 yılında koyundan ilk izolasyon ise Köylüoğlu ve Aktan tarafından Bandırma Merinos çiftliğinde yapılmıştır (Çayakar, 2018:84-85).

Tularemia; Tularemia, 'avcı hastalığı, tavşan ateş vebası, Sibirya ülseri, Ohara hastalığı, at sineği ateşi, Francis hastalığı' gibi adlarla da bilinmektedir. 1911 yılında, ilk kez, Kaliforniya'nın Tulare bölgesindeki salgın esnasında Chapin ve McCoy tarafından 'bacterium tularense' olarak adlandırılmıştır. Edward Francis tularemia ile ilgili ilk çalışmaları yapan bilim insanıdır. Edward Francis'e ithafen Francisella olarak adlandırılan yeni bir tür olarak değerlendirilmiştir. Daha sonra adı F.tularenis olarak değiştirilmiştir. Tularemia, en fazla Kuzey Amerika'da; sivrisinek, kene, tavşan, Baltık ve İskandinav ülkelerinde sivrisinek, Asya ve Avrupa'da su, tavşan, sıçan, fare, Japonya'da sincap ve tavşanlar, İsveç'te su ve tarla faresi, Türkiye'de su yoluyla bulaşmaktadır (Arslanyılmaz vd., 2014:100-101). Türkiye'de tularemia su kaynaklı zoonoz olarak görülmektedir. 1936 yılında Lüleburgaz'da ilk tularemia salgını meydana gelmiştir. Bu salgın sırasında Gülhane Askeri Tıp Akademisinde görev yapan Bakterioloji doktoru Kemal Hüseyin Plevnelioğlu (1892-1954) hem klinik hem bakteriyolojik yöntemlerle Türkiye'de tularemia'nın varlığını kanıtlamıştır (Eraksoy, 2013:83). Türkiye'de 1936-1953 yılları arasında Lüleburgaz (2 farklı epidemiy), Antalya ve Tatvan'da 4 tularemia epidemisi kayıtlara geçmiştir. Bursa çevresinde 1988 yılında tularemia epidemisi bildirilmiştir. Aynı zamanda Gölçük, Düzce, Amasya, Yalova, Edirne, Kars, Ayaş (Ankara), Bartın, Gerede (Bolu), Kastamonu, Samsun, Bilecik, Sinop, Balıkesir'de tularemia epidemileri bildirilmiştir (Akalın, 2010:37).

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi; 12.yy'da El Cürcani tarafından Orta Asya'da kanama ile ilerleyen dişetlerinde, idrarda, karın boşluğunda kanama ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Hastalığın sebebinin kene veya bit olduğu bildirilmiştir. Razi (854-932) Süleymaniye El Yazmaları Kütüphanesinde bulunan eserinde benzer semptomları gösteren hastaları tasvir etmiştir. Kırım Kongo Kanamalı Ateşinin bilimsel anlamda ilk tanımlanması 1944-1945 yıllarında Kırım'da kanamalı ateş semptomları sonucunda asker ve köylülerin hastalanmasından sonra yapılmıştır. 1944-1945 yıllarında Kırım Kongo Kanamalı Ateşine kenelerin neden olduğu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde yapılan çalışmalar sonucunda bitki örtüsünün ve tavşan sayısının arttığı ve kenelerinde sayısının bu artışa bağlı olarak artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Ergönül, 2010:15-16). 1967'de Kongo Cumhuriyeti'nde ateş vakasında izole edilmiş virüs ile sonraki yıllarda Kırım



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Hemorojik ateşi vakalarından izole edilen virüs ile aynı olduğunun tespit edilmesi sonucunda virüs Kırım-Kongo Hemorojik Ateşi olarak adlandırılmıştır (Kartı, 2009:109).

Şark Çıbanı; Asur Kralı Ashurbanipal'in, M.Ö 7. yy'da, kütüphanesinde bulunan tabletlerde, şark çıbanının semptomlarına benzer tanımlamalar bulunmuştur. Bu tabletlerin kökeninin M.Ö 1500-2500'e kadar uzandığı tahmin edilmektedir. Eski Mısır'da, Batı Thebes'te (M.Ö 2050-1650) 42 Mısır mumyasında yapılan çalışmalarda, mumyaların dördünde leishmania (şark çıbanı) DNA'sı bulunmuştur. Orta Çağ'da, Müslüman coğrafyada, şark çıbanının tanımı diğer bölgelere göre daha çok yapılmıştır. Razi (854-935) 930 yılında, Bağdat'ta şark çıbanı görüldüğü ile ilgili kayıt tutmuştur. İbni Sina 'Belh Yarası' olarak bilinen deri çıbanını tanımlamıştır. Bu tanım, bugün bilinen leishmania tropica lezyonu ile İbn-i Sina'nın 'Belh Yarası' tanımı birebir uymaktadır. Şark çıbanı ile ilgili ilk kayıtlar İspanyol tarihçi Pedro Pizarro tarafından 1571 yılında tutulmaya başlanmıştır. Pizarro, kayıtlarında Peru And Dağlarında köylülerin dudak ve burunlarında iz bırakan hastalıktan bahsetmiştir. 1756'da Dr. Alexander Russel (1715-1768) Halep'te şark çıbanının belirti ve buğularını ayrıntılı şekilde yayınlamıştır. Dr. Russel ciltte oluşan lezyonlardan ve hastalığın 8 ay ve 12 ay içinde iyileştiğini belirtmiştir. Şark çıbanı ile ilgili ilk salgın 19.yy'da (1824-1825) Bengal'de bulunan bir köyde yaşanmıştır. 1860'ta salgın Batı Bengal'e ulaşmış, 1861'de Bengal'in kuzeyine ulaşarak ölüm oranları % 30'a kadar yükselmiştir. Şark çıbanında leishmania parazitlerini ilk görenler Cunningham ve Borovski'dir. Amerikalı patoloğ James Hamer Wright (1869-1928), leishmania tropica'yı keşfeden ilk kişi olarak kabul edilmektedir. 1941'de parazitolog Saul Adler (1895-1966) tarafından parazizlerin kumsineğinin ısırmasıyla geçtiğini kanıtlamıştır. Günümüzde de şark çıbanı salgınları Etiyopya, Uganda, Hindistan, Somali, Kenya, Sudan gibi ülkelerde sağlık problemi olmaya devam etmektedir (Özlen, 2020).

Şarbon; 1863 yılında, bakteriyolog Robert Koch ve biyolog Casimir Joseph Davaine tarafından tanımlanmıştır (Şahin, 2015). Avrupa'da M.Ö 1190-1491'de, Çin'de M.Ö 3000'de şarbon ilk kez Hint, Yunan, Roman toplumlarının kaynaklarında kanıtlar olduğu bilinmektedir. Yunanca kömür anlamına gelen 'anthrakis' kelimesi şarbonun kökenini oluşturmaktadır. Robert Koch 1876'da şarbonun ana etkeninin 'Bacillus Antracis' olduğunu bulmuştur (Özcan, 2019:27). 1877 yılında Robert Koch tarafından şarbon etkeni tanımlandı. 19.yy'da solunum yoluyla işçilerden bulaşan, şarbona bağlı ölümler gerçekleşmiştir (Öğütlü, 2012:155). 1979-1980 yıllarında, dünyada, en büyük şarbon salgını Zimbabve'de yaşanmıştır. Bu dönemde iç savaş yaşayan Zimbabve'de insanlar şarbon bulaşan etleri tüketmişlerdir. Bu durumun sonucunda 182 kişi ölmüş, 942'den fazla kişide deri vakası görülmüştür (Özcan, 2019:27).

