

**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ  
İNFORMAL ÖDEME YAPMA NEDENLERİ VE  
İNFORMAL ÖDEMELERE YÖNELİK  
TUTUMLARI: İZMİR İLİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**İPEK CAMUZ BERBER**

**İZMİR-2018**

**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ  
İNFORMAL ÖDEME YAPMA NEDENLERİ VE  
İNFORMAL ÖDEMELERE YÖNELİK  
TUTUMLARI: İZMİR İLİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**İPEK CAMUZ BERBER**

**DANIŞMAN  
DR. ÖĞR. ÜYESİ ELİF TÜRKAN ARSLAN**

**İZMİR-2018**



## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının İnfomal Ödeme Yapma Nedenleri ve İnfomal Ödemelere Yönelik Tutumları: İzmir İli Örneği**” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

27.06.2018

İpek CAMUZ BERBER

İmza

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. <b>İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ</b> Sosyal Bilimler Enstitüsü	
	<b>TEZ SINAVI TUTANAK FORMU</b>	Dok. No: FR/604/21
		İlk Yayın Tar.: 03.10.2017
		Rev. No/Tar.: 00/..
		Sayfa 1 / 1

GÖNDEREN : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı  
GÖNDERİLEN : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisi İpek CAMUZ BERBER ile ilgili Tez Sınav Tutanağı aşağıdadır.

Tarih: 27.06.2018

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı  
Prof. Dr. Levent B. KIDAK

Sayı :

İmza

### SINAV TUTANAĞI

Tez Sınav Jürimiz tarafından incelenen "Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının İnfomal Ödeme Yapma Nedenleri ve İnfomal Ödemelere Yönelik Tutumları: İzmir İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili olarak jürimiz 27.06.2018 tarihinde toplanmış ve adı geçen öğrenciyi Tez Sınavına tabi tutmuştur. Sınav sonucunda adayın tezi hakkında ~~OYÇOKLUĞU~~/OYBİRLİĞİ ile aşağıdaki karar verilmiştir.

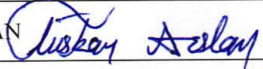


KABUL

Kabul Edilen Yüksek Lisans / Doktora tezi:

- i) Bilime yenilik getirmiştir
- ii) Yeni bir bilimsel yöntem geliştirmiştir
- iii) Bilinen bir yöntemi yeni bir alana uygulamıştır
- iv) Uygulama yapmıştır (sadece Yüksek Lisans'ta geçerlidir)

RED

DÜZELTME \*

Tez Sınav Jürisi	Unvanı ve Adı Soyadı
Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Elif Türkan ARSLAN 
Üye	Prof. Dr. Levent B. KIDAK 
Üye	Prof. Dr. Ömer GİDER 
Üye	
Üye	

Eki : Tez Değerlendirme Formu (Her bir jüri için).

\* Tez sınavında düzeltme kararı verilmesi halinde jüri tarafından öngörülen düzeltmelere ilişkin bir jüri raporu eklenmelidir. Düzeltmeler için Ek süre her defasında en fazla yüksek lisans öğrencileri için 3 ay, doktora öğrencileri için 6 aydır.

# ÖZET

**Yüksek Lisans Tezi**

**SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ İNFORMAL ÖDEME  
YAPMA NEDENLERİ VE İNFORMAL ÖDEMELERE YÖNELİK  
TUTUMLARI: İZMİR İLİ ÖRNEĞİ**

**İpek CAMUZ BERBER**

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı**

Bu çalışma, sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu ödemelere yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Nicel yöntemin benimsendiği araştırma kapsamında, anket yöntemiyle veri toplanmıştır. Çalışmanın evrenini, İzmir’de yaşayan ve herhangi bir sağlık kurum/kuruluşundan sağlık hizmeti alan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemi, +/-0,05 hata toleransı ve %95 güven düzeyinde 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 425 kişi ile anket yapılmıştır.

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; cinsiyet, medeni durum, yaş, sağlık hizmeti alımında kullanılan finansman türü değişkenlerine göre informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken; eğitim düzeyi, gelir düzeyi, iş, informal ödeme yapmış olup olmama durumu ve informal ödemelere ilişkin düşünce değişkenlerine göre informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre informal ödemelere yönelik tutum arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan analiz sonucunda; cinsiyet, medeni durum, yaş, sağlık hizmeti alımında kullanılan

finansman türü, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, iş, informal ödeme yapmış olup olmama durumu ve informal ödemelere ilişkin düşünce değişkenlerine göre informal ödemelere yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Araştırma sonucunda informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve informal ödemelere ilişkin tutum arasında zayıf, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. İnfomal ödemelere yönelten unsurların, informal ödemelere ilişkin tutum üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Bireyler daha iyi, kaliteli ve hızlı hizmet almak, tanınan bir doktor tarafından teşhis/tedavi hizmeti almak, hizmet alırken sıra beklememek gibi nedenlerle informal ödeme yapmaktadırlar. Bu nedenler, bireylerin informal ödemelere yönelik tutumlarını da etkilemektedir. İnfomal ödeme yapmaya yönelten bu unsurları iyileştirmeye yönelik yapılacak sağlık reformları, bu tür ödemelerin azaltılmasında etkili olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Cepten Ödemeler, İnfomal Ödemeler, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sektörü, Yolsuzluk

# **ABSTRACT**

**Master Thesis**

## **HEALTH CARE USERS' INFORMAL PAYMENT REASONS AND ATTITUDES TOWARDS THIS PAYMENTS: IZMIR PROVINCE EXAMPLE**

**İpek CAMUZ BERBER**

**Izmir Katip Celebi University  
Institute of Social Sciences  
Department of Health Management**

This study was conducted to identify the motivating factors for informal payment for health care users and the attitudes of health care users towards these payments. Within the scope of the research which adopted the quantitative method, the data was collected by the questionnaire method. The universe of the workforce consists of individuals aged 18 and over who live in İzmir and receive health services from any health institution / organization. The sample of the study was calculated as 384 persons with a tolerance of +/- 0.05 and a 95% confidence level. A survey was conducted with 425 people who agreed to participate in the survey.

Analysis conducted to examine whether there is a difference between the descriptive characteristics of participants and the motivating factors of informal payments; gender, marital status, age, type of financing used for health care services are statistically insignificant; the level of education, income level, job, informal payment status and informal payments are statistically significant.

Analysis conducted to examine whether there is a difference between the descriptive characteristics of the participants and the attitudes towards informal payments; gender, marital status, age, type of financing used for health care, level of education, level of income, job, status of informal payment and informal payments are statistically significant.

As a result of the research, it was determined that there is a weak, positive and statistically significant relationship between the motivating factors for informal payment and the attitude towards informal payments. Factors that motivate informal payments have been found to have an effect on the attitudes towards informal payments. Individuals make informal payments for reasons such as getting better, better quality and faster services, getting a diagnosis / treatment service by a recognized doctor, and not waiting in line for service. These factors also affect the attitudes of individuals towards informal payments. Healthcare reforms to improve these motivating factors for informal payments may be effective in reducing such payments.

**Keywords:** Corruption, Health Sector, Health Services, Informal Payments, Out-of-Pocket Payments



# İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ .....	ii
TEZ SINAV TUTANAĞI.....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	xv
ÖNSÖZ .....	xvi
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM .....	4
SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ.....	4
1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ .....	4
1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	8
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri.....	9
1.2.1.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri.....	10
1.2.1.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası Yöntemi İle Finansman (Bismarck Modeli) ....	10
1.2.1.1.2. Vergiler ile Finansman (Beveridge Modeli) .....	11
1.2.1.2. Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri.....	12
1.2.1.2.1. Özel Sağlık Sigortası.....	12
1.2.1.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesabı .....	13
1.2.1.2.3. Cepten Ödemeler.....	13
1.2.1.2.3.1. Doğrudan Ödemeler .....	14
1.2.1.2.3.2. Kullanıcı Katkıları.....	14
1.2.1.2.3.3. İnfomal Ödemeler .....	15
1.2.1.3. Karma Finansman Yöntemi .....	15
1.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı .....	15
1.2.2.1. Vergiler ile Finansman.....	16
1.2.2.2. Sosyal Sigorta Primleri .....	16
1.2.2.3. Özel Sağlık Sigortası.....	18
1.2.2.4. Cepten Ödemeler.....	19

<b>İKİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>22</b>
<b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNFORMAL ÖDEMELER.....</b>	<b>22</b>
2.1. YOLSUZLUK KAVRAMI.....	23
2.1.1. Yolsuzluk Türleri .....	26
2.1.1.1. Rüşvet .....	27
2.1.1.2. Zimmet.....	28
2.1.1.3. Dolandırıcılık (Sahtekarlık) .....	28
2.1.1.4. Haraç veya İrtikap.....	29
2.1.2. Sağlık Sektöründe Yolsuzluk.....	29
2.1.2.1. Sağlık Sektörünün Yolsuzluğa Açık Olmasının Sebepleri .....	31
2.1.2.2. Sağlık Sektöründe Yolsuzluk Türleri.....	34
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNFORMAL ÖDEMELER .....	38
2.2.1. İnfomal Ödeme Kavramı .....	38
2.2.2. İnfomal Ödeme Türleri .....	42
2.2.2.1. Aynı İnfomal Ödemeler.....	42
2.2.2.2. Nakit İnfomal Ödemeler.....	43
2.2.3. İnfomal Ödemelerin Nedenleri .....	46
2.2.4. İnfomal Ödemelerin Sonuçları .....	51
2.2.5. İnfomal Ödemeleri Önleme/Azaltma Stratejileri.....	55
2.2.6. İnfomal Ödemeler İle İlgili Yapılan Çalışmalar .....	58
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>69</b>
<b>SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ İNFORMAL ÖDEME YAPMA NEDENLERİ VE İNFORMAL ÖDEMELERE YÖNELİK TUTUMLARI: İZMİR İLİ ÖRNEĞİ .....</b>	<b>69</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....	69
3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI.....	70
3.3. ARAŞTIRMANIN TEKNİK VE YÖNTEMİ .....	70
3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	72
3.5. VERİ TOPLAMA ARACI .....	73
3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Geliştirilmesi .....	75
3.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ .....	79
3.7. BULGULAR.....	81
3.7.1. Faktör Analizine İlişkin Bulgular .....	81
3.7.2. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular .....	87
3.7.3. Karşılaştırma Testlerine İlişkin Bulgular .....	94

3.7.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgular .....	118
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>127</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>139</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>151</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>157</b>



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni .....	8
Şekil 1.2: Genel Sağlık Sigortası Nüfus Kapsama Oranı .....	18
Şekil 1.3: Finansman Türüne Göre Cari Sağlık Harcaması Dağılımının Uluslararası Karşılaştırılması-2015 .....	19
Şekil 1.4: Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalar İçindeki Oranı .....	20
Şekil 2.1: Sağlık Sektöründe Yer Alan Aktörler ve Bu Aktörler Arasındaki İlişkiler .....	33



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.1:</b> Yıllara Göre Özel Sağlık Sigortası Toplam Primleri, Sigortalı Sayısı, Toplam Nüfusa Oranı ve Yıllara Göre Artış Oranı (%) .....	18
<b>Tablo 2.1:</b> Sağlık Sektöründeki Yolsuzluk Türleri ve Sağlık Sektörüne Etkileri .....	35
<b>Tablo 2.2:</b> İnfomal Ödeme Tanımları .....	39
<b>Tablo 2.3:</b> Yapılan Ödemelerin Türüne Göre Formal ve İnfomal Ödemelerin Tanımları... ..	45
<b>Tablo 2.4:</b> Hastalar ve Hizmet Sunucuları Açısından İnfomal Ödeme Nedenleri .....	47
<b>Tablo 2.5:</b> İnfomal Ödemeler İle İlgili Yapılan Çalışmalar .....	61
<b>Tablo 3.1:</b> İzmir Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	72
<b>Tablo 3.2:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurları Belirlemeye Yönelik Faktör Analizine İlişkin KMO ve Barlett Testi Sonuçları.....	81
<b>Tablo 3.3:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurları Belirlemeye Yönelik Faktör Analizi Sonuçları .....	82
<b>Tablo 3.4:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutumu Belirlemeye Yönelik Ölçüm Aracına İlişkin KMO ve Barlett Testi.....	84
<b>Tablo 3.5:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutumu Belirlemeye Yönelik Faktör Analizi Sonuçları .....	85
<b>Tablo 3.6:</b> Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	88
<b>Tablo 3.7:</b> Katılımcıların İnfomal Ödemelerle İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular .....	89
<b>Tablo 3.8:</b> İnfomal Ödeme Yapan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	90
<b>Tablo 3.9:</b> İnfomal Ödemelerin Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	92
<b>Tablo 3.10:</b> İnfomal Ödemelere İlişkin Algı.....	94
<b>Tablo 3.11:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları .....	95
<b>Tablo 3.12:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Medeni Duruma Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları ....	95
<b>Tablo 3.13:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	96
<b>Tablo 3.14:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	97
<b>Tablo 3.15:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Eğitim Düzeyi ve Hizmet Kalitesi-Kültür Boyutları).....	98
<b>Tablo 3.16:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Gelir Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	99
<b>Tablo 3.17:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Gelir Düzeyi-Hizmet Kalitesi Boyutu).....	100

<b>Tablo 3.18:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Yapılan İşe Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	101
<b>Tablo 3.19:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yapılan İş ve Hizmet Kalitesi Boyutu) .....	102
<b>Tablo 3.20:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Finansman Türüne Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	103
<b>Tablo 3.21:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları .....	104
<b>Tablo 3.22:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları .....	105
<b>Tablo 3.23:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	106
<b>Tablo 3.24:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yaş ve Sosyal Tutum-Bireysel Tutum Boyutları) .....	107
<b>Tablo 3.25:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	108
<b>Tablo 3.26:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Eğitim Düzeyi ve Ahlaki Tutum-Bireysel Tutum Boyutları).....	109
<b>Tablo 3.27:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	110
<b>Tablo 3.28:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Gelir Düzeyi ve Ahlaki Tutum Boyutu).....	111
<b>Tablo 3.29:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Yapılan İşe Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	113
<b>Tablo 3.30:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yapılan İş ve Ahlaki Tutum-Hizmet Sürecine İlişkin Tutum Boyutları) .....	115
<b>Tablo 3.31:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Finansman Türüne Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	116
<b>Tablo 3.32:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Finansman Türü ve Ahlaki Tutum Boyutu) ....	117
<b>Tablo 3.33:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Daha Önce İnfomal Ödeme Yapıp Yapmama Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları.....	118
<b>Tablo 3.34:</b> İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların İnfomal Ödemelere Yönelik Düşünceye Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları .....	119
<b>Tablo 3.35:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (İnfomal Ödemelere İlişkin Düşünce ve Hizmet Kalitesi-Kültür Boyutları).....	120
<b>Tablo 3.36:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Daha Önce İnfomal Ödeme Yapıp Yapmama Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları .....	121

<b>Tablo 3.37:</b> İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının İnfomal Ödemelere Yönelik Düşünceye Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları.....	123
<b>Tablo 3.38:</b> Çoklu Karşılaştırma Tablosu (İnfomal Ödemelere İlişkin Düşünce ve Ahlaki Tutum-Hizmet Sürecine İlişkin Tutum Boyutları).....	124
<b>Tablo 3.39:</b> İnfomal Ödemelere Yönelten Unsurlar ve İnfomal Ödemelere İlişkin Tutum Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Korelasyon Analizi Sonuçları .....	125
<b>Tablo 3.40:</b> İnfomal Ödemelere Yönelten Unsurların, İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları .....	125



## SİMGELER VE KISALTMALAR

**OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development

**WHO:** World Health Organization

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**SSK:** Sosyal Sigortalar Kurumu

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**GSS:** Genel Sağlık Sigortası

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**WB:** World Bank

**vd.:** Ve diğerleri

**Ed.:** Editör

**KMO:** Kaiser-Meyer-Olkin

**ANOVA:** Tek Yönlü Varyans Analizi

**F:** ANOVA testi anlamlılık değeri

**p:** İstatistiksel olarak anlamlılık durumu

**r:** Korelasyon Katsayısı

**r<sup>2</sup>:** Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklayabilme kabiliyeti

**SPSS:** Statistical Package for The Social Sciences

**Ss:** Standart Sapma

**Sd.:** Serbestlik Derecesi

**$\bar{x}$ :** Aritmetik Ortalama

**t:** İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

**Std.:** Standart



## ÖNSÖZ

Sağlık sektöründe belirsizliğin, asimetrik bilginin ve birçok aktörün bulunması sektörü karmaşık bir yapı içerisine sokmaktadır. Söz konusu karmaşık yapı yolsuzluklar için elverişli bir ortamı meydana getirmekte ve sektörün diğerlerine göre yolsuzluğa daha açık olmasına neden olmaktadır. Sağlık sistemlerindeki yolsuzluğun yalnızca sağlık hizmeti ihtiyacı duyan bireyler üzerinde değil, tüm toplum üzerinde yıkıcı etkileri söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu özellikler, sağlık hizmetlerinin maliyetinin ikinci plana atılmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık hizmeti ihtiyacının başka bir hizmetle ikame edilemiyor olması, acil ve ertelenemez nitelikte olması gibi sebeplerle hizmetin maliyetine bakmaksızın o hizmeti almak zorunda kalmaktadırlar. Bu da sağlık hizmetleri sunumunda informal ödemelerin yaygın ve kaçınılmaz hale gelmesine neden olmaktadır. Bu çalışma, sağlık hizmeti kullanıcılarını bu tür ödemeler yapmaya yönelten unsurları belirlemek ve bireylerin bu tür ödemelere yönelik tutumlarını ortaya koyması açısından önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi aşamasında, bilgi ve yönlendirmeleriyle tezini bilimsel temeller ışığında hazırlanmasına katkıda bulunan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Elif Türkan ARSLAN'a, çalışmanın her aşamasında katkılarıyla beni yönlendiren başta Bölüm Başkanım Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK ve Dr. Öğr. Üyesi Kemal YAYLA olmak üzere bölümdeki tüm hocalarıma teşekkür ediyorum.

Tezimi yazmam sırasında, yanımda olup ilgi ve desteklerini esirgemeyen ve çalışmamın her aşamasında manevi desteklerini aldığım sevgili aileme, eşime ve başta Zehra Özge HÜCCETOĞULLARI ve Yaprak KARADAĞ olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

## GİRİŞ

Bireylerin yaşamlarını kaliteli bir şekilde sürdürebilmesi ve sağlıklı, mutlu toplumlar için sağlık sektörünün sunacağı hizmet hayati önem taşımaktadır. Tüm toplumların en temel amaçlarından biri bireylere yeterli sağlık hizmeti sağlamaktır. Günümüzde gelişmiş ülkelerin çoğunda uygun ve kaliteli hizmetler sunan ve sosyal sigorta ilkelerine dayalı sağlık hizmetleri sistemleri bulunmaktadır. Ancak sağlık sistemlerinin az geliştiği ve insanların yeterli sağlık hizmeti alamadığı birçok ülke mevcuttur. Bunun da ülkenin ekonomik kalkınma politikalarından sağlık sistemlerindeki yönetimin yetersiz olmasına kadar birçok nedeni bulunmaktadır. Kötü yönetimin en ciddi sebep ve sonuçlarından biri yolsuzluktur.

Sahip olduğu özellikler nedeniyle sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar dünya ve ülke ekonomilerinde büyük paya sahiptir. OECD ülkelerinde bütçeden sağlık sektörü için ayrılan payın 1980-2016 yılları arasında %6,7'den % 9,3'e yükselmesi (OECD, 2017) ve dünya genelinde sağlık sektöründe yıllık olarak harcanan kaynağın yaklaşık 3 trilyon dolar olması (Hussmann, 2011: 5) sektörün sahip olduğu kaynaklar açısından önemini ortaya koymaktadır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların fazla olması, bu sektörü diğer sektörlere göre yolsuzluğa daha açık hale getirmektedir. Ayrıca sunulan hizmetlerin hayati önem arz etmesi, giderlerin çeşitli olması, satın almaların büyük ölçekli ve yüksek maliyetli olması gibi sebepler de sağlık sektörünü yolsuzluğa elverişli hale getirmektedir. Sağlık sektöründeki yolsuzluk, sağlık çalışanlarının aldıkları rüşveti; ilaçların ve tıbbi malzemelerin çalınmasını; dolandırıcılığı; işe devamsızlıkları; informal ödemeleri; zimmete para geçirmeyi; satın alma yolsuzluklarını kapsamaktadır.

İnformal ödemeler, sağlık sektöründeki yolsuzluk türleri arasında en yaygın olanıdır. İnfomal ödemeler resmi olarak zorunlu olmayan ancak sağlık hizmeti sunucuları tarafından beklenen veya talep edilen ve daha hızlı tedavi hizmeti alma düşüncesiyle hastalar tarafından tıbbi personele veya kurumlara yapılan ödemeler olarak tanımlanmaktadır. Dünyanın birçok yerinde, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde, yönetimin kötü olduğu ve sistemin verimli işlemediği ülkelerde cepten yapılan harcamaların büyük bir kısmını informal ödemeler oluşturmaktadır. Bu tür ödemeler resmi ödeme sistemlerinin zayıflamasına, sağlık sisteminin önceliklerinin

bozulmasına, sağlık hizmetlerine erişimin azalmasına ve sağlık reformlarının engellenmesine neden olabilmekte ve profesyonel olmayan davranışları teşvik edebilmektedirler.

İnformal ödemeler karmaşıklığı ve çeşitliliği nedeniyle birçok araştırmacının dikkatini çekmiştir. Uluslararası literatür incelendiğinde informal ödemeler konusunda yapılan birçok araştırmaya rastlanırken ulusal yazında bu alanda yapılan araştırmaların sınırlı kaldığı gözlenmiştir. Bu çalışmanın amacı sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu tür ödemelere yönelik tutumlarını ortaya koymaktır. Ayrıca çalışmada sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumları ve bu ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve informal ödemelere yönelik tutumları arasında farklılık olup olmadığını ortaya koymak da amaçlanmıştır. Çalışma ulusal literatüre kaynak teşkil etmesi açısından önemlidir. Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık hizmetleri ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin tanımı ve kişilerin informal ödeme yapmasında önemli bir etkiye sahip olan sağlık hizmetlerinin sahip olduğu özellikler ortaya konmuştur. Daha sonra ise informal ödemeler, sağlık hizmeti finansman yöntemlerinden bir olan cepten ödemelerin bir türü olduğundan sağlık hizmeti finansman yöntemleri üzerinde durulmuş ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği tartişılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, yolsuzluk kavramı ve en fazla karşılaşılan yolsuzluk türleri tanımlanmıştır. Sağlık sektöründe yolsuzluğun önemi tartişılmış ve sağlık sektörünü yolsuzluğa elverişli hale getiren, sağlık sektörünün kendine has özellikleri üzerinde durulmuştur. Sağlık sektöründe görülen yolsuzluk türleri açıklanmış ve daha sonra sağlık sektöründe en çok görülen ve bu çalışmanın da temelini oluşturan yolsuzluk türü olan informal ödemeler, ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Bu kapsamda öncelikle informal ödemelerin tanımı yapılarak, hizmet sunumunda görülen informal ödeme türleri açıklanmıştır. Daha sonra, informal ödemelerin ortaya çıkmasına yol açan nedenler ve bu ödemelerin sağlık sistemi, hizmet sunumu ve kalitesi, hizmetlere erişim ve sağlık reformları üzerindeki etkileri ele alınmıştır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda informal ödemeleri azaltmaya/önlemeye yönelik olarak önerilen bazı stratejilere değinilmiştir. Bölümün

sonunda ise informal ödemeler konusunda çeşitli araştırmacılar tarafından yapılan çalışmaların bazıları özetlenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde ise araştırmanın amacı, önemi, araştırmanın evren ve örneklemi, araştırmada kullanılan yöntem ve veri toplama araçları tanıtılmış ve son olarak alan araştırması sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin tanımı ve kişilerin informal ödeme yapmasında önemli bir etkiye sahip olan sağlık hizmetlerinin sahip olduğu özellikler ortaya konmuştur. Daha sonra ise informal ödemeler, sağlık hizmeti finansman yöntemlerinden bir olan cepten ödemelerin bir türü olduğundan sağlık hizmeti finansman yöntemleri üzerinde durulmuş ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği tartışılmıştır.

#### 1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sağlık kavramı, genellikle hastalık kavramı ile bağlantılı bir şekilde ele alınmakta ve “hasta olmama” durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin hangi durumlarda sağlıklı, hangi durumlarda hasta kabul edildiğini belirlemek amacıyla sağlık kavramı nesnel ve öznel sağlık olmak üzere ikili bir ayrıma tabi tutulmaktadır. Nesnel sağlık kavramı, doktor kontrolü ve yapılan testler sonucunda herhangi bir hastalığın olmayışı durumu olarak tanımlanırken; öznel sağlık kavramı, kişinin kendini ruhen, bedenen ve sosyal yönden nasıl hissettiği ve algıladığı ile ilgili bir durum olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin sağlıklı olarak nitelendirilmesi için hem öznel yönden kendini sağlıklı hissetmesi hem de nesnel yönden bir hastalığının olmaması gerekmektedir (Kıdak ve İnal, 2009: 124). Bu açıdan ele alındığında sağlık ile ilgili en kapsamlı tanımlamayı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün yaptığı söylenebilir. DSÖ, sağlığı, “*yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamaktadır (WHO, 1995: 1).

Sağlık sektörü, sağlığı doğrudan ve/veya dolaylı olarak etkileyen, mal ve hizmet üretmek ve/veya tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş

sistem ve alt sistemler ile bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan bir kavramdır (Sargutan, 2005: 400).

Sağlık hizmetleri ise bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalıklarını tedavi etmek, tam olarak iyileşmeyenlerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümüdür (Öztek, 2004: 60). Daha geniş bir ifade ile sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkları önlemek, önlenemeyen hastalıkları erken teşhis edip tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlanan bireylere sosyal ve tıbbi rehabilite edici hizmetler sunmak ve bireylerin nitelikli ve uzun bir yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla sunulan hizmetlerin tümüdür (Tengilimoğlu vd., 2009: 38). Sağlık hizmetlerinin temel amacı bireylerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu koruyup geliştirerek toplumun sağlık refahını artırmaktır (Sargutan, 2005: 403). Sağlık hizmetlerinin diğer amaçları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Yüceler, 2011: 20):

- Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak,
- Hastalıkların ortaya çıkma olasılığını azaltmak,
- Hastaları tedavi ederek en kısa zamanda iyileşmelerini sağlamak
- Tedavi edilemeyerek sakat kalan hastaların iyileştikten sonra topluma uyumlarını ve başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımını sağlamak.

Sağlık hizmeti faaliyetleri “bireylerin sağlık durumlarının korunması” ve “teşhis, tedavi ve bakım” olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadır ve bu hizmetler kişisel ve kurumsal olarak sunulabilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin bir ekip olarak üretilip sunulması, bu hizmetlerin kurumsal olarak sunulmasını gerekli kılmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel kurum ve kuruluşlar tarafından sunulabilmektedir (Odabaşı, 2001: 25).

Sağlık hizmetleri yapısı sebebiyle bazı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu bu özellikler aşağıda sıralanmıştır.

- Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısalıdır. Bireylerin sağlık hizmetine ne zaman, nerede ve ne kadar ihtiyaç duyacakları daha önceden öngörülemez. Örneğin, belli bir yaşa kadar çok ciddi bir sağlık hizmeti tüketicisi olmayan

bireyler, zamanla kronik bir hastalığa yakalanarak çok ciddi bir sağlık hizmeti tüketicisi olabilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 40).