ZOONOTİK HASTALIKLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ

Bruselloz

Hayvan hastalığı olan bruselloz, enfekte olan hayvanların sütleri, vücut sıvıları, etleri ile insanlara bulaşan zoonozdur. Enfekte olmuş kişilerin birçok organı hastalıktan etkilenebilmektedir (Avşar, 2012:43). Hastalığın teşhisinde, serolojik veya bakteriyolojik testlerden de faydalanılmaktadır. Tedavisi gecikmemiş hastalarda, antibiyotik yeterli olmaktadır. Apse formasyonunun olduğu durumlarda cerrahi müdahale yapılmaktadır (Araz vd., 2016:24-25). İnsanlarda Brusellonun belirtileri 2'ye ayrılmaktadır. Bunlar, süresi 8 haftadan az olan akut brusello ve yetersiz antibiyotik tedavisi veya eksik tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan belirtilerin 8-52 hafta arası sürdüğü subakut brusello şeklinde izlenmektedir (Atay ve Metintaş, 2018:73). Brusello'nun semptomları; iştahsızlık, kas-eklem ağrısı, uyuşukluk, kilo kaybı, ateştir (Kaklıkkaya vd., 2013:117). Hayvanlarda brusello, kronik veya subakut seyirlidir ve birçok hayvan türünü etkilemektedir. Domuz, keçi, sığır, koyun



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

gibi hayvanlarda brusellonun başlangıç fazı çok belirgin değildir. Üreme sistemine olgun hayvanlarda zarar vermektedir. Dişilerde düşük, erkeklerde ise orşit ve epididimit gözlenmektedir (Atay ve Metintaş, 2018:74).

Tularemi

Etken maddesi Francisella tularensis olan tularemi, farklı klinik şekillerde görülebilen zoonotik bir hastalıktır. İnsandan insana bulaşma görülmemiştir (Ataman-Hatipoğlu vd., 2017:47). Tularemi, kuzey yarımkürede görülmektedir ve 2 alt tipi bulunmaktadır. Bunlar; F tularensis nearctica (tip A) ve F.tularensis holaretica (tip B)'dir (Uludağ-Altun ve Tetik, 2013:43). Sıçan, yabani tavşan, tarla faresi, sincap gibi kemirgenler tulareminin rezervuarlarıdır. Sinek, kene, bit ise bakterinin insanlara geçmesinde büyük rol oynamaktadır. Hayvanlarla ilgili meslekler risk grubunu oluşturmaktadır (Önen vd., 2012:95). Tularemi ilk kez McCoy ve Chapin tarafından Amerika'daki Tulare kasabasında bulunan uçan sincaplardan izole edilmiştir (Darmon-Curti, 2020:1). Türkiye'de tularemi ilk kez 1936 yılında bildirilmiştir. Tüm bölgelerde vaka bildirilmesine rağmen en çok Batı-Orta Karadeniz, Marmara, İç Anadolu bölgelerinde kullanma ve içme sularının yetersiz olduğu yerlerde görülmektedir. Kadın enfekte oranları erkek enfekte oranlarına göre daha yüksektir. Bunun nedeni kadınların kirli sularla ev işlerinde veya mesleklerinde daha fazla temas etmeleri olduğu düşünülmektedir. 2011'de Türkiye'de vaka sayısı 2151 ile en yüksek orana ulaşmıştır. 2017 yılında sayı azalmış Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü verilerine göre sayı 476'ya kadar inmiştir (Hasanoğlu vd., 2020:994).

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)

Dünya çapında, morbidite ve mortalite oranlarının büyük bir çoğunluğunu bulaşıcı hastalıklar oluşturmaktadır (Smego vd., 2004:1731). Bulaşıcı hastalıkların, kişiden kişiye yayılma riski yüksektir ve büyük salgınlara neden olabilmektedir (Papa vd., 2004:). Kırım Kongo virüsünün ana etkeni Bunyaviridae ailesinden Nairovirus genusundan meydana gelen RNA virüsüdür Kırım Kongo virüsü; Türkiye, Yunanistan, Eski Yugoslavya, Kenya, Arabistan, İran, Umman, Dubai, Çin, Irak, Pakistan, Kazakistan, Zaire, Arnavutluk gibi ülkeleri kapsayan geniş bir coğrafyada görülmektedir. Son dört yıl içinde Türkiye'de, Kelkit vadisi, Tokat, Sivas, Yozgat, bazı kara, deniz ve doğu Anadolu illerinde Kırım-Kongo vakası bildirilmiştir. Kırım Kongo virüsünde; keneler, hem vektör konak hem de rezervuar konak rolüne sahiptirler (Kartı, 2009:109). Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, bulantı, yüksek ateş, ishal, baş ağrısı ve birçok hemorojik bulgularla ilerleyen bir hastalıktır. Kırım Kongo kenelerin ısırmasıyla bulaşan Nairovirus soyundan bir virüstür. Orta Doğu, Asya, Afrika, Doğu Avrupa'nın çeşitli bölgelerinde vakalar bildirilmiştir. Türkiye'de, 2002-2003 yılları arasında, Artvin, Amasya, Giresun, Tokat, Gümüşhane, Sivas gibi bazı illerde bahar ve yaz aylarında kırım Kongo vakaları rapor edilmiştir. 40 yaş grubundaki yetişkinlerde, kırım Kongo kanamalı ateşi vakaları daha çok görülürken, çocuklarda vaka sayısı daha az rapor edilmiştir (Oflaz vd., 2008:309-310).

Şark Çıbanı

Şark çıbanı, subtropikal ve tropikal bölgelerde görülen deri hastalığıdır. Türkiye'de Şanlıurfa başta olmak üzere güneydoğuda görülmektedir (Görgülü, 1998:46). Dünyada her yıl 1,5 milyondan fazla şark çıbanı vakası bildirilmektedir. 88 ülkede yaklaşık 350 milyon kişi risk altındadır. Hastalık Cezayir, Afganistan, İran, Peru, Arabistan, Brezilya, Suriye, Pakistan gibi ülkelerde vakaların % 90'ından fazlası görülmektedir. Türkiye'de 1833'ten beri, şark çıbanı vakaları bildirilmiştir. Günaydoğu Anadolu Bölgesinde, 1950'lerden itibaren sık görülen şark çıbanı, tarımsal ilaçlama ve sıtma savaşı ile mücadele sonucunda azalmış fakat son yıllarda artış göstermektedir (Sucaklı ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Saka, 2007:165). Hastalık, Türkiye’de, uzun yıllardır, yıl çıbanı, Urfa Çıbanı, Halep Çıbanı, Antep Çıbanı, güzellik yarası gibi farklı isimlerle bilinmektedir. 2003 ve 2004 yıllarında Suriye’de 25 bin vaka bildiri yapılmıştır. Türkiye’de Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 1950’den önce şark çıbanının görülme sıklığı çok fazla sayıdayken, 1950’den sonra sıtma savaşında DDT ilaçlarının kullanılmaya başlanmasıyla hastalık Güneydoğu Anadolu’da azalmıştır. Fakat 1980’den sonra Urfa, 1985’ten sonra Çukurova’da şark çıbanında artışlar görülmüştür. Şark çıbanının oluşumunu ve iyileşme sürecini konak, parazit, vektörün özellikleri belirlemektedir (Gürel vd., 2012:122).

Şarbon

Şarbon, çiçek, veba, kolera gibi ölüm oranı yüksek bir hastalık olmamasına rağmen, salgın hastalıklar tarihinde önemli bir role sahiptir. 1877 yılında Robert Koch tarafından şarbon etkeni tanımlandı. 19.yy’da solunum yoluyla işçilerden bulaşan, şarbona bağlı ölümler gerçekleşmiştir (Öğütü, 2012:155). Her yıl dünyada 2000 ila 20.000 civarında kişiye şarbon teşhisi konulmaktadır. Türkiye’de şarbon yıllar geçtikçe azalmasına rağmen halen salgın hastalıktır (Gayretli-Aydın vd., 2018:21). Şarbon, enfekte hayvanlarla ve hayvan ürünleriyle bulaşan zoonotik bir hastalıktır. Şarbon, sporların organizmaya giriş bölgesine göre 3’e ayrılır. Bunlar; cilt şarbonu, akciğer şarbonu, gastrointestinal şarbonudur. Salgın olguların büyük bir kısmını cilt şarbonu oluşturmaktadır. Biyolojik silah olarak kullanılan en tehlikeli şekli akciğer şarbonudur. Bulaşma kaynağına göre şarbon 3’e ayrılır. Bunlar; tarımsal kaynaklı şarbon, endüstriyel kaynaklı şarbon, laboratuvar kaynaklı şarbonudur. Türkiye’de tarımsal kaynaklı şarbon çok sık görülen formudur. 1979 yılında görülen laboratuvar kaynaklı şarbon nadir görülmektedir ve akciğer ve cilt şarbonu şeklinde salgınlara sebep olabilmektedir. Hasta hayvanların kesilmesi, derilerinin yüzülmesi, etlerin işlenmesi esnasında direk temas sonucunda cilt şarbonu, enfekte hayvan etlerinin çiğ yenmesi sonucunda gastrointestinal şarbon, solunum yoluyla bulaşan akciğer şarbonu şeklinde görülmektedir (İnan-Elçin, 2001:366).

Zoonotik Hastalıkların Sağlık Harcamalarındaki Önemi

Brusella, dünyada sağlık harcamalarında büyük kayıplara sebep olan önemli zoonoz olarak gösterilmektedir. Brusella hastalığına ait 2016, 2017, 2018 yılları tedavi, tanı, kontrol toplam maliyetleri 25.755.436 TL’dir. Toplam 3 yılın kontrol maliyetlerinde 18.369.626 TL’si ilaç maliyeti, 7.385.810 TL’si işlem ve tedavi maliyetleridir. 2016 yılında toplam maliyetler 4.586.657 TL, 2017 yılı 11.681.977 TL, 2018 yılı için 9.486.802 TL’dir. Şarbon hastalığına ait 2016, 2017, 2018 yıllarına ait tedavi, tanı, kontrol maliyetleri toplam 280.004 TL’dir. 2016, 2017, 2018 yıllarının ilaç maliyeti 209.434 TL, tedavi ve işlem maliyetleri 70.570 TL’dir. 2016 yılı için toplam maliyetler 67.931 TL, 2017 yılı 76.935 TL, 2018 yılı 135.138 TL’dir. Şarbonun 2018 yılında Türkiye’de vaka başına maliyeti yaklaşık 1.778 TL olarak hesaplanmıştır. Tularemi hastalığına ait kontrol, tedavi, tanı maliyetlerinin 2016, 2017, 2018 yıllarına ait toplam maliyetleri 499.609 TL’dir. İlaç maliyetine 390.947 TL, tedavi ve işlem maliyetine 108.662 TL harcama yapılmaktadır. Toplam maliyetler 2016 yılı için 83.547 TL, 2017 yılı için 240.649 TL, 2018 yılı için 175.413 TL’dir. Tulareminin 2018 yılındaki vaka başı maliyeti 794 TL’dir (Arı vd., 2020:26-27). Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde vaka sayılarında yaz aylarında artışlar gözlenmektedir ve hastalık süreci ciddi seyreden hastane yatış süresi uzun olan bir hastalıktır. KKKA hastalığının 2016, 2017, 2018 yıllarına ait tedavi, tanı, kontrollerine ait toplam maliyetleri 1.074.280 TL’dir. İlaç maliyeti 121.079 TL, işlem ve tedavi maliyetleri 953.200 TL’dir. Toplam maliyetler 2016 yılında 254.128 TL, 2017 yılında 255.849 TL, 2018 yılında 564.302 TL’dir. KKKA, Türkiye’de 2018 yılında hasta başına maliyeti yaklaşık 1.178 TL olarak hesaplanmıştır (Arı vd., 2020:29).

Tablo 1. Zoonotik Hastalıkların Hastalık Yükünün Parasal Değeri, 2016

	2016 Değer (SGP \$)	Toplam Toplam Değer (\$)	Toplam Değer (TL)	GSYİH %
Bruselloz	106.738.164	43.770.960	132.480.954	0,0051
Şarbon	3.766.284	1.544.470	4.674.625	0,0002
Tularemi	166.429	68.249	206.568	0
KKKA	55.367.456	22.704.969	68.720.813	0,0027
Kuduz Riskli	21.228.194	8.705.213	26.347.947	0,0010

Kaynak: (Arı vd., 2020:16)

Brusella, veterinerlerde, hayvancılıkla uğraşanlarda, kasaplarda, laboratuvar çalışanlarında görülmektedir. Türkiye’de, Orta Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu, başta olmak üzere yaygın olarak görülmektedir. Brusella, gelişmiş ülkelerde hayvanlar arasında tamamen yok edilmiştir. Brusella’ nın ülkemizde en sık görülen türü Brusella melitensis’ tir. Brusella’ nın klinik semptomları, eklem ağrıları, kilo kaybı, halsizlik, yüksek ateş, iştahsızlıktır (Kesmez Can vd., 2017:41).

2016 yılı zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal toplam değerinde (TL), ilk sırada 132.480.954 TL brusella yer almaktadır. İkinci sırada Kırım Kongo kanamalı ateşi 68.720.813 TL, üçüncü sırada kuduz riskli 26.347.947 TL, dördüncü sırada şarbon 4.674.625 TL ve son sırada 206.568 TL ile tularemi yer almaktadır.

Tablo 2. Zoonotik Hastalıkların Hastalık Yükünün Parasal Değeri, 2017

	2016 Değer (SGP \$)	Toplam Toplam Değer (\$)	Toplam Değer (TL)	GSYİH Oranı %
Bruselloz	140.824.768	52.913.277	193.358.603	0,0062
Şarbon	1.038	390	1.426	0
Tularemi	169.755	63.784	233.081	0
KKKA	55.799.342	20.965.957	76.614.952	0,0025
Kuduz Riskli	9.317.312	3.500.872	12.793.079	0,0004

Kaynak: (Arı vd., 2020:17)

Brusella, gelişmekte olan ülkelerde ciddi ekonomik kayıplara sebep olan bir halk sağlığı problemidir (Sayar Şentürk, vd., 2019:259).