- Sağlık alanında verilen hizmetin ikamesi söz konusu değildir. Bir sağlık hizmetinin yerine bir başka hizmet tüketilemez (Saltık, 1995: 38). Bir hasta, doktorunun önerdiği ve uygun gördüğü tedavi hizmetini almak zorundadır. Sağlık hizmetlerini, diğer sektörlerden ayıran en temel özellik parasal değeri daha düşük olan başka hizmetler ile değiştirilememesidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 40).
- Sağlık hizmetleri acil ve ertelenemez niteliktedir. Sağlık hizmeti ihtiyacı otaya çıktığı an karşılanması gereken bir ihtiyaçtır. Özellikle de kişinin sağlığının tehlikeye düşmesine yol açacak acil bir durum söz konusu olduğunda hizmet talebinin ertelenmemesi gerekmektedir (Aktan ve Işık, 2007: 2).
- Sağlık hizmetlerinde üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Sağlık hizmetlerinde toplu üretim olmadığından üretildiği an tüketilmesi gerekmektedir (Kum, 2017: 58).
- Hasta ile hekim arasındaki bilgi asimetrisi sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran en önemli özelliklerden birisidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 41). Serbest piyasada kullanıcılar, üretilen mal ve hizmet konusunda tam bir bilgiye sahipken, sağlık hizmetlerinde tam bilgiye sahip olan taraf hekimlerdir. Hastanın hangi hizmetten ne kadar kullanacağına hekimler karar vermektedir (Dürrü, 2012: 16). Sağlık hizmetlerinde hizmeti sunanlar, hizmeti talep edenlere göre daha fazla bilgiye sahiptirler (Sayım, 2015: 8). Çünkü sağlık hizmetleri, uzmanlaşma seviyesinin en yüksek olduğu hizmetlerden birisidir. Hastalar çoğu zaman kendilerine uygulanacak tedavinin uygunluğu veya etkinliği konusunda bilgi sahibi olamayabilir (Yerebakan, 2000: 47). Bu nedenle de sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunun ne olacağına hizmeti kullanan bireyler değil, hizmet sunucuları karar vermektedir.
- Sağlık hizmetleri yarı kamusal mal özelliği taşımaktadır. Sağlık hizmetleri hem kişiye hem de topluma fayda sağlayan hizmetlerdir. Hasta olan bireyin tedavi olarak iyileşmesi hem kişiye özel bir yarar sağlamakta hem de

toplumdaki sağlıklı birey sayısının artmasına katkıda bulunarak toplumsal yarar sağlamaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal özelliğe sahip olduğunu göstermektedir (Türkmendağ, 2012: 13).

- Verilen sağlık hizmetinin kalitesini ve kullanıcıların hizmetten aldıkları doyumu ölçmek kolay değildir. Sağlık hizmeti kullanıcıları, kendilerine uygulanan tedavi hakkında çok fazla bilgiye sahip olmadıkları için doktora ve diğer sağlık çalışanlarına güven duymak zorundadırlar. Buna bağlı olarak hizmet sunucuları da hizmet sunumunda bazı ahlaki ve etik ilkelere göre hareket etmek zorundadırlar. Yani sağlık hizmeti sunumunda hizmeti önceden alıp denemek, test etmek mümkün olmadığından, hizmeti sunanlar ve alanlar arasındaki ilişki tamamen güvene dayanmaktadır. Bu nedenle de hizmetin kalitesini ölçmek zor olabilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 42).
- Sağlık hizmetinin çıktısı doğrudan paraya çevrilememektedir. Sağlık hizmetleri, insanların ortalama yaşam süresinin uzamasını, bazı hastalıklardan dolayı ölümlerin engellenmesini, yaşam kalitesinin artmasını sağlayarak kişilerin ve toplumların sağlık seviyesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır (Saltık, 1995: 39). Sağlık hizmeti sürecinde elde edilen bu çıktılar doğrudan ve anında paraya çevrilememekte ve pazarlığı söz konusu olamamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 43).
- Sağlık hizmetlerinde, hizmet kullanıcılarının davranışları akılcı değildir. Normalde tüketicilerin, bir ürün veya hizmet satın alırken kendileri açısından en uygun seçimi yapacakları varsayılmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde tüketicilerin sergilemiş olduğu çeşitli irrasyonel davranışlara rastlanmaktadır (Erdem, 2007: 59). Örneğin birçok tüketici, hasta olmalarına karşın bir hizmet talep etmemektedir. Bazı tüketiciler ise ileride ciddi sorunlara yol açabilecek rahatsızlıkları önemsemeyip ağrısı rahatsız etmediği sürece bir doktora görünmemektedirler. Kendi tercihlerini yapamayacak durumda olan akıl hastaları ve acil durumdaki hastalar yerine de başkaları hizmet talebinde bulunup seçim yapmaktadır. Bu tür irrasyonel davranışlar, hizmetlerin talep ve tercih edilmesinde dış etkenlerin etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Odabaşı, 2001: 28).

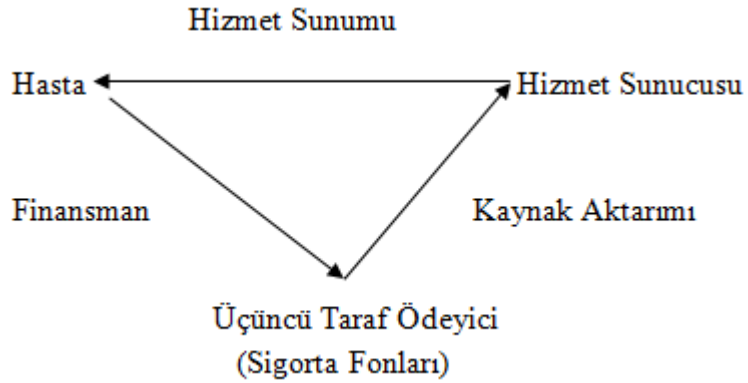


## 1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Sağlık hizmetlerine olan talebin giderek artması bununla birlikte hastanelerin, hastalarına daha iyi ve daha kaliteli hizmet sunma istekleri hastaneleri yeni teknolojiler satın almaya ve nitelikli personel istihdam etmeye yöneltmiştir. Bu durum da sağlık hizmetlerine ayrılan giderlerin artmasına yol açmıştır. Bu nedenle de hastanelerin giderlerinin hangi kaynaklardan karşılanacağı konusu önemli hale gelmiştir (Orhaner, 2006: 6).

Sağlık finansmanı, sağlık sektöründeki finansal kaynakların harekete geçirilmesini ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir olgudur ve sağlık hizmetini sunanlar ve finanse edenler arasındaki kaynak transfer sürecini ve sistemini ifade etmektedir (Lee ve Goodman, 2002: 98; Güvercin vd., 2016: 82). Şekil 1.1’de kaynak aktarım sürecinin işleyişi gösterilmektedir.

Şekil 1.1: Sağlık Hizmetleri Üçgeni



**Kaynak:** Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding health care: An Introduction. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.), Funding Health Care: Options for Europe (ss. 1-30), Buckingham – Philadelphia: Open University Press, s.2.

Kaynak aktarım sürecine göre, sağlık hizmeti ihtiyacı hisseden bireyler bu ihtiyacı karşılamak amacıyla sağlık hizmeti sunucusuna müracaat ederek aldıkları hizmetin karşılığı olarak hastalar ve/veya sigorta fonları hizmet sunucusuna belli bir kaynak aktarımı yapmaktadırlar. Bu kaynak aktarımı iki şekilde yapılabilmektedir. Bunlardan biri doğrudan ödeme yöntemidir ve bu yöntem en basit ödeme yöntemidir. Bu aktarımda sağlık hizmetini kullananlar, hizmeti sunanlara doğrudan ödeme yapmaktadırlar. Yani, kaynak akışı doğrudan hasta ile sunucu arasında gerçekleşmektedir. Diğer kaynak aktarımında ise üçüncü taraf ödeyici (sigorta

fonları) hizmet sunucusuna kaynak aktarımı yapmaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağı belli olmadığından hasta bireyleri, ortaya çıkabilecek finansal risk ve belirsizliklerden korumak amacıyla üçüncü taraf ödeyici mekanizması geliştirilmiştir. Üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için güvencesi kapsamında olan nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir/prim toplamaktadır. Topladığı bu geliri ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da hizmetin karşılığı olarak hizmet sunucusuna aktarmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 2-3).

Sağlık hizmetleri finansman sisteminin amacı, kişilerin gereksinim duydukları sağlık hizmetlerini etkili, verimli, hakkaniyetli ve kaliteli bir şekilde uygun mekan ve zamanda, uygun kişi ve kurumlardan almalarını sağlamak için, kabul edilebilir bir güvence paketinin kabul edilebilir bir kapsama alanı ile tüm nüfusu içine alacak şekilde bulunabilir ve sürdürülebilir kılınmasıdır. Yani finansman ile elde edilen kaynakların ülke çapında hakkaniyetli bir şekilde etkili, verimli ve ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek şekilde kullanılmasını sağlamaktır (Yıldırım vd., 2012: 48).

Sağlık hizmetleri finansmanının üç temel fonksiyonu bulunmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006: 47); i) sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli fonun toplanması, ii) ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması, iii) gerekli sağlık hizmetinin satın alınması veya sağlanması (Atasever, 2014: 42).

### **1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri**

Her ülke için tek finansman kaynağı yoktur, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, ülkelerin ekonomik ve siyasi politikalarına, finansal yapılarına ve yönetim biçimlerine göre değişkenlik göstermektedir (Bat, 2013: 16). Ülke içindeki sosyo-ekonomik politikadaki değişime bağlı olarak bile değişik finansman yöntemleri ortaya çıkmaktadır (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 1649).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri genellikle kamu ve özel finansman kaynakları olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. Ancak bazı ülkelerde hem kamu hem özel finansman kaynaklarının birlikte kullanıldığı karma model de kullanılmaktadır (Uz, 1998; akt. Dürrü, 2012: 30). Kamu kaynaklı finansman

yöntemleri sosyal sağlık sigortası ve vergiler; özel kaynaklı finansman yöntemleri ise özel sağlık sigortası, cepten ödemeler, tıbbi tasarruf hesaplarıdır.

### **1.2.1.1. Kamu Kaynaklı Finansman Yöntemleri**

Kamusal nitelikli finansman yöntemleri 19. yüzyılın sonlarına doğru ortaya çıkmaya başlamıştır. Kamusal nitelikli finansman yöntemlerinden biri olan sosyal sigortacılık 19. yüzyılın sonlarına doğru ortaya çıkarken, vergilerle finansman yöntemi 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkmıştır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 92).

#### **1.2.1.1.1. Sosyal Sağlık Sigortası Yöntemi İle Finansman (Bismarck Modeli)**

Sosyal sağlık sigortası ilk defa 1883 yılında Almanya'da Bismarck tarafından uygulanmıştır. Bu uygulama için; (i) belirli bir ücretin altında çalışan kişilerin hastalık fonuna üye olması ve (ii) fonun, işçiler ve işverenlerden alınan zorunlu katkılar ile finanse edilmesi gerekmektedir (Ron vd., 1990: 8).

Sosyal sigortalar, sosyal güvenlik teknikleri arasında en yaygın olanıdır ve çalışanların karşılaşılabilecekleri sosyal risklerin, işçi ve işveren katkıları ile karşılanmasına yönelik bir sigorta tekniğidir (Dinçköklü Çakır, 2016: 10). Sosyal sağlık sigortası ile finansman yönteminde -bazı istisnai durumlar dışında- primler bireysel risklere göre değil, gelire göre toplanmaktadır. Bu da risk durumu düşük grubun, risk durumu yüksek grubu sübvanses etmesine ve yüksek gelire sahip grupların düşük gelire sahip gruplara göre sisteme daha fazla katkı yapmasına olanak tanıyarak sosyal refahın dağıtımına katkı sağlamaktadır (Çelik, 2016: 177).

İstanbuluoğlu ve arkadaşları (2010: 92) sosyal sağlık sigortası sisteminin özelliklerini aşağıdaki şekilde belirtmişlerdir:

- Sisteme üye olmak zorunludur.
- Sistem önceleri işçi ve işveren katkıları ile finanse edilirken, daha sonraları devlet de finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında paylaştırılmaktadır.

➤ Sosyal sağlık sigortası ile finansman yönteminde genel vergilerin katkısı büyüktür.

➤ Sigorta kuruluşları kimi ölkelerde kar amacı taşıırken, kimi ölkelerde taşımamaktadır.

Sosyal sağlık sigortası ile finansman yönteminin düzenli ve sürekli olması, özerk yönetim ve denetime izin veriyor olması, maliyetlerin düşük tutuluyor olması gibi konularda avantajları bulunurken, sigorta katkılarının (hem işçi hem de işveren) bordrolara yansıtılması, idari karmaşıklık ve maliyetlerin yüksekliği (prim toplama, düzenleme, hizmet sunucuları ile sözleşme yapma gibi) ve maliyet kontrolü problemleri gibi konularda da dezavantajları bulunmaktadır (Yıldırım vd., 2012: 53).

Sosyal sağlık sigortası finansman sisteminin başarılı bir şekilde yürütülmesi için sosyal sigortanın tüm toplum için zorunlu hale getirilerek sigorta riskinin yayılması, işverenlerin tümünden düzenli bir şekilde prim toplanması, kamu kuruluşları ya da kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sigorta sağlanması, düşük ve yüksek gelirli kişiler arasında gelirin dengeli dağılmasını sağlayacak bir mekanizmanın geliştirilmesi gerekmektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 116).