Şarbon, gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülmektedir. Salgının olduğu ülkelerde, hayvan şarbonuna ek olarak insan şarbonu da görülmektedir. Dünyada şarbon; Lübnan, Türkiye, İran başta olmak üzere Orta Doğu ülkeleri; Kazakistan, Kırgızistan, Türkmenistan dahil, Orta Asya ülkeleri, Hindistan ve Çin’in bazı bölgelerinde, Latin Amerika, Orta Amerika, Batı Afrika’da endemik olarak görülmektedir (Türkiye’de Şarbon Mevcut Durum Raporu, 2020:3). 2017 yılı zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal değerinde (TL), ilk sırada 193.358.603 TL ile brusella yer alırken 1.426 TL ile şarbon son sıradadır.

Tablo 3. Zoonotik Hastalıkların Hastalık Yükünün Parasal Değeri, 2018

	2018 Değer (SGP \$)	Toplam Toplam Değer (\$)	Toplam Değer (TL)	GSYİH Oranı %
Bruselloz	154.291.324	51.445.062	248.074.219	0,0067
Şarbon	14.547.450	4.850.529	23.389.827	0,0006
Tularemi	75.664	25.229	121.655	0
KKKA	78.108.402	26.043.536	125.585.032	0,0034
Kuduz Riskli	11.557.547	3.853.611	18.582.571	0,0005

Kaynak: (Arı vd., 2020:17)

Türkiye’de kış ve sonbaharda daha sık görülmektedir. Türkiye’de, Trakya bölgesinde 1936 yılında, ilk tularemi olgusu görülmüştür (Köse vd., 2020:204).

Zoonotik hastalıklar arasında kuduz, insanlık tarihinin en eski hastalıklarındandır. Bütün sıcakkanlı hayvanları enfekte etmektedir. Hastalığın bulaşma yolu enfekte olmuş hayvanların ısırmasıdır. Halk sağlığı açısından kuduz önemini hala korumaktadır. Bazı adalar ve Antartika hariç tüm dünyada endemiktir. 2010 yılında, Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında, 26.400-61.000 arasında kuduz vakasından dolayı ölüm olduğunu tahmin etmektedir. Kuduzla ilgili meydana gelen ölümlerin, %95’i Afrika’dan ve Asya’dan bildirilmektedir. Yüksek oranda çocuklarda ve kırsal alanlarda (%84) görülmektedir. Kuduzun yıllık maliyeti (tahmini) 6 milyar dolardır. 1,6 milyar dolarlık kısmı temas sonrası profilaksi için harcanmaktadır. Kuduzla ilgili hastalık yükü yaklaşık 1.9 milyon Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı ile ifade edilmektedir. Her yıl Türkiye’de yaklaşık, 180 bin kuduz riskli temas bildirim yapılmaktadır. Her yıl 1-4 arası değişen kuduzla ilgili ölüm gerçekleşmektedir (Aker ve Şahin, 2016:304). 2018 yılı zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal değerinde (TL), 248.074.219 TL ile brusella ilk sırada, 121.655 TL ile tularemi beşinci sırada yer almaktadır.

Tablo 4. Seçilen Zoonotik Hastalıklar İçin Yıllara Göre Tanı, Tedavi ve Kontrol Maliyetleri (2016, 2017, 2018) (T.C. Sağlık Bakanlığı, TL)

	2016	2017	2018	Toplam
Bruselloz	4.586.657	11.681.977	9.486.802	25.755.436
Şarbon	67.931	76.935	135.138	280.004
Tularemi	83.547	240.649	175.413	499.609
KKKA	254.128	255.849	564.302	1.074.280
Kuduz Riskli Temas	8.011.828	11.701.968	27.712.033	47.425.828

Kaynak: (Arı vd., 2020:18)

Tularemi, Francisella tularensis’in etken olduğu, zoonotik bir infeksiyon hastalığıdır. Kuş, memeli hayvan, sürüngen ve balıklar gibi 250’den fazla hayvan türünden izole edilmiştir. Bakterinin doğal rezervuarları çoğunlukla, geyik, rakun, sincap, kunduz, yabani tavşan, tarla faresi gibi kemirici hayvanlardır. Hayvan leşi, toprak, su ile atıklarda aylarca, dondurulmuş tavşan etinde yıllarca, samanda altı ay canlı kalabilmektedir (Kılıç ve Yeşilyurt, 2011:2).

Tablo 5. Seçilen Zoonotik Hastalıklar İçin Tanı, Tedavi ve Kontrol Maliyetleri (2016, 2017, 2018 Toplam) (T.C. Sağlık Bakanlığı, TL)

	İlaç	Tedavi ve Tıbbi İşlemler	Toplam
Bruselloz	18.369.626	7.385.810	25.755.436
Şarbon	209.434	70.570	280.004
Tularemi	390.947	108.662	499.609
KKKA	121.079	953.200	1.074.280
Kuduz Riskli Temas	4.161.788	1.039.036 (Aşı ve İmmunglobulin-42.225.004)	47.425.828

Kaynak: (Arı vd., 2020:18)

Dünyada şarbon epidemilerine, nadiren rastlanmaktadır. 1970'lerin sonunda yaşanmış, en büyük şarbon epidemisi 9711 kişinin etkilendiği Zimbabve epidemisidir. Amerika'da şarbon epidemisi görülme oranı, neredeyse bitmişken, terör amaçlı 2001 yılında bacillus anthracis'in kullanılmasıyla, şarbon tekrar dünya gündemine gelmiştir (Meriç ve Willke, 2008:1-2).

2.Dünya Savaşı döneminde, Kırım'da, hastalık ilk kez ortaya çıkmıştır. 1956 yılında, Kongo'da tanımlanan virüsün, 1969 yılında adı Kırım Kongo Kanamalı Ateşi(KKKA) olarak belirlenmiştir. Karadeniz'e kıyısı bulunan ülkeler, Balkan yarımadası, Arabistan yarımadası, Pakistan, Yunanistan, İran, tüm Orta Doğu ve Kuzeybatı Çin'de günümüzde epidemiler görülebilmektedir. 2002 yılında, Türkiye'de KKKA'ya ait ilk olgular rapor edilmiştir. 2007 yılına kadar geçen süreçte ölüm oranları 92, hasta sayısı 1820 olarak bildirilmiştir. Kuzeydoğu Anadolu'da (Çorum, Amasya, Yozgat, Sivas, Tokat, Gümüşhane) KKKA, sıklıkla görülmekle birlikte son yıllarda batıdan da vakalar bildirilmiştir (Kırdar ve Ertuğrul, 2009:45). 2016-2017-2018 yılları zoonotik hastalıklar için tanı, tedavi ve kontrol maliyetlerinde toplam (TL), ilaç kaleminde brusella 18.369.626 TL, kuduz riskli temas 4.161.788 TL, tularemi 390.947 TL, şarbon 209.434 TL, KKKA 121.079 TL'dir. Tedavi ve tıbbi işlemlerinde brusellaya 7.385.810 TL, kuduz riskli temas 1.039.036 TL, KKKA 953.200 TL, tularemi 108.662 TL, şarbon 70.570 TL ayrılmıştır.

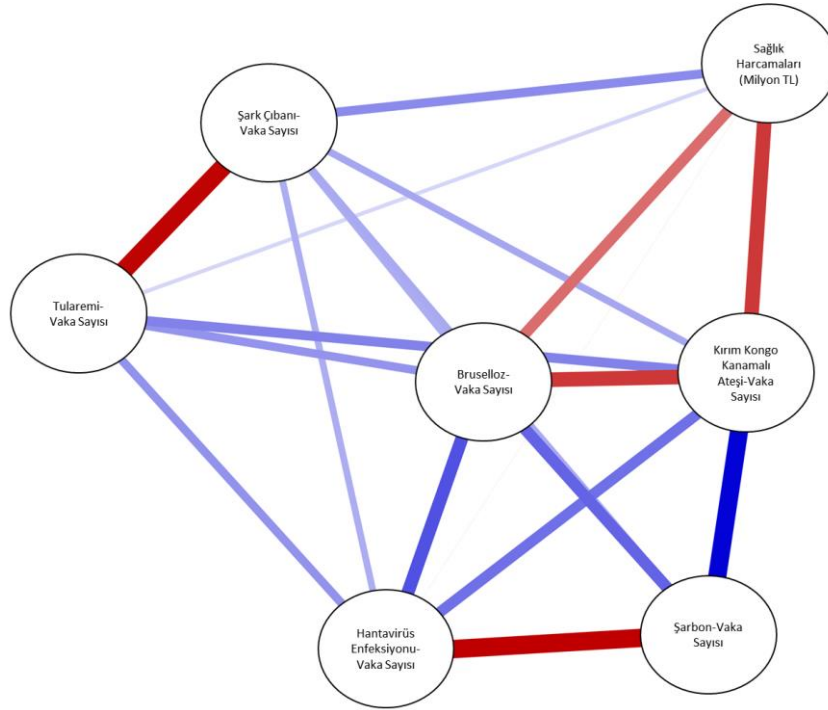
BULGULAR

Makalede 2.cil veriler kullanıldığı için etik kurul onayı gerekmemektedir.Sağlık harcamalarına etki eden faktörler ile ilgili sosyal ağ yapısı ve bu ağ yapısının özelliklerini ortaya koymak amacıyla network analizi yapılmıştır. Analizde ürünler arası ilişkilerin yapısal olarak belirlenmesi ve görselleştirme işlemleri için Jasp (JASP Team (2020). JASP (Version 0.14) [Computer software]) programı kullanılmıştır.Çalışmada 2010-2017 yılları arasındaki sağlık harcamaları, Hantavirüs Enfeksiyonuna sahip bireyleri, Bruselloz hastalığına sahip bireyleri, Tularemi hastalığına sahip bireyleri, Şarbon hastalığına sahip bireyleri, Şark Çıbanı hastalığına sahip bireyleri ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığına sahip bireyleri ağda hangi konumda olduğu belirlenmiştir. Bu bağlantıları değerlendirmek için temel merkezilik ölçümleri olan derece, arasındalık ve yakınlık merkezilik ölçüsü ile ağların yoğunluk ölçümleri üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

YÖNTEM

Çalışmada ürünler network ağı kullanılarak Şekil 1'de görsel olarak sunulmuştur. Şekil 2'de düğümler ilgili hastalığa sahip vakaları, bağlar ise bu ilgili hastalıklar arasındaki ilişkileri göstermektedir.

Buna göre Bruselloz hastalığına sahip bireyler ağdaki en bağlantılı düğüm olarak görülmektedir. Düğümler, ağı düğümler arasındaki bağlantıların gücüne göre düzenleyen Fruchterman-Reingold algoritması kullanılarak konumlandırılır. Bu algoritma sözde rastgele sayılar kullanır. Şekil 2’de gösterilen bir düğümün diğer düğüme uzaklığı, ürünler arasındaki bağlantılığının kapsamını göstermektedir. Buna göre çizginin kalınlığı ürünler arasındaki ilişkinin şiddetini, mavi renkler ürünler arasındaki pozitif ilişkiyi kırmızı renkler ise ürünler arasındaki negatif ilişkiyi göstermektedir.



Şekil 1. Vakalar ve Sağlık Harcamaları ile İlgili Network Ağ Yapısı

Çizge, düğümlerden (köşeler) ve bu düğümleri birbirine bağlayan kenarlardan (yaylardan, bağlantılardan) oluşur. Çizge kuramının en çok kullanılan ölçütlerinden biri olan seyreklik (Sparsity) ölçüsü ağ içinde var olan tüm bağların, oluşabilecek maksimum bağlara oranının birden çıkarılması ile elde edilir. Bir ağın seyreklik ölçüsü 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Şekil 1’den de görüleceği gibi ürünler arasındaki toplam bağ sayısının 19 olduğu görülmektedir. Bu ağ için maksimum bağ sayısı ise 21’dir. Buna göre seyreklik derecemiz 0,095 olarak bulunmuştur. Bu değer seyreklik derecesinin düşük olduğunu ve oluşturduğumuz network ağında yüksek yoğunluğun olduğunu göstermektedir. 7 değişkenin bulunduğu bir network ağı için bu seyreklik oranı yeterli düzeydedir. Network ağının genel yapısına ilişkin elde edilen bu bulguya bağlı olarak ürünler arasında ilişki olduğunu ve ürünlerin birbiri ile etkileşim halinde olduğu söylenilebilir. Bu sonuçlar Tablo 1 de verilmiştir.

Tablo 6. Netwok Ağı

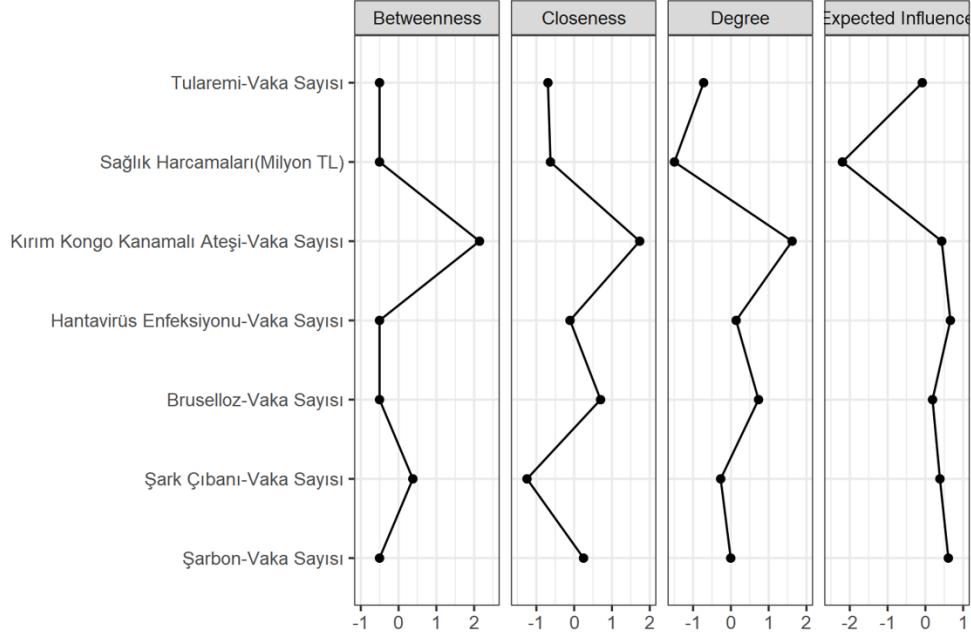
Number of nodes	Number of non-zero edges	Sparsity
7	18 / 21	0.095

Ürünlerin merkezlik düzeylerini belirlemek için dört tür ölçüt kullanılmıştır. Bu ölçütler, derece (degree) merkeziliği, yakınlık (closeness) merkeziliği, etki (influence) ve arasındalık (betweenness) merkeziliği değerleridir. Ürünler için merkezilik düzeyleri Tablo 7 de verilmiştir.