#### **1.2.1.1.2. Vergiler ile Finansman (Beveridge Modeli)**

Vergi “Devletin kamu hizmetlerini karşılamak üzere halktan kanun zoruna dayanarak aldığı ekonomik değerler” olarak tanımlanmaktadır (Orhaner, 2014: 95). Vergilerle finansman yöntemi 1920’li yıllarda ortaya çıkmıştır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 93). Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı yöntemi, sorumluluğun paylaşılması noktasında sıklıkla kullanılan yöntemlerden birisidir. Vergilerle finanse edilen sağlık sistemleri Beveridge sağlık sistemi modeli olarak adlandırılmaktadır. Beveridge modelinin temeli, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel vergi gelirlerinden finanse edilerek tüm bireylere adaletli bir şekilde sunulmasına dayanmaktadır (Yıldırım vd., 2012: 52-53).

Vergilerle finansman yönteminde bireylerden çeşitli isimler altında vergiler toplanmakta ve bu vergiler bir fonda biriktirilmektedir. Fonda toplanan gelirler ise devlet politikaları ile çeşitli sektörlere dağıtılmaktadır. Böylece kişiler sağlık hizmeti kullanırken katkı payı ödemesi dışında bir ödeme yapmadan sağlık hizmetlerinden

yararlanabilmektedir (Evans, 2002: 31). Bu finansman yönteminin amacı, sağlık hizmeti üretiminde kullanılacak kaynakların vergiler yolu ile bireylerden toplanması ve sağlık hizmeti giderlerinin kamu bütçesinden karşılanmasıdır (Akdur, 1999: 9). Vergilerin miktar olarak büyük olması ve ödemelerin zorunlu olması, bu finansman kaynağının daha fazla tercih edilmesinde önemli rol oynamaktadır (Orhaner, 2014: 97). Dünya Sağlık Örgütü'ne üye 191 ülkeden 106'sı sağlık harcamalarının finansmanında vergilerle finansman yöntemini kullanmaktadır (Çelik, 2016: 172).

### **1.2.1.2. Özel Kaynaklı Finansman Yöntemleri**

Özel kaynaklı finansman yönteminin amacı özel kişi veya kuruluşlar tarafından aktarılan fonlar ile sağlık hizmetleri finansmanını sağlamaktır. Burada, sağlık hizmetini sunanlar ile hizmeti talep edenler serbest piyasa koşullarında karşı karşıya gelip oluşan denge fiyatını kabul etmektedirler. Bu finansman türünde, hizmeti talep edenler oluşacak maliyeti hiçbir kamu müdahalesi olmadan ya kendi ceplerinden ya da özel sigorta kuruluşları aracılığıyla karşılayabilmektedirler (Ertürk Atabey, 2012: 40).

#### **1.2.1.2.1. Özel Sağlık Sigortası**

Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olan veya olmayan sigortalı bir bireyin hastalık veya kaza durumunda gereksinim duyduğu teşhis, tedavi ve ilaç harcamalarını karşılamak için oluşturulan ve sigorta başlangıcından itibaren ortaya çıkabilecek riskleri teminat altına alan bir sigorta türüdür (Çelik, 2016: 183). Özel sağlık sigortası ile finansman yönteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı çalışanlar veya kamu tarafından değil doğrudan sağlık hizmetini kullananlar tarafından üstlenilmektedir (Şahin vd., 2017: 9). Yaşlılık ve maluliyeti kapsamaması, primlerinin bir havuzda toplanan riske göre değil, sigortalanan kişinin hastalanma olasılığına göre belirlenmesi gibi özellikler özel sağlık sigortasını zorunlu sosyal sigortadan ayıran temel özelliklerdir. Özel sağlık sigortasının primleri kişiden kişiye ve gruptan gruba farklılaşmaktadır (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 1649).

Bu finansman yönteminde sağlık hizmetlerinin finansmanını, kar elde etmek amacıyla oluşturulan özel sigorta şirketleri sağlamaktadır. Özel sağlık sigortası olan

bireyler ekonomik ve sosyal durumlarına göre özel sigorta şirketlerine aylık ödemeler yapmaktadırlar (Ertürk Atabey, 2012: 42). Sigorta şirketleri de toplanan primler doğrultusunda bireylerin sağlık harcamalarını karşılamaktadır (Güvercin vd., 2016: 85). Bireylerin ödeyecekleri primler yaş, cinsiyet, sağlık durumu gibi kriterler göz önüne alınarak risk oranlaması uygulaması ile belirlenmektedir. Buna göre düşük risk grubunda yer alanlar düşük prim, yüksek risk grubunda yer alanlar ise yüksek prim ödemektedir (Çelik, 2016: 183).

#### **1.2.1.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesabı**

Tıbbi tasarruf hesabı, ilk defa 1984 senesinde Singapur'da bir finansman yöntemi olarak uygulanmaya başlanmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2007: 29). Bu finansman yöntemi, kişilerin ileride karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı, sadece sağlık harcamalarında kullanmak üzere gönüllü veya zorunlu olarak kendilerine ait banka hesaplarına para yatırmaları esasına dayanmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 92). Tıbbi tasarruf hesabı gelecekte karşılaşılabilecek yüksek tıbbi maliyetler için tasarrufları teşvik etmek, maliyet kontrolü sağlamak ve sağlık sistemleri için ek fonları harekete geçirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu finansman yönteminin en büyük dezavantajı ise maliyeti yüksek olan hastalıklara karşı koruma sağlamamasıdır (Yıldırım vd., 2012: 58). Bu yöntemin etkileri konusunda yapılan çalışmalar sınırlı kalmıştır. Bazı çalışmalar bu yöntemin ahlaki tehlikeyi azaltma, sigortanın daha verimli hale getirilmesini sağlama, sağlık harcamalarını azaltma gibi olumlu etkileri olduğunu savunurken; bazı çalışmalar ise adaleti azaltma, maliyetleri artırma ve gerekli olan hizmetlerin kullanılmasını engelleme gibi olumsuz etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir (Dixon, 2002:410).

#### **1.2.1.2.3. Cepten Ödemeler**

Cepten ödemeler, kişilerin kullandıkları sağlık hizmetleri için doğrudan cepten ödeme yolu ile gerçekleştirdikleri tüm harcamalardır. Doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve informal ödemeler olmak üzere üç şekilde gerçekleşebilmektedir. Sosyal güvence kapsamı dışındaki bütün hizmetler için yapılan ödemeler doğrudan ödemeler olarak tanımlanırken, sosyal güvence kapsamı içerisindeki hizmetlerin

kullanımı sırasında yapılan ödemeler kullanıcı katkıları (maliyet paylaşımı) olarak adlandırılmaktadır. İnfomal ödemeler ise sosyal güvence kapsamı içerisindeki hizmetler için yapılan ve resmi olmayan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22). Şahin ve arkadaşları (2017: 18) ise cepten yapılan sağlık harcamalarını formal ve informal ödemeler olmak üzere ikiye ayırmışlar ve formal cepten ödemeleri, kullanıcı katkıları (maliyet paylaşımı) ve doğrudan ödemeler gibi yasal düzenlemeler yolu ile bireylerin sağlık hizmeti aldıkları anda yapmak zorunda oldukları ödemeler; informal cepten ödemeleri ise yasal olmayan yollar ile yapılan ödemeler olarak tanımlamışlardır (Şahin vd., 2017: 18).

#### ***1.2.1.2.3.1. Doğrudan Ödemeler***

Doğrudan ödemeler, sosyal güvence sisteminin kapsamı dışında kalan ve hizmet sunumunun sınırlı ve bekleme sürelerinin uzun olması nedeniyle hizmete erişimin sınırlı olduğu durumlarda yapılan ödemelerdir. Tüketiciler, sigortalı kamu sisteminin kapsamadığı veya erişiminin sınırlı olduğu (arz eksikliği veya uzun bekleme süreleri nedeniyle) durumlarda sağlık hizmetlerinin tüm masraflarını ödemektedir. Bu tür ödemeler dişçilik hizmetleri için diş hekimlerine, kapsam dışında kalan ilaçlar için eczacılara, özel randevular ve muayeneler için doktorlara, özel hastanelere, özel laboratuvarlar gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

#### ***1.2.1.2.3.2. Kullanıcı Katkıları***

Kullanıcı katkıları, sağlık harcamalarının bir bölümünün sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Thomason ve arkadaşlarına göre (1994: 1105) kullanıcı katkıları konsültasyon, ilaç ve diğer sağlık hizmetleri için hizmet kullanıcılarından zorla alınan ödemelerdir. Yıldırım ve arkadaşları (2012: 54) ise kullanıcı katkılarını sosyal güvencesi olan hastalara, hizmet kullanımından doğan parasal bedelin belli bir kısmının ödettirilmesi durumu olarak tanımlamışlardır. Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları (i) sağlık harcamaları düşük olduğunda veya düşmeye devam ettiğinde sağlık hizmetleri için mevcut olandan daha çok kaynak yaratmak (ii) sağlık harcamaları yüksek

olduğunda veya hızlı bir şekilde yükselmeye devam ettiğinde talebi azaltarak verimliliği attırmak ve maliyetleri azaltmak amacıyla kullanılmaktadır (Creese, 1997: 202). Yapılan bazı çalışmalar kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine olan talebi azalttığını ortaya koymuştur. Örneğin 2003 yılında Almanya’da yasalaştırılan kullanıcı katkılarının, 2004 yılında ilk üç ayda doktora başvuru oranını %4,6 azalttığı görülmüştür (Çelik, 2016: 191).

#### ***1.2.1.2.3.3. İnfomal Ödemeler***

İnfomal ödemeler, bireysel ve kurumsal hizmet sunucularına yapılan ve resmi ödeme kanalları dışında yer alan aynı veya nakit ödemeler veya sağlık sistemi tarafından kapsanması gereken satın almalar için yapılan ödemeleri ifade etmektedir (Lewis, 2000: 1). İnfomal ödemeler, genellikle kamu hastanelerinde görülen gerek tedavi sonrası “teşekkür hediyeleri”, gerekse tedavi öncesi doktorlara kapalı zarflarla sunulan “benimle özel olarak ilgilenin” paralarından oluşmaktadır. Bu tür ödemeler kayıt altına alınmadığından ve çoğu ülkede yasadışı olarak nitelendirildiğinden varlığı ve miktarı konusunda tartışmalar söz konusudur. Kamu sektöründeki finans kaynaklarının ve hizmet kalitesinin yetersiz olması, sağlık hizmeti sunucuları tarafından özel ilgi görme isteği ve kültürel yapı bu tür ödemelerin yapılmasının başlıca sebepleridir (Mossialos ve Dixon, 2002: 24). İkinci bölümde infomal ödemeler ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

#### **1.2.1.3. Karma Finansman Yöntemi**

Karma finansman modeli, hem kamu kaynaklı finansman yöntemlerinin hem de özel kaynaklı finansman yöntemlerinin birlikte kullanıldığı bir modeldir. Sağlık hizmetlerinin vergiler, sosyal sigorta primleri, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten ödemeler ile finanse edildiği bir modeldir (SASAM, 2017: 4).

#### **1.2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında karma model uygulanmaktadır. Yani sağlık hizmetleri vergiler, sosyal sigorta primleri, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten ödemeler ile finanse edilmektedir (SASAM, 2017: 4).



### **1.2.2.1. Vergiler ile Finansman**

Türkiye’de ücretsiz olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hizmetleri vergiler ile finanse edilmektedir. Bu hizmetlerin sunumu için yapılan harcamalar, devlet bütçesinden karşılanmaktadır (Atun vd., 2013:94).

### **1.2.2.2. Sosyal Sigorta Primleri**

Türkiye’de 1936 yılında çıkarılan 3008 sayılı İş Kanunu ile ilk defa sosyal sigortaların kurulması ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler öngörülmüştür. Ancak bu sistem, İkinci Dünya Savaşı’ndan dolayı 1945 yılına kadar oluşturulamamıştır (SGK, 2018).

27.06.1945 tarihli ve 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu sosyal sigorta kolları ile ilgili ilk kanundur. Bu kanuna istinaden 16.07.1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmış 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmiş ve İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. İşçi statüsünde çalışanlara ilişkin sigorta kollarına ait çeşitli kanunlara dağılmış bulunan düzenlemeler, 17.07.1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nda birleştirilmiştir. Kanunun 1965 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte İşçi Sigortaları Kurumu’nun adı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilmiştir (SGK, 2018).

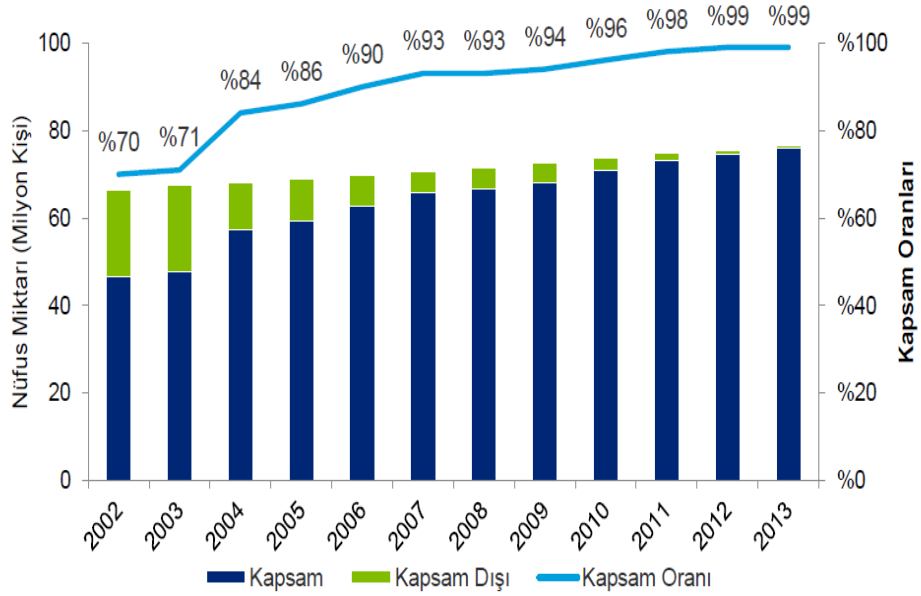
Devlet memurlarının emeklilikten sonraki sağlık haklarını korumak amacıyla 1934 senesinde emekli sandıkları oluşturulmuşlardır. 08.06.1949 tarihinde kabul edilen ve 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile sayıları 11’i bulan emekli sandıkları Emekli Sandığı adı altında birleştirilmiştir ve hem çalışandan hem de işverenden prim alınması esasına dayanan sosyal güvenlik yapısı kurulmuştur. Bu yapının tek elden yürütülmesi için de T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur (Atasever, 2014: 46).