Tablo 7. Network Ağı için Merkezilik Değerleri

Ürün Adı	Arasındalık	Yakınlık	Derece	Etki
Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	-0.504	-0.627	-1.494	-2.194
Hantavirüs Enfeksiyonu-Vaka Sayısı	-0.504	-0.109	0.139	0.661
Bruselloz-Vaka Sayısı	-0.504	0.698	0.731	0.190
Tularemi-Vaka Sayısı	-0.504	-0.694	-0.721	-0.082
Şarbon-Vaka Sayısı	-0.504	0.248	-0.004	0.608
Şark Çıbanı-Vaka Sayısı	0.378	-1.249	-0.270	0.385
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi-Vaka Sayısı	2.142	1.733	1.619	0.432

Tablo 7 incelendiğinde Şarbon hastalığı en yüksek merkeziliğe sahip hastalıktır. Bunların ardından sırası ile Hantavirüs Enfeksiyonu, Şark Çıbanı, Tularemi, Bruselloz, sağlık harcamaları ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı gelmektedir. Şekil 3'te yer alan Network ağ şeklinde bu durum daha net görülmektedir. Diğer bir merkezilik ölçüsü olan arasallık network ağında bir ürünün diğer ürünlerin arasında bulunma derecesini göstermektedir. Tablo 7'deki arasındalık değerlerine göre Şark Çıbanı arasındalığı daha yüksek olan hastalıktır. Buna bağlı olarak ürünler içerisinde Şark Çıbanının ağda, yüksek derecede aktif olan anahtar hastalık olduğu, diğer bağlantısız ürünler arasında köprü görevi gördüğü söylenebilir (Şekil 1). Bunun sonucu olarak ağın genelinin yüksek ilişkili ürünlerden oluştuğu ve Şarbon hastalığının bu hastalıklar arasındaki en önemli hastalık olduğu söylenilebilir. Yakınlık derecesi bir ürünün diğer ürünlerle olan yakınlığını gösterir. Yakınlık birbirine en yakın iki ürün arasındaki uzaklığın terslerinin toplamıdır. Bu değer bir ürünün en hızlı şekilde hangi ürün ile bağlanacağını gösterir. Buna göre yakınlık derecesi en düşük hastalık Hantavirüs Enfeksiyonudur. Yakınlık derecesi en yüksek hastalık ise Kırım Kongo Kanamalı Ateşidir. Etki değerleri incelendiğinde bu değişkenler arasında en yüksek etkiye Sağlık Harcamaları sahiptir. Bunun ardından Hantavirüs Enfeksiyonu gelmektedir. Yani Sağlık Harcamaları ve Hantavirüs Enfeksiyonu network ağında diğer ürünlerin üzerinde etkiye sahip olduğu söylenilebilir. Bu bulgular için oluşturulan grafik Şekil 2 de verilmiştir.



Şekil 2. Network Ağı için Merkezilik Grafiği

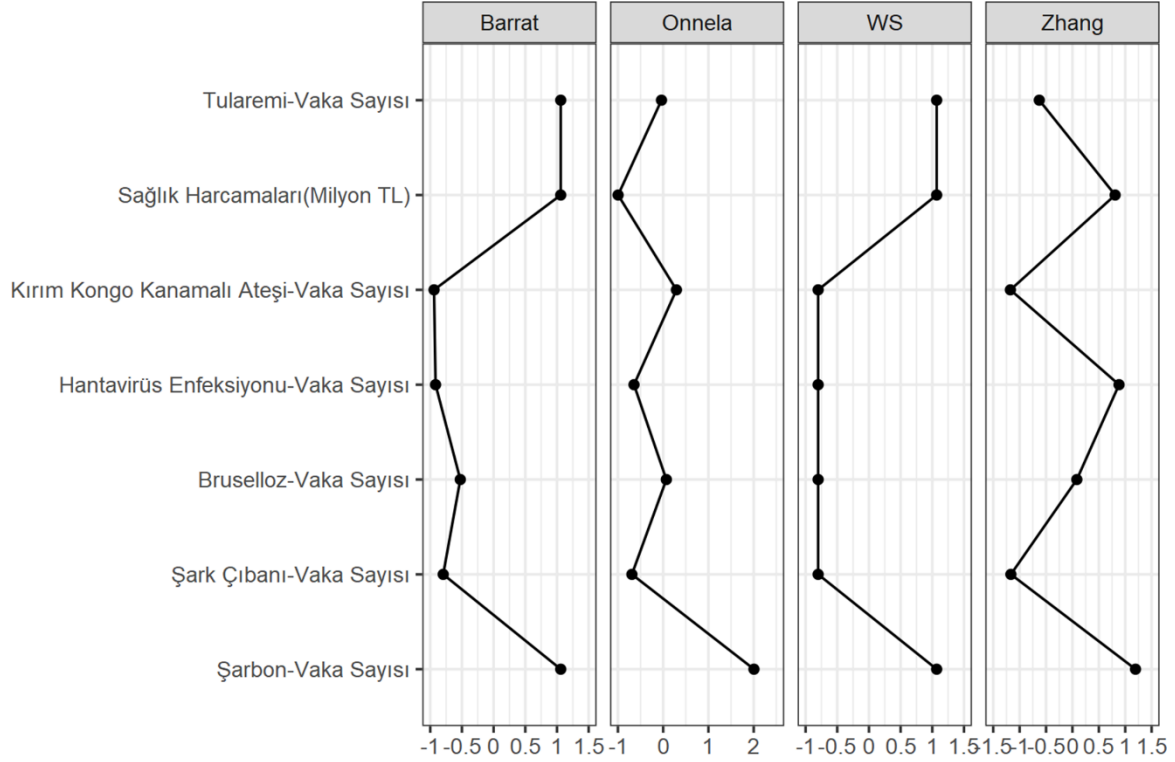
Kümeleme katsayısı yerel grup uyumluluğunu ölçer ve herhangi bir köşe için bağlı komşuların fraksiyonu olarak tanımlanır. Yani küresellik katsayısı, ağdaki birbirine bağlı köşe üçlülerinin küresel yoğunluğunu ölçen istatistiksel tutarlılık düzeyi olarak da adlandırılabilir. Kümeleme katsayısının düşük olması değişkenlerin bağlantısının yüksek olduğunu düşük olması ise daha seyrek bağlantıların olduğunu gösterir. Buna göre Tablo 8’de ürünlere ilişkin kümeleme katsayıları verilmiştir.