02.09.1971 tarihli ve 1479 sayılı Kanun ile Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) kurulmuştur. Kanunun sigortalılıkla ilgili hükümleri 01.10.1972 tarihinde uygulamaya konulmuş, 01.01.1986 tarihinden itibaren de bu kanuna tabi olan sigortalılara sağlık sigortası yardımları verilmeye başlanmıştır (SGK, 2018).

1992 senesinde ise Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamanın amacı sağlık hizmetinin parasal bedelini karşılama gücü olmayan kişilere sağlık hizmeti yardımı yapmaktır (Sülkü, 2011:5).

Türkiye’de sosyal sigortaların tarihsel sürecine bakıldığında sosyal sağlık sigortası olarak Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Bağ-Kur ve Yeşil Kart programlarının uygulandığı görülmektedir. Ancak oldukça parçalı bir yapıya sahip olan sosyal güvenlik kurumları için norm birliği sağlamak, sigorta hak ve yükümlülükleri eşitlemek, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulmasını sağlamak amacıyla 2006 senesinde sosyal güvenlik reformu yapılmıştır ve 5502 sayılı Kanun ile Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü aynı çatı altında toplanarak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı (SGK) kurulmuştur. Ayrıca bu reformun hedeflerinden biri de genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasıdır. Bu sistemin amacı toplumun tümüne eşit, kolay erişilebilir ve kaliteli hizmet sunulmasını sağlamaktır. 31.05.2006 tarihinde 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kabul edilmiş ve 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve 2012 yılından itibaren zorunlu hale gelmiştir (SGK, 2018; Deloitte, 2015: 56). Şekil 1.2’de yıllar itibari ile sosyal sigorta kapsamındaki nüfus oranı yer almaktadır. Genel Sağlık Sigortası’nın uygulanmaya başladığı 2008 yılından itibaren kapsama giren nüfus sayısının giderek arttığı ve zorunlu hale getirildiği 2012 yılından itibaren de hemen hemen tüm nüfusun kapsama girdiği görülmektedir.

**Şekil 1.2:** Genel Sağlık Sigortası Nüfus Kapsama Oranı



**Kaynak:** Deloitte (2015). Uzun Dönemli Sağlık Sigortası Ülke İncelemesi Raporu: 57

### 1.2.2.3. Özel Sağlık Sigortası

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde kullanılan bir diğer yöntem özel sağlık sigortasıdır. Türkiye’de 1990’lı yıllardan itibaren uygulanmasına izin verilen bu finansman yöntemi, vergilere ve sosyal sigorta primlerine dayalı finansman yöntemlerine ek olarak tamamlayıcı sigorta olarak kullanılmaktadır (Şahin vd., 2017). Türkiye’de nüfusun yaklaşık %3’ü özel sağlık sigortasına sahiptir. Tablo 1.1’de yıllara göre özel sağlık sigortası primleri ve sigortalı birey sayısı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde 2008-2010 yılları arasında, hem alınan primlerde hem de sigortalı kişi sayısında çok fazla değişiklik olmadığı ancak 2012 yılına gelindiğinde primlerin ve sigortalı kişi sayısının yaklaşık iki kat arttığı görülmektedir.

**Tablo 1.1:** Yıllara Göre Özel Sağlık Sigortası Toplam Primleri, Sigortalı Sayısı, Toplam Nüfusa Oranı ve Yıllara Göre Artış Oranı (%)

Yıl	Alınan Prim	Sigortalı Sayısı	Nüfus	Sigortalı Sayısı/Nüfus
2008	1.305.007.060	1.297.483	71.517.100	0,02
2009	1.390.157.525	1.458.021	72.561.312	0,02

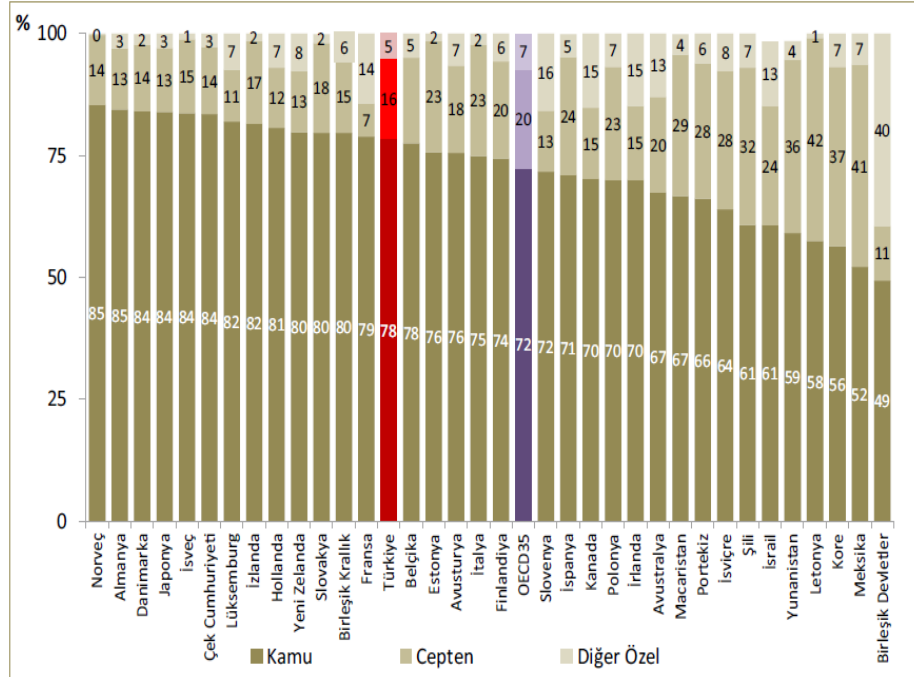
<b>2010</b>	1.675.377.354	1.666.023	73.722.988	0,02
<b>2011</b>	1.962.821.974	2.549.216	74.724.269	0,03
<b>2012</b>	2.169.817.633	2.579.520	75.627.384	0,03

**Kaynak:** Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909> (Erişim tarihi: 12.11.2017).

#### 1.2.2.4. Cepten Ödemeler

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan diğer bir yöntem cepten ödemelerdir. Daha önce de bahsedildiği gibi cepten ödemeler, kişilerin kullandıkları sağlık hizmetleri için doğrudan cepten ödeme yolu ile gerçekleştirdikleri tüm harcamalar olarak tanımlanmaktadır. Finansman türüne göre cari sağlık harcamalarının dağılımı Şekil 1.3’te görülmektedir. Buna göre Türkiye’de 2016 yılı itibariyle toplam sağlık harcamaları içinde cepten ödemelerin payının %16, kamu harcamalarının payının %78, özel harcamaların payının ise %5 olduğu görülmektedir. Ayrıca OECD ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye’de cepten harcamaların oranının daha düşük olduğu, kamu harcamalarının ise daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Şekil 1.3:** Finansman Türüne Göre Cari Sağlık Harcaması Dağılımının Uluslararası Karşılaştırılması-2015

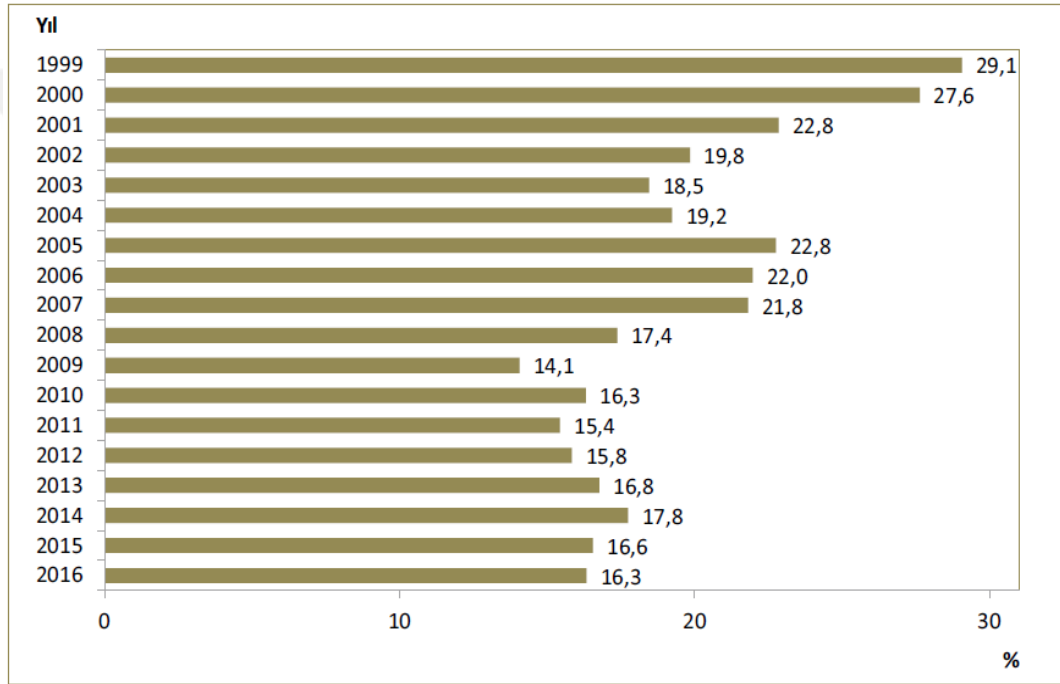


**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016.

Not: Türkiye verisi 2016 yılına aittir. Diğer ülkelere ait değerler 2015 yılı veya ulaşılabilen en yakın yıl değerleridir. %100'e tamamlanmayan ülkelerdeki farkın nedeni yerleşik olmayan finansman türlerinin bulunmasıdır.

Türkiye'de yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı Şekil 1.4'te verilmiştir. Şekle bakıldığında cepten yapılan harcamaların genel olarak doğrusal bir seyir izlemediği, bazı yıllarda ciddi anlamda düşerken bazı yıllarda ise tekrar yükseldiği görülmektedir. Ancak 2014 yılından itibaren az da olsa bir düşüş olduğu görülmektedir.

**Şekil 1.4:** Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalar İçindeki Oranı



**Kaynak:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016.

Cepten harcamalar ile ilgili Türkiye'de yapılan çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar aşağıda kısaca özetlenmektedir.

Tatar ve arkadaşları 2007 yılında Kırıkkale'de 900 hanede 3727 kişi ile yaptıkları çalışmada cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının %25 olduğu ve bu harcamaların %70,1'inin formal, %29,9'unun ise informal ödemelerden oluştuğu sonucuna ulaşmışlardır. Cepten yapılan harcamaların daha çok hangi hizmet sunucularına yapıldığına bakıldığında ise %31,7'sinin kamu hizmet sunucularına, %68,3'ünün özel hizmet sunucularına yapıldığı belirlenmiştir.

Şahin ve arkadaşlarının 2013 yılında 19.685 hanede 85.356 kişi ile yaptıkları

Çalışmada ise hizmet kullanımlarına bağlı olarak gerçekleşen kişi başi cepten sağlık harcamasının 137,39 TL olduğu, bu harcamaların %13,7'sinin yataklı sağlık hizmeti almak için, %81,9'unun ayaktan sağlık hizmeti, %4,3'nun ise hastalık dışında bir sağlık hizmeti almak için yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu harcamaların %94,7'sinin formal, geriye kalanının ise informal olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu çalışma ile Cepten harcamalarının %50,9'unun özel sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar tarafından yapıldığı ve daha çok ilaç hizmetleri (%55,4) için yapıldığı ortaya konmuştur.



## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNFORMAL ÖDEMELER

OECD, informal ekonomiyi, yönetsel ve düzenleyici çerçevenin dışında gerçekleşen tüm faaliyetler veya mali veya sosyal güvenlik otoriteleriyle tescil edilmeyen üretim birimlerinin çıktısı olarak tanımlamaktadır (OECD, 1997: 14-15). Kayıt dışı ekonomiyi teşvik eden faktörler arasında ağır vergi yükü, kısıtlayıcı devlet düzenlemesi ve zayıf kolluk uygulaması yer almaktadır (Balabanova ve McKee, 2002: 245). Geçiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinde ülkelerindeki sağlık sistemindeki kaynakların yetersiz olması, sağlık personelinin finanse edilmesi için ek gelirlere gereksinim duyulmasına yol açmaktadır. Bu da zaman içerisinde informal ödemelerin ortaya çıkmasına ve kabul gören bir uygulama haline gelmesine neden olmaktadır (Tomini, 2007: 11).

İnformal ödemelerin yolsuzluk olup olmadığı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. İnformal ödemelerin, sağlık sektörü yolsuzluğunun bir biçimi olarak mı, yoksa bu sektördeki insan kaynaklarının planlanması, finansmanı ve yönetimindeki çeşitli eksikliklerle başa çıkmak için geliştirilen “pragmatik bir yol” olarak mı ele alınacağına dair tartışmalar söz konusudur. Literatür incelendiğinde bu konuda yapılan çalışmalar, informal ödemeler ile karmaşık olan yolsuzluk arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Tomini, 2007: 11).

Hediye vermenin kültürel bir gelenek olduğunu vurgulayan ve informal ödemeleri, başarılı bir tedaviden dolayı duyulan minnettarlığı ifade etmek için verilen hediyeler olarak tanımlayanlar bunu yolsuzluk olarak nitelendirmemektedir (Balabanova ve McKee, 2002: 268). Bu bakış açısını ortaya koyanlar informal ödemelerin, gönüllü bir “şükran ödemesi” olduğunu öne sürmektedirler. Bazı araştırmacılar ise informal ödemelerin yolsuzluk mu yoksa şükran ödemesi mi olduğunu, ödemelerin yapıldığı anın (hizmet öncesi-sonrası) belirlediğini vurgulamış ve hizmet almadan önce yapılan ödemeleri yolsuzluk, hizmet alındıktan sonra yapılan ödemeleri ise şükran ödemesi olarak ele almışlardır. Gaal ve arkadaşları da şükran ödemelerini, informal ödemelerden ayıran üç temel özelliğın olduğunu

vurgulamışlardır; gönüllü olarak yapılır, minnet duygusu ile motive edilir ve tedaviden sonra yapılır (Gaal vd., 2006: 271).

Szende ve Culyer, “şükran ödemesi” teriminin kullanımını, hastaların yaptığı doğrudan katkıların yanlış bir beyanı olduğunu iddia ederek eleştirmişler ve hastaların bu ödemeleri, genellikle doktorlar tarafından beklendiği veya talep edildiği için yaptıklarını ifade etmişlerdir (Szende ve Culyer, 2006: 263). Lewis (2000:1) de informal ödemeleri “Kamu sağlık sistemi kapsamında yer alan hizmetler için kişiler veya kurumlara resmi olmayan ödeme kanalları yoluyla yapılan nakit veya aynı ödemelerdir. Bu özel ödemeler, bir yolsuzluk şeklidir” olarak tanımlamıştır ve informal ödemelerin, şükran ödemelerinden farklı olduğunu vurgulamıştır.

DSÖ, 2000 yılında yayınladığı Dünya Sağlık Raporu'nda informal ödemeleri, bir yolsuzluk eylemi olarak tanımlamıştır (WHO, 2000: xv). Balabanova ve McKee (2002: 245) de informal ödeme konusunun “kamu yararını, özel kazançlar için kullanmak” olarak tanımlanan yolsuzlukla bağlantılı olduğunu vurgulamışlardır. Stepurko ve arkadaşları (2010: 2) ise sağlık hizmetlerinde yolsuzluğun daha geniş bir anlama sahip olduğunu ve sadece hastalar tarafından yapılan informal ödemeleri değil, aynı zamanda ilaç şirketleri (veya diğer aktörler) tarafından başlatılan, hekimlere ve/veya memurlara finansal faydalar sağlayan gayri resmi (yasadışı) ödemeleri de kapsadığını ifade etmişlerdir.

Literatür incelendiğinde, informal ödemelerin yolsuzluk olup olmadığı konusunda farklı görüşler olsa da informal ödemelerin hizmet sunumunda en yaygın olan ve en çok çalışılan yolsuzluk türü olduğu görülmektedir. Bu sebeple çalışmanın bu bölümünde yolsuzluk ve en yaygın görülen yolsuzluk türlerinden kısaca bahsedilerek sağlık sektörünü yolsuzluğa elverişli hale getiren nedenler ve sağlık sektöründe görülen yolsuzluk türleri üzerinde durulmuştur. Daha sonra ise çalışmanın ana konusu olan informal ödemeler konusunda ayrıntılı bir şekilde bilgi verilmiştir.

## **2.1. YOLSUZLUK KAVRAMI**

Yolsuzluk kavramı tarihsel olarak çok eskilere dayanmaktadır. Ancak yolsuzluğun tanımı konusunda literatürde bir uzlaşma sağlanabilmiş değildir (Tosun,



2001: 1). Çünkü yolsuzluk kavramı ülkeler, bölgeler ve kültürler arasında farklılık göstermektedir. Bir ülkede yolsuzluk olarak nitelendirilen bir olgu, bir başka ülkede yolsuzluk olarak nitelendirilmeyebilmektedir (Akçay, 2001: 6). Yolsuzluk, siyaset, kamu yönetimi, ekonomi ve benzeri bilim dallarında incelenen bir konu olması, hem kamu sektöründe hem de özel sektörde ortaya çıkabilen bir olgu olması ve ekonomik büyüme, enflasyon gibi birçok nedenden kaynaklanmasından dolayı yolsuzluk kavramının tanımı konusunda birçok farklı görüş ortaya atılmıştır (Avcı ve Teyyare, 2012: 201).

Yolsuzluk teriminin kökenleri, ahlaki çürüme, çürümüşlük ve kötü davranış gibi birçok anlam taşıyan Latince "corruptio" sözcüğünden gelmektedir (Milovanovic, 2002: 2). Dünya Bankası tarafından yapılan yolsuzluk tanımlaması en genel tanımlama olarak kabul edilmektedir (Gerni vd., 2012: 131). Dünya Bankası'na göre yolsuzluk hem dar hem de geniş kapsamda ele alınmaktadır. Dar anlamda yolsuzluk, kamu yetkisinin özel çıkar sağlamak amacıyla kötüye kullanılmasıdır (Tanzi, 1998: 8). Geniş anlamda yolsuzluk ise sadece kamu yetkisinin değil, kamuyla sınırlı olmayan herhangi bir yetkinin özel çıkar sağlamak amacıyla kötüye kullanılmasını ifade etmektedir (Gerni vd., 2012: 131). Yolsuzluk, kamusal rollerin ve kaynakların kötüye kullanılması ya da kamu ya da özel taraflarca siyasi nüfuzun gayri resmi şekilde kullanılması olarak da tanımlanmıştır (Johnston, 1997: 62). Nye (1967: 419) yolsuzluğu parasal bir kazanç veya kişisel olarak bir aile yakını için/özel bir grup için özel çıkar sağlamak amacıyla kamu görevinin mevcut resmi yapısından çıkarılması eylemi olarak tanımlamıştır.

Devletin dışında yer alan bireylerin kendi çıkarları doğrultusunda var olan yasa ve politikaları hiçe sayarak ve/veya bunları değiştirerek veya yürürlükten kaldırılmasını sağlayarak kamuda çalışan kişilere bazı özel kazançlar sağlamaları konusu yolsuzluk kavramı içerisinde ele alınmaktadır. Ayrıca devlet içerisinde yer alan bireylerin güç ve konumlarını kullanarak kendilerine, ailelerine ve tanıdıklarına doğrudan veya yeni bazı yasa ve politikalar belirlemek yoluyla bazı özel çıkarlar sağlamaları da yolsuzluk kavramı içerisinde ele alınan bir başka konudur (Baldemir vd. 2009: 50).

Uluslararası Şeffaflık Örgütü tarafından yolsuzluk, emanet edilen gücün özel kazanç sağlamak amacıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Yolsuzluk

kamu yararı amaçlarını gerçekleştirmek için kendilerine yetki verilmiş kamu görevlilerinin, konumlarını ve güçlerini kamu yararı yerine kendilerinin veya yakınlarının yararına kullandıkları zaman ortaya çıkmaktadır (Vian, 2008: 84). Özsemerci (2002: 5) yolsuzluğu bir bireyin elinde bulundurduğu gücü kendisine veya başka birine özel çıkar sağlamak amacıyla kullanması olarak tanımlarken Yavuziğit (1996: 16) rüşvet gibi maddi bir çıkar sağlamak veya kayırma gibi maddi olmayan özel bir amaç elde etmek amacıyla kamu yetkisinin gayri resmi olarak kullanılmasına yönelik her türlü davranış ve hareketler olarak tanımlamıştır. Karakaş ve Çak (2007: 77) ise yolsuzluğu, kamusal gücü olan kişilerin özel çıkar sağlamak veya statü elde etmek amacıyla var olan yetkilerini örf, adet, gelenek, görenek ve hukuk kurallarına ters düşecek şekilde belirli kişilere veya gruplara ayrıcalık tanıyarak kullanmaları olarak tanımlamışlardır.

Gorta ve Forell (1995: 316) ise yolsuzluk kavramını üçe ayırarak tanımlamışlardır:

• **Yasal tanımlar** - Bazı faaliyetlerin, yalnızca politik bir sistem tarafından belirlenen bazı standart veya davranış kuralları ihlal edildiğinde yolsuzluk olarak nitelendirildiğini varsaymaktadır. Ross Ackerman ve Palifka (1999: 9) tarafından yapılan “Yolsuzluk, yasa dışı bir şekilde bir menfaat elde etmek veya maliyetten kaçınmak amacıyla kamu görevlilerine ödeme yapılmasıdır.” tanımlaması bir yasal tanım örneğidir.

• **Kamu yararı tanımları** - Yasal kuralların ihlal edilip edilmediğine bakılmaksızın, halkın güvenine ihanet edilmesi halinde yolsuzluk meydana gelmektedir. Örneğin yolsuzluğu, kamu yetkisinin özel çıkar sağlamak amacıyla kötüye kullanılması olarak nitelendiren Dünya Bankası tanımında (Mundial, 1997: 8) kamu yararına işaret etmektedir.

• **Kamuoyu tanımları** - Sosyal olarak tanımlanan bozuk davranışlara dayanmaktadır. Kamuoyu tanımlamaları, tüm bireylerin az yerine çok olanı tercih etmeleri varsayımına dayanmaktadır.

Yolsuzluk kavramının tanımı yapılırken siyasi ve bürokratik yolsuzluk arasındaki farka dikkat edilmesi gerekmektedir. Üst düzey ya da büyük yolsuzluk olarak adlandırılan siyasi yolsuzluk, sosyal ve siyasi yaşamın üst kademelerinde gerçekleşir ve yasaları ortaya koymak ve uygulamak üzere atanan siyasi karar alıcılar

yolsuzluk yaptığı zaman ortaya çıkar. Siyasi yolsuzlukta çok büyük miktarda verilen rüşvetler söz konusudur. İdari veya küçük yolsuzluk olarak da adlandırılan bürokratik yolsuzluk ise yönetim yasalarının pratikte uygulanması sırasında ortaya çıkar (Larsson, 2010: 9).

Yolsuzluk, farklı alanlarda farklı şekillerde tanımlanmış olmasına rağmen özünde bir yetkinin varlığı ve bu yetkinin, yetkiyi elinde bulunduranlar tarafından kötüye kullanılması ve bunun sonucunda da bir çıkar elde edilmesi durumu söz konusudur. Yani yolsuzluk tanımlanırken mal ve hizmet üretenler ile bu mal ve hizmetleri talep edenler arasındaki ilişkiler, kamu çalışanlarının yetkilerini kötüye kullanmaları, yasaların ihlal edilmesi gibi unsurlar üzerinde durulmaktadır.

### **2.1.1. Yolsuzluk Türleri**

Yolsuzluk eylemleri literatürde farklı kategorilerde sınıflandırılmıştır. Tanzi (1998: 9-10) yolsuzluk eylemlerini;

- Bürokratik (küçük boyutlu) veya siyasi (büyük boyutlu) yolsuzluklar
- Maliyetleri azaltıcı veya menfaat sağlayıcı yolsuzluklar
- Rüşveti teklif edenin veya rüşveti talep edenin başlattığı yolsuzluklar
- Zorunlu veya karşılıklı rızaya dayanan yolsuzluklar
- Merkezi veya yerel yönetimlerde meydana gelen yolsuzluklar
- Tahmin edilebilen veya tesadüfi gerçekleşen yolsuzluklar
- Nakit bir ödeme içeren veya içermeyen yolsuzluklar şeklinde sınıflandırmıştır.

Jain (2001: 73) yolsuzlukları boyutlarına göre sınıflandırmış ve üst ve alt düzeydeki kamu görevlileri tarafından büyük ve küçük miktarlarda gerçekleştirilen yolsuzluklar için büyük ve küçük ölçekli yolsuzluklar sınıflandırmasını yapmıştır.

Thomas ve Meagher (2004: 17) ise yolsuzluk türlerini oluşum şekillerine göre incelemiş ve yolsuzlukları “bireysel” ve “sistemik” yolsuzluk olmak üzere iki kategoride sınıflandırmışlardır. Bireysel yolsuzluk, kamu yetkisini elinde bulunduran bireylerin bu yetkiyi kendi çıkarları doğrultusunda kullanmaları ile meydana gelen yolsuzluk türü olarak tanımlanırken, sistemik yolsuzluk ise üst düzey yöneticiler,

polis, siyasetçi vb. bireylerin organize bir şekilde içinde buldukları yolsuzluk türü olarak tanımlanmıştır (Topkaya, 2014: 20-21).

TEPAV (Tarhan vd., 2006: 25-31) raporuna göre yolsuzluk doğrudan cezai yaptırıma bağlanan yolsuzluklar ve dolaylı olarak ceza yaptırımına bağlanan veya suç sayılmayan yolsuzluklar olmak üzere iki gruptan oluşmaktadır. Doğrudan cezai yaptırıma bağlanan yolsuzluk türleri; rüşvet, zimmet, irtikâp, kara paranın aklanması, dolandırıcılık, emniyeti suistimal, içerden öğrenenlerin ticareti şeklinde sınıflandırılmakta ve yasalarda suç olarak nitelendirilen eylemlerin gerçekleşmesi sonucu oluşan yolsuzluk türleri olarak tanımlanmaktadır. Dolaylı olarak ceza yaptırımına bağlanan veya suç sayılmayan yolsuzluk türleri ise; rant kollama, lobicilik, oy ticareti, kayırmacılık, kurumsal bilginin kötüye kullanılması, anayasa ihlalleri, politik faaliyetlerde harcanan paranın kaynağının gizli tutulması, mal beyanında bulunmama veya eksik mal beyanı verme, hediye alma, hukuka aykırı dinlemeler (wiretapping), politik bilgi sızdırma (political espionage) gibi Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) veya ceza hükmü içeren diğer kanunlarda suç olarak tanımlanmayan, ancak unsurlarının mevcudiyeti halinde görevi ihmal ya da görevi suistimal suçlarının kapsamında ele alınan eylemlerin gerçekleşmesi sonucu oluşan yolsuzluk türleri olarak tanımlanmaktadır.