Tablo 8. Ürünlere İlişkin Kümeleme Katsayıları

Ürün Adı	Barrat	Onnela	WS	Zhang
Şarbon-Vaka Sayısı	1.059	2.006	1.069	1.195
Şark Çıbanı-Vaka Sayısı	-0.796	-0.691	-0.802	-1.166
Bruselloz-Vaka Sayısı	-0.526	0.070	-0.802	0.083
Hantavirüs Enfeksiyonu-Vaka Sayısı	-0.916	-0.645	-0.802	0.882
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi-Vaka Sayısı	-0.940	0.293	-0.802	-1.175
Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	1.059	-0.996	1.069	0.809
Tularemi-Vaka Sayısı	1.059	-0.038	1.069	-0.628

Tablo 8’e göre çevresinde en çok yoğunluk olan değişkenler Şarbon, Sağlık Harcamaları ve Tularemi’dir. Bu değişkenlerden en az yoğunluğa sahip olan değişken Bruselloz’dur. Bu sonuçlar

Tablo 7 de yer alan etki değerlerini destekler ve bu iki değişken diğer değişkenler üzerinde yüksek etkisinin olduğunu destekler. Kümeleme katsayılarına ilişkin grafikler Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3: Network Ağı için Kümeleme Katsayılarının Grafığı

Sonuç olarak bu değişkenler arasındaki ilişkiler Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Değişkenler Arasındaki İlişki Katsayıları

Ürün Adı	Sağlık Harcamaları	Hantavirüs Enfeksiyonu	Bruselloz	Tularemi	Şarbon	Şark Çıbanı
Hantavirüs Enfeksiyonu	-0.021					
Bruselloz	-0.418	0.498				
Tularemi	0.117	0.309	0.306			
Şarbon	0.000	-0.729	0.443	0.000		
Şark Çıbanı	0.332	0.235	0.234	-0.717	0.243	
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi	-0.567	0.408	-0.570	0.358	0.719	0.251

Tablo 9 incelendiğinde en yüksek Şark Çıbanı ile Tularemi arasında negatif yönlü orta seviye bir ilişki vardır ($r=-0,717$).

YAZARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %55 oranında, ikinci yazar % 45 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

SONUÇ

Türkiye coğrafi konumu nedeniyle, Avrupa ve Kafkaslar, Asya ve Afrika arasında önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye’de coğrafi konumu nedeniyle aynı zamanda çeşitli zoonotik hastalıklar yaşanmaktadır (Düzlü vd., 2020:169).

Zoonotik hastalıkların ekonomik boyutu hesaplanırken, insan ve hayvan sağlığı üzerindeki etkilerinin dışında hastalık kontrolü içinde harcamaların dikkate ele alınmasına ek olarak, hastalık maliyeti, korunma maliyeti ve diğer kayıplar göz önüne alınmalıdır. Hastalığın maliyeti, özel veya kamuya ait harcamalardan oluşmaktadır (Atay ve Metintaş, 2018:81).

2016 yılı zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal toplam değerinde (TL), ilk sırada 132.480.954 TL brusella, 2017 yılı zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal değerinde (TL), ilk sırada 193.358.603 TL ile brusella yer alırken 1.426 TL ile şarbon son sıradadır. 2018 yılı zoonotik hastalıkların hastalık yükünün parasal değerinde (TL), 248.074.219 TL ile brusella ilk sırada, 121.655 TL ile tularemi beşinci sırada yer almaktadır. 2016-2017-2018 yılları zoonotik hastalıklar için tanı, tedavi ve kontrol maliyetlerinde toplam (TL), ilaç kaleminde brusella 18.369.626 TL, kuduz riskli temas 4.161.788 TL, tularemi 390.947 TL, şarbon 209.434 TL, KKKA 121.079 TL’dir. Tedavi ve tıbbi işlemlerinde brusellaya 7.385.810 TL, kuduz riskli temas 1.039.036 TL, KKKA 953.200 TL, tularemi 108.662 TL, şarbon 70.570 TL ayrılmıştır.

Çalışmada sağlık harcamaları, Hantavirüs Enfeksiyonuna sahip bireyleri, Bruselloz hastalığına sahip bireyleri, Tularemi hastalığına sahip bireyleri, Şarbon hastalığına sahip bireyleri, Şark Çıbanı hastalığına sahip bireyleri ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığına sahip bireyleri ağda hangi konumda olduğu belirlenmiştir. Bu bağlantıları değerlendirmek için temel merkezilik ölçümleri olan derece, arasındalık ve yakınlık merkezilik ölçüsü ile ağların yoğunluk ölçümleri üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Seyreklik derecemiz 0,095 olarak bulunmuştur. Bu değer seyreklik derecesinin düşük olduğunu ve oluşturduğumuz network ağında yüksek yoğunluğun olduğunu göstermektedir. 7 değişkenin bulunduğu bir network ağı için bu seyreklik oranı yeterli düzeydedir. Network ağının genel yapısına ilişkin elde edilen bu bulguya bağlı olarak ürünler arasında ilişki olduğunu ve ürünlerin birbiri ile etkileşim halinde olduğu söylenilebilir.

Şarbon hastalığı en yüksek merkeziliğe sahip hastalıktır. Bunların ardından sırası ile Hantavirüs Enfeksiyonu, Şark Çıbanı, Tularemi, Bruselloz, sağlık harcamaları ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı gelmektedir. Diğer bir merkezilik ölçüsü olan arasallık network ağında bir ürünün diğer ürünlerin arasında bulunma derecesini göstermektedir. Şark Çıbanı arasındalığı daha yüksek olan hastalıktır. Buna bağlı olarak ürünler içerisinde Şark Çıbanının ağda, yüksek derecede aktif

olan anahtar hastalık olduğu, diğer bağlantısız ürünler arasında köprü görevi gördüğü söylenebilir. Bunun sonucu olarak ağır genelinin yüksek ilişkili ürünlerden oluştuğu ve Şarbon hastalığının bu hastalıklar arasındaki en önemli hastalık olduğu söylenilebilir. Yakınlık derecesi bir ürünün diğer ürünlerle olan yakınlığını gösterir. Yakınlık birbirine en yakın iki ürün arasındaki uzaklığın terslerinin toplamıdır. Bu değer bir ürünün en hızlı şekilde hangi ürün ile bağlanacağını gösterir. Buna göre yakınlık derecesi en düşük hastalık Hantavirüs Enfeksiyonudur. Yakınlık derecesi en yüksek hastalık ise Kırım Kongo Kanamalı Ateşidir. Etki değerleri incelendiğinde bu değişkenler arasında en yüksek etkiye Sağlık Harcamaları sahiptir. Bunun ardından Hantavirüs Enfeksiyonu gelmektedir. Yani Sağlık Harcamaları ve Hantavirüs Enfeksiyonu network ağında diğer ürünlerin üzerinde etkiye sahip olduğu söylenilebilir.