Yolsuzluk türleri ile ilgili sınıflandırmalar toplumsal ve kurumsal yapının değişmesiyle birlikte farklılaşmaktadır. Yapılar değiştikçe yeni türlerin de ortaya çıkması muhtemeldir (Özbek, 2007: 40). Birçok yolsuzluk türü vardır. Ancak bu çalışmada, çalışmanın amacı doğrultusunda ve sağlık sektöründe de sıkça karşılaşılabilecek şekilde 4 yolsuzluk türü ele alınmıştır; rüşvet, zimmet, dolandırıcılık, irtikap.

#### **2.1.1.1. Rüşvet**

Rüşvet, yolsuzluğun en yaygın görülen türüdür ve yolsuzluğun özü olarak görülmektedir. "Rüşvet" yolsuz bir ilişki içerisinde alınan ya da verilen aynı veya nakdi ödemelerdir. Rüşvet almak da rüşvet vermek de yolsuzluk olarak nitelendirilmektedir (Andvig vd., 2000: 15). Mumcu (1969:1) ise rüşveti "*Yetkili birisine başkası tarafından toplumun usul ve kurallarına aykırı bir şekilde menfaat vaad edilerek ya da sağlanarak bir işin yaptırılması*" şeklinde tanımlamıştır.

Bozkurt ve arkadaşları (1998: 214) ise rüşveti daha geniş açıdan ele alarak, bir görevlinin, gerçek veya tüzel bir kişinin işini haksız çıkar sağlayacak şekilde yapmasına olanak sağlaması veya o kişinin yaptığı eylemleri görmezden gelmesi karşılığında kendisine verilen para, hediye vb. şeyleri kabul etmesi durumu olarak tanımlamışlardır. Bu yolsuzluk davranışını, özellikle kamu adına karar verme veya işlem yapma yetkisi bulunan kişilerin, işlemlerin hızlandırılması veya savsaklanmaması için talepte bulunanlardan para veya hediye almaları veya istemeleri durumu şeklinde tanımlamışlardır. Rüşvet: i) yasal olan işlemlerin hızlandırılması için görev ve yetkilerin kötüye kullanılması ii) yasal olmayan işlemlerin gerçekleştirilmesi için belli bir çıkar karşılığında görev ve yetkilerin kötüye kullanılması olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir (Aktan, 1997: 1064-1075).

#### **2.1.1.2. Zimmet**

Zimmet, rüşvet gibi karar alma yetkisini elinde bulunduranların görev ve yetkilerini kötüye kullanmaları ile ortaya çıkmaktadır (Çoban, 1999: 180). Zimmet, kaynakların onları yönetmekten sorumlu olan kişiler tarafından çalınmasıdır (Andvig vd., 2000: 15). Bir başka tanıma göre ise zimmet, parasal nitelik taşıyan kamuya ait kaynakların bir kamu çalışanı tarafından yasalara uygun olmayan bir şekilde kullanılması veya harcanmasıdır (Özsemerci, 2002: 28). Kamu görevlilerinin kamu kaynaklarını kötüye kullanmaları, istihdam edildikleri kamu kurumunu veya kamu adına idare etmeleri gereken kaynakları çalmaları ciddi bir suçtur (Andvig vd., 2000: 15). Zimmet suçu TCK'nin 202. maddesinde hüküm altına alınmıştır: “*Görevi sebebiyle kendisine tevdi olunan veya muhafaza, denetim veya sorumluluğu altında bulunan para veya para yerine geçen evrak veya senetleri veya diğer malları zimmetine geçiren memura altı yıldan oniki yıla kadar ağır hapis ve meydana gelen zararın bir misli kadar ağır para cezası verilir*” (TCK, 2004: Madde 202).

#### **2.1.1.3. Dolandırıcılık (Sahtekarlık)**

Dolandırıcılık, bir grubu ve kişiyi mali veya başka bir menfaat elde etmek veya bazı yükümlülüklerden kaçınmak amacıyla bilerek yanlış yönlendirme veya

yanılmaya teşebbüs etme eylemidir (WB, 2010: 1). Dolandırıcılık, hile veya aldatmaca içeren ekonomik bir suçtur ve özel çıkar sağlamak isteyen kamu görevlileri tarafından bilgilerin ve gerçeklerin manipüle edilmesini ve çarpıtılmasını içermektedir (Andvig vd., 2000: 16). Bir diğer tanıma göre ise dolandırıcılık, kişisel kazanç veya fayda sağlamak amacıyla bir kuruma ait mali, maddi veya beşeri kaynaklar, hizmetler ve/veya işlemler ile ilgili gerçeklerin kasıtlı çarpıtılması ve saptırılması veya güvenin ihlalidir (ACT Alliance, 2009: 2).

#### **2.1.1.4. Haraç veya İrtikap**

Literatürde “haraç, aktif yiyicilik veya aktif rüşvet” olarak nitelendirilen irtikap kavramı, kamu yetkisi bulunan bir kişinin, başka bir kişinin işini yapma karşılığında belli bir bedel istemesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile irtikap, bir kamu çalışanının yapması gereken bir işlem için yasal olmayan bir ödeme istemesidir. İrtikap ve rüşvet kavramları çoğu zaman birbirine benzetilse de ikisi arasındaki temel fark irtikap sürecinde hizmeti talep eden tarafın zorla veya ikna yöntemi ile kamu çalışanına bir bedel ödemeye zorlanmasıdır (Tarhan vd., 2006: 28; Çoban, 1999: 181). Yani rüşvet süreci her iki tarafın darızası ile gerçekleşirken, irtikap sürecinde kamu çalışanı, karşı tarafı bir bedel ödemeye zorlamaktadır (Karakaş 2007: 47).

#### **2.1.2. Sağlık Sektöründe Yolsuzluk**

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, sosyal bir haktır. “Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi”nin 12. Maddesinde “*Bu sözleşmeye taraf devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkını tanır.*” Hükmüne yer verilmiştir. Buna göre bu sözleşmenin gereği olarak devletin, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli tedbirleri alması ve kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlaması gerekmektedir (ESKHUS, 1966: Madde 12).

Ülkelerin, gelişebilmek için öncelikle temel hedef olarak sağlık seviyelerini yükseltmeleri gerekmektedir. Bir ülkenin daha sağlıklı bir toplum olabilmesi için çok yüksek gelire ihtiyacı yoktur. Devletin sağlık sektörü açısından temel görevi, hizmetlere adil erişimi ve finansal sürdürülebilirliği sağlamak ve hastalıkların

yayılmasını engellemektir. Ancak hükümetler, çoğu zaman bu işlevleri yerine getirmekte başarısız olmaktadır. Bu da hizmetlere erişimin yetersiz ve adaletsiz olmasına, hizmet kalitesinin ve verimliliğin düşmesine neden olarak yolsuzluk faaliyetlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Vian, 2002: 1).

Kamu yetkisinin özel çıkar sağlamak amacıyla kötüye kullanılması olarak tanımlanan yolsuzluk, sağlık alanında sağlık çalışanlarının, düzenleyicilerin ve kamu görevlilerinin aldıkları rüşveti; ilaçların ve tıbbi malzemelerin çalınmasını; sağlık hizmeti bedelini yüksek gösterme veya dolandırıcılığı; işe devamsızlıkları; informal ödemeleri; zimmete para geçirmeyi; satın alma yolsuzluklarını kapsamaktadır (Mackey ve Liang, 2012: 2). Sağlık sektöründeki yolsuzluk herhangi bir sağlık sistemine özgü değildir. Yolsuzluk, sistemlerin kamu veya özel olup olmadığına, iyi finanse edilip edilmediğine, teknik açıdan basit veya karmaşık olup olmadığına bakılmaksızın tüm sistemlerde gerçekleşebilir (Savedoff ve Hussmann, 2006: 4). Ancak, hizmetlerin ve giderlerin çeşitli olması, satın almaların büyük ölçekli ve yüksek maliyetli olması gibi sebepler sağlık sektörünü, diğer sektörlere göre yolsuzluğa daha elverişli hale getirmektedir (Vian, 2002: 1-2).

Sağlık sektöründeki yolsuzluk tüm ülkelerde, özellikle de kamu kaynaklarının kıt olduğu gelişmekte olan ülkeler ile geçiş ekonomisi ülkelerinde kritik bir sorundur. Yolsuzluk, hizmet kalitesinin ve hacminin düşmesine, sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan kaynakların azalmasına ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Bu durum da toplumun sağlık seviyesini olumsuz etkilemektedir (U4, 2006: 3). Kamu sektörünün, etkili kamu hizmeti kodları ve güçlü hesap verebilirlik mekanizmaları tarafından yönetildiği durumlarda ve hukukun üstünlüğüne, şeffaflığa ve güvene sıkı sıkıya bağlı olan toplumlarda, sağlık sistemi yolsuzluklarının görülme olasılığı daha azdır (Savedoff ve Hussmann, 2006: 4). Yolsuzluğun azaltılması, sağlık hizmeti sunumu için gerekli kaynakları artırmak, mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamak ve nihayetinde nüfusun genel sağlık durumunu iyileştirmek açısından önemlidir (U4, 2006: 3). Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından 71 ülkeden alınan veriler kullanılarak yapılan bir araştırma, yüksek yolsuzluk endeksine sahip ülkelerde bebek ölüm oranlarının da daha yüksek olduğunu göstermektedir (Gupta, 2000: 27).

Sağlık sektöründeki yolsuzluklarla mücadele etmek, karmaşık bir süreçtir. Çünkü sektörün bir tarafında yetersiz gördükleri gelirlerini sübvansede edebilmek için hastalardan informal ödemeler talep eden doktor ve hemşireler, diğer tarafında ise rüşvet teklif eden tedarikçiler veya rüşveti kabul eden sağlık bakanları ve/veya hastane yöneticileri gibi üst düzey yöneticiler bulunmaktadır (Transparency International, 2006: xii). Bu durum sağlık sektörünü yolsuzluğa elverişli hale getirmektedir. Bununla birlikte sağlık sektöründe yolsuzluğa yol açan diğer faktörler aşağıda ayrıntılı şekilde ele alınmıştır.

### **2.1.2.1. Sağlık Sektörünün Yolsuzluğa Açık Olmasının Sebepleri**

Sağlık sektöründeki yolsuzluk, sağlık sistemindeki yapısal zorlukların bir yansımasıdır. Kural ve düzenlemelerin zayıf olması, hesap verebilirliğin olmaması, hizmet sunumunun sınırlı olması (talebin arzdan çok olması) gibi sebepler sağlık sektöründe yolsuzluğa yol açan temel faktörlerdir. Sağlık sektörü, organizasyon yapısı ile ilgili bir takım nedenlerden ve diğer sektörlerle göre daha karmaşık bir yapıda olmasından dolayı yolsuzluğa elverişlidir (Kohler, 2011: 11).

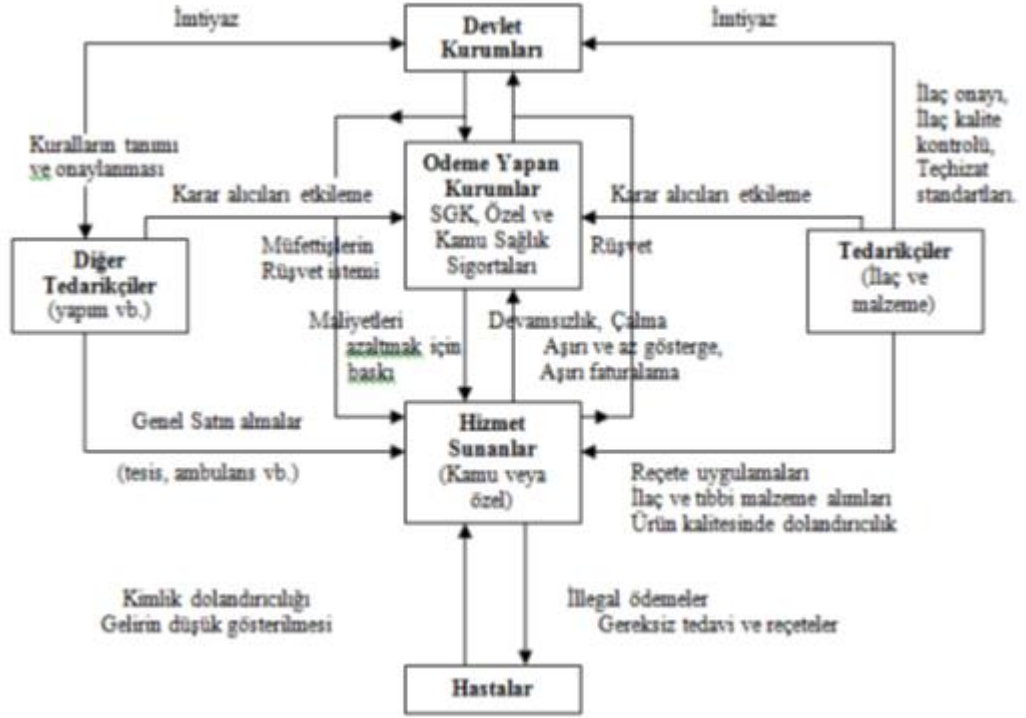
Sağlık hizmeti ihtiyacının ne zaman ortaya çıkacağını, nasıl bir hizmete gereksinim duyulacağını vb. belirsiz olması, sağlık sektöründe yolsuzluğa eğilimin artmasına yol açmaktadır (Leahy, 2013: 12). Ayrıca sağlık sektörü hizmet sunan-hasta, hizmet sunan-tedarikçi arasında yüksek düzeyde bilgi asimetrisinin olduğu bir sektördür (Kohler, 2011: 12). Tıp konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan hastalar, kendilerine en iyi bakımın nasıl sağlanacağı ve en iyi şekilde nasıl tedavi edilecekleri konusunda kararsızdırlar. Hizmet sunucuları da tıp konusundaki bilgi birikimleri ve deneyimlerine rağmen, hastalarının sağlık durumları, tedavinin etkileri ve alternatif tedavilerin olasılıkları hakkında hiçbir zaman emin olamazlar. Bu da, durumdan yararlanmaya ve sistemi manipüle etmeye çalışan aktörlerin ortaya çıkmasına yol açarak sektörün yolsuzluğa karşı çok daha savunmasız hale gelmesine neden olmaktadır (Leahy, 2013: 12).