KAYNAKÇA

- Akalın, H. (2010). Türkiye’de Tularemi Salgımları. *Klinik Gelişim Dergisi*, 23(3), 36-39.
- Aker, S., ve Şahin M.K. (2016). Kuduz Riskli Temas Olgularının Değerlendirilmesi - Canik / Samsun, *Ankara Med J*, 16(3):303-12
- Arı, H.O., İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M.K., Karakaş, F., Yıldırım, H.H. & Alp Meşe E. (2020). Türkiye’de Zoonotik Hastalıkların Hastalık Yükü ve Maliyeti. *TÜSPE Rapor: 2020/1, TÜSPE Yayınları*, Ankara.
- Araz, C., Özkalaycı, Ö., Camkıran, F. A., Akovalı, N., Topçuoğlu, N., & Arslan, G. (2016). Brucella Enfeksiyonuna Bağlı bir Lomber Spondiloartropati Olgusu. *Türkiye Klinikleri*, 14(1), 24-27.
- Arslanyılmaz, M., Aslan, D., Akın, L. & Aktaş, D. (2014). Tularemi: Güncel Değerlendirmeler. *Türk Hijyen Biyoloji Dergisi*, 71(2), 99-106.
- Atay, E., ve Metintaş, S. (2018). Bruselloz ve Ekonomik Yüzü. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3),71-84.
- Ataman Hatipoğlu, Ç., Karakök, T., Cesur, S., Bulut, C., Ata, N., Kaya Kılıç, E., Kınıklı S., & Demiröz A.P. (2017). Orofaringeal tularemi olgusu. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 9 (1), 47-50.
- Avşar, K., Kaya, O., Sütçü, R., & Cüre M. (2012). Bruselloz Olgularında Sitokin Düzeyleri. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi*, 19(2), 43-46.
- Çayakar, A. (2018). Bruselloz ve Tulareminin Tarihsel Yolculukları. *Aegean J Med Sci*, 2, 83-87.
- Belay E.D, Kile J.C, Hall AJ, Barton-Behravesh C., Parsons M.B, Salyer S, et al. (2017). Zoonotic Disease Programs for Enhancing Global Health Security. *Emerg Infect Dis.*, Suppl [date cited]. <https://doi.org/10.3201/eid2313.170544>.
- Darmon-Curti, A., Darmon, F., Edouard, S., Hennebique, A., Guimard, T., Martin-Blondel, Klopfenstein, G. T., Talarmin, J.P., Raoult, D., Maurin, M., & Fournier, P.E. (2020). Tularemia: A Case Series of Patients Diagnosed at the National Reference Center for Rickettsioses From 2008 to 2017. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(11), 1-9.
- Düzlü, Ö., İnci, A., Yıldırım, A., Doğanay, M., Özbel, Y., & Aksoy S. (2020). Vector-Borne Zoonotic Diseases in Turkey: Rising Threats on Public Health. *Türkiye ve Parazitoloji Dergisi*, 44(3), 168-175.
- Elçin, Ö.İ. (2001). Potansiyel Tehlike: Şarbon. *Sted*, 10(10), 366-370
- Eraksoy, H., Türkiye’de Su Kaynaklı Tularemi Salgımları: Geçmişten Günümüze. Editör Görüşü
- Ergönül, Ö. (2010). Kırım Kongo Kanamalı Ateşi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 23(3), 14-27.
- Gayretli Aydın, Z. G., Çiftçi, A. G., Özkaya E., Aksoy F., Yılmaz, M.A., & Aktaş, D. (2018). Şarbon: Temaslı Çocukların Yönetimi. *J Pediatr Inf*, 12(1), 20-24.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Görgülü, A. (1998). Edirne'de Şark Çıbanı. *T Kilin Dermatoloji*, 8, 46-48.
- Gürel, M.S., Yeşilova, Y., Ölgün, K., & Özbel, Y. (2012). Türkiye'de Kutanöz Leishmaniasisin Durumu. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 36, 121-9.
- Hasanoğlu, İ., Bilgiç, Z., Kaya Kalem, A., Kayaaslan, B., Eser, F., & Güner, R. (2020). Lenfadenopati Etiyolojisinde Ülkemiz için Önemli bir Hastalık: Tularemi. *Ankara Med Journal*, 4, 993-999.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2021). www.hsgm.saglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 12.12.2021
- Kartı, S. (2009). Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, 35. *Ulusal Hematoloji Kongresi*, 109-114.
- Kaklıkkaya, N., Bayramoğlu, G., Buruk, K., Tosun, İ., & Aydın F. (2013). Determination of Procalcitonin Levels in Brucella and Salmonella Bacteremia. *Nobel Medicus*, 9(3), 116-119.
- Kezmez Can, F., Tekin, E., Sezen, S., & Kaya, Z. (2017). Bruselloz; Aynı Aileden 3 Olgu Sunumu, Cumhuriyet Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, (2)2:40-44
- Kılıç, S., ve Yeşilyurt, M. (2011). Tularemi: Güncel Tedavi Seçenekleri, *Klinik Dergisi*, 24(1):2-10
- Kırdar, S., ve Ertuğrul, M. B. (2009). Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2) :45 - 52
- Köse, H., Temoçin, F., & Sarı, T. (2020). Tularemi Salgını ve Sonrası; Mevsimsel Değişikliklerin Etkisi, *Mikrobiyol Bul*, 54(2):203-210
- Meriç, M., ve Willke, A. (2008). Gebze'de Şarbon, *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)*, 22 (1):1-9
- Oflaz, B., Kanmaz, G., Özbayramoğlu, E., Şaylı, T., Güven, A., & Uysal G. (2008). Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Tanılı bir Çocuk Hastada Oral Ribavirin Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 17(4), 309-312.
- Özcan, B. (2019). Şarbon Hastalığı ve Önemi. *Sağlık ve Toplum*, 29(1), 27-31.
- Öğütü, A. (2012). Şarbon. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29, 155-162.
- Önen, S., Paksoy, D., & Dallar Bilge, Y. (2012). Çocukluk Çağında Tularemi Olguları. *J Pediatr Inf*, 6: 94-100.
- Özlen, F. (2020). Geçmişten Günümüze Devam Eden bir Tedavi Şark Çıbanı. *Tarih Dergisi*, Sayı:73, <https://tarihdergi.com/yuzyillar-boyunca-yuze-vurulan-bir-damga>.
- Papa, A. (2004). Crimean-Congo Hemorrhagic Fever in Bulgaria. 10(8), 1465–1467.
- Sayar, MS., Şentürk, GÇ., Lülleci, H., Altay, FA., & Solay, AH. (2019). Brusella Epididimoorşitli 7 Vakamın Değerlendirmesi, *Selcuk Med J*, 35(4):259-263
- Smego, A.R., Jr., Arif, R. Sarwari & Siddiqui A.R. (2004). Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Prevention and Control Limitations in a Resource-Poor Country. *CID*, 38, 1731-1735.
- Sucaklı, M.B., ve Saka, G. (2007). Diyarbakır'da Şark Çıbanı Epidemiyolojisi. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 31:(3), 165-169.
- Şahin, S. (2015). Şarbon. www.ekmud.org.tr, Erişim Tarihi:02.01.2022
- Taştan, R., Altıntaş, L., & Cevizci, S. (2016). Kocaeli İl Merkezinde Bulunan Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Zoonotik Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türk Hij. Den Biyoloji Dergisi*, 73(4), 365-378.
- Türkiye'de Şarbon Mevcut Durum Raporu. (2020). *Türk Hijyen ve Deneyisel Biyoloji Dergisi(Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)*, 77(2), Ankara
- Uludağ Altun, H., ve Tetik, H. (2013). Boyunda Ünilateral Kitle: Tularemi. *Ege Tıp Dergisi*, 52(1),43-44