Sağlık sektöründe yer alan aktör sayısının fazla olması ve bu aktörler arasındaki ilişkilerin çok yönlü olması da sektörde yolsuzluklara yol açan bir diğer önemli faktördür. Sağlık sektöründe yer alan aktörler, devlet kurumları (sağlık bakanlığı, parlamento, uzmanlaşmış komisyonlar vb.), ödeme yapan kurumlar



(sosyal güvenlik kurumları, kamu ve özel sağlık sigortaları), hizmet sunanlar (hastaneler, doktorlar, eczacılar vb.), hizmetten faydalananlar ve tedarikçiler (medikal malzeme ve ilaç firmaları vb.) olmak üzere beş grupta toplanabilir. Çok sayıda aktörün varlığı, bilginin üretilmesi ve analizi, şeffaflığın sağlanması ve yolsuzluğun olduğu durumlarda bile belirlenmesi gibi zorlukları artırmaktadır. Sağlık sektöründe yer alan aktörler ve bu aktörler arasındaki ilişkiler Şekil 2.1’de gösterilmiştir (Sayedoff ve Hussmann, 2006: 6-7). Buna göre hizmet sunucuları, hastalar, ödeme yapan kurumlar, devlet kurumları ve tedarikçiler arasındaki ilişkilerden kaynaklı yolsuzluklar söz konusudur. Hastalar ve hizmet sunucuları arasındaki ilişkiye bakıldığında hastaların hizmet sunucularına gelirlerini düşük göstermeye çalışmaları; hizmet sunucularının ise hastalardan informal ödeme talep etmeleri veya gereksiz tedavi uygulamaları gibi yolsuzluk davranışları söz konusudur. Hizmet sunucuları ve ödeme yapan kurumlar arasındaki ilişkide ise hizmet sunucularının fazla faturalandırma yapmaları, ödeme yapan kurumların da hizmet sunucularına maliyetleri azaltmaları yönünde baskı yapmaları gibi yolsuzluk davranışlarının olduğu görülmektedir. Tedarikçilerle olan ilişkilere bakıldığında da rüşvet, ürün kalitesinde dolandırıcılık gibi yolsuzluk davranışları söz konusudur.

Şekil 2.1: Sağlık Sektöründe Yer Alan Aktörler ve Bu Aktörler Arasındaki İlişkiler



**Kaynak:** Savedoff W.D. ve Hussmann K. (2006). Why are health systems prone to corruption? In Global Corruption Report 2006: Special Focus Corruption and Health, Transparency International (ed.). London: Pluto Press: 4-16.

Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan birinin hizmetin fiyatına bakmadan o hizmete ulaşmaya çalışması, yani sağlık sektöründe talep esnekliğinin katı olması da yolsuzluğa yol açan bir diğer faktördür (Vian, 2002: 1-2). Ayrıca sektör, sağlık sistemlerinin karmaşık bir yapıya sahip olması, birbirinden farklı çok sayıda süreçten ve yüksek maliyet gerektiren teknoloji ağırlıklı bir yapıdan oluşması sebebiyle de yolsuzluk riski taşımaktadır (Savedoff ve Hussmann, 2006: 6-7; Vian, 2002: 1-2).

Sağlık sektöründe yolsuzluğa sebep olan bir diğer faktör ise ahlaki tehlike (moral hazard)'dir. Kişilerin sağlık sigortası yaptırdıktan sonra sağlık durumlarına yeterince dikkat etmemeleri sağlıkta ahlaki tehlike olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca sigortalı hastaların, sigortasız hastalara göre sağlık hizmeti kullanımlarının farklı olması da ahlaki tehlike olarak nitelendirilmektedir (Erdem ve Yıldırım, 2003: 8). Bu durum da hastaların zorunlu olmayan tedavileri kabul etmelerine ve doktorların da finansal destek almak amacıyla tedavi için gereksiz ek testler istemelerine yol açmaktadır (Leahy, 2013: 15). Ayrıca hizmet/ürün kullanıcılarının fiyat araştırması yapmadan sadece kendilerine sunulan hizmeti veya ürünü almaları

da ahlaki tehlikenin bir başka şeklidir. Hizmet sunucularının hastalıkları teşhis ve tedavi ederken en yüksek ücretli tıbbi hizmetleri kullanmaları ve böylece maliyetlerin artmasına yol açmaları da ahlaki tehlikeye örnektir (Bilgili ve Ecevit, 2008: 212).

Sağlık sektöründe hizmeti sunan ve hizmeti kullananlar arasındaki ilişkiden kaynaklı yolsuzluklar da söz konusudur. Doktor-hasta ilişkisinden doğan ve asil-vekil ilişkisi olarak nitelendirilen bu durum, hasta ve doktor arasındaki bilgi asimetrisine dayalı olarak hastanın kendisini tedavi etme yetkisini doktora vermesini ifade etmektedir. Böyle bir durum hizmet sunucularının, hastalardan gayri resmi ödeme almaları veya gereksiz reçete veya tedavi uygulamaları gibi görevlerini kötüye kullanacak eylemler gerçekleştirmelerine yol açabilir (Avcı ve Teyyare, 2012: 209-210).

Sağlık sektöründe taleplerin belirsiz olması (kimin ne zaman hasta olacağını, hangi hizmete ihtiyaç duyacağını belli olmaması vb.), birçok aktörün (ödeyici, sunucu, tüketici, tedarikçi vb.) etkileşim içerisinde olduğu bir sistem olması, hizmeti sunan ve hizmeti kullanan aktörler arasında oldukça yüksek düzeyde bilgi asimetrisinin olması gibi sebepler sağlık sektörünü yolsuzluğa açık bir sektör haline getirmektedir. Bir sonraki bölümde sağlık sektöründe en fazla karşılaşılan yolsuzluk türleri ve sağlık sistemi üzerindeki olası etkileri üzerinde durulacaktır.

#### **2.1.2.2. Sağlık Sektöründe Yolsuzluk Türleri**

Sağlık sektöründe yapılan yolsuzluk türleri sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar arasındaki informal ödemeleri veya “masa altı ödemeleri”, rüşveti, işe devamsızlıkları, ilaçların çalınmasını veya yağmalanmasını, dolandırıcılıkları (sigorta dolandırıcılığı, “hayalet” hastalar gibi), kullanıcı ücretlerinin veya diğer fonların zimmete geçirilmesini içermektedir. Tablo 2.1’de bu yolsuzluk türleri ve bunların sağlık sektöründe ulaşılması hedeflenen sonuçlar üzerindeki potansiyel etkileri gösterilmektedir (Vian, 2017: 4).

**Tablo 2.1:** Sağlık Sektöründeki Yolsuzluk Türleri ve Sağlık Sektörüne Etkileri

Yolsuzluk Türü	Açıklama	Etkisi
İnformal Ödemeler	Sağlık hizmeti sunucularına ücretsiz olarak verilmesi beklenen hizmetler için yapılan ödemelerdir.	Sağlık hizmetlerine erişimi azaltır, Sağlık hizmetine erişimde eşitliği zayıflatır, Hastalar üzerindeki mali yükü artırır
Devamsızlık/İşe Gelmemeye	İşe gelmeyerek zamanın çalınması veya mesai saatleri içerisinde özel işlere zaman ayırma durumudur.	Hizmetlere erişimi ve hizmet sunumunu azaltır
Rüşvet	Resmi bir işlem karşılığında vaat edilen veya verilen para veya değerli şeylerdir.	Kayıt, seçim ve satın alma işlemlerinde rüşvet uygulaması, yüksek maliyetli ve uygun olmayan ilaçların veya sahte ilaçların alınmasına neden olabilir.
Tedarik yolsuzluğu	Rüşvet, komisyon, hileli faturalandırma, tedarikçiler arasındaki gizli anlaşma gibi birçok kötüye kullanımı kapsamaktadır.	Mallar veya hizmetler için ödenen bedeli yükselterek verimsizliği artırır; Malların veya hizmetlerin istenilen kalitede olmamasına veya zamanında teslim edilmemesine neden olabilir.
Mülkiyetin çalınması veya yanlış kullanılması	Kişisel kullanım için ilaçlar, teçhizatlar veya araçlar gibi malların çalınması veya yasalara aykırı kullanılması, özel bir tıp uygulamasında kullanılması veya yeniden satılması.	Daha yüksek birim maliyetler sonucunda stok dışı ilaçların kullanımına, tedavide kesintilere veya yeterli tedavinin uygulanmamasına neden olabilir.
Dolandırıcılık	Yasadışı kazanç sağlamak amacıyla kasıtlı yanlış beyanda bulunma durumudur. Yanlış faturalandırma, “hayalet” hastalar veya hizmetler (gerçekte bulunmayan hastalar veya gerçekte sunulmayan hizmetler için faturalandırma), alacakların özel bir hesaba yönlendirilmesi veya diğer hile türlerini içermektedir.	Kaynakları hortumlamak sigorta fonlarının iflas etmesine, bakım kalitesinin düşmesine, hastaların tedaviyi reddetmesine veya programların başarısızlıkla sonuçlanmasına neden olabilir.
Kullanıcı ücreti gelirlerinin zimmete geçirilmesi	Bir işverene veya bir devlet kurumuna ait olan fonları çalmak veya kullanmak	Bakım kalitesinin düşmesine neden olabilir.

**Kaynak:** Vian, T. (2017). *Corruption in the Health Sector*. U4 Anti-Corruption Training Course. <http://www.bu.edu/actforhealth/CorruptionInHealthforce/Reader%201.pdf> (Erişim tarihi: 30.10.2017).

Ensor ve Moreno (2002: 107-112) ise sağlık sektöründe yapılan yolsuzluk türlerini rüşvet, hırsızlık, bürokratik yolsuzluk ve yanlış bilgilendirme olmak üzere dört grupta sınıflandırmaktadır:

### **a. Rüşvet**

Daha kaliteli bir hizmet alabilmek, bir sıra veya ihale sürecini aşmak için, ödeme yapmadan verilmesi gereken hizmetleri alabilmek için devlet yetkililerine yapılan ödemeleri içermektedir. Rüşvet, talep ve arz taraflı rüşvet olmak üzere iki biçimde gerçekleşmektedir (Ensor ve Moreno, 2002: 107)

**Talep taraflı rüşvet:** Hastalar tarafından doktorlara veya diğer sağlık personeline yapılan gayri resmi ödemelerin çoğu talep taraflı rüşvet olarak sınıflandırılmaktadır. Hastalar hizmet kalitesini artırmak veya hizmetlere daha hızlı erişebilmek amacıyla sağlık çalışanlarına rüşvet verebilmektedirler (Ensor ve Moreno, 2002: 107-108)

**Arz taraflı rüşvet:** Arz taraflı rüşvet, belirli bir hizmeti tedarik etmek isteyen şirketlerin veya bireylerin, sözleşmeleri yapan kişi veya kurumlara rüşvet vermesi durumudur. Bir grup yetkilinin hizmeti kimin tedarik edeceği konusunda bazı takdir yetkileri olması durumunda ortaya çıkmaktadır. Arz taraflı rüşvetin en bilinen örnekleri 'kick-backs' ve 'Fee-splitting' tir (Ensor ve Moreno, 2002: 109).

'Kick-backs', tıp uzmanlarının hasta tedavisinde bazı özel hizmetleri tercih etmeleri veya bazı ilaçların reçetelenmesi ve alımı konusunda parasal veya parasal olmayan ödemeleri kabul etmeleridir. Fee-splitting (Ücret paylaşma) ise bir uzmanın aldığı ücreti başka bir doktor veya kurumla paylaşmasıdır. Bir doktorun hastalarını, çeşitli hizmetleri (radyoloji, MR vb.) alabilmeleri için anlaşma yaptığı başka doktor veya kurumlara yönlendirmesi durumunda ortaya çıkmaktadır (Ensor ve Moreno, 2002: 109).

### **b. Hırsızlık**

Sağlık sektöründe en yaygın görülen yolsuzluk türlerinden biri de hırsızlıktır. Hırsızlık, devlet varlıklarının, onlardan sorumlu olan yetkililer tarafından çalınmasıdır. Kamu veya özel sağlık sektöründeki malzemelerin çalınması, yağmalanması ve kamu kaynaklarının özel hizmet sunumunda kullanılması gibi uygulamalar sağlık sektöründe en sık görülen hırsızlık türleridir (Ensor ve Moreno, 2002: 109).

### **c. Bürokratik ve Politik Yolsuzluk**

Devlet görevlileri ve politikacılar mali nedenlerle veya kendi kariyerlerini ilerletmek amacıyla bazı politik kararlar verebilmektedirler. Örneğin devlet görevlilerinin ve politikacıların siyasi kazanç elde etmek amacıyla bir hastanenin inşasını onaylamaları yolsuzluk olarak nitelendirilmektedir (Ensor ve Moreno, 2002: 111).

### **d. Özel Kazanç Elde Etmek İçin Yanlış Bilgilendirme**

Özel kazanç elde etmek için bilginin kötüye kullanımı genellikle iki şekilde gerçekleşmektedir.

**Müvekkil-Vekil İlişkisinin Kötüye Kullanılması:** Sağlık pazarı, bir hastanın en iyi tedavinin nasıl olacağı konusunda doğru bilgilendirme yapan bir vekile güvendiği, bir müvekkil-vekil ilişkisine dayanmaktadır. Bu ilişkide vekil hastadan daha fazla bilgiye sahiptir ve yolsuzluk vekilin, hastayı bilerek ve kişisel kazanç elde etmek amacıyla yanıltması durumunda ortaya çıkmaktadır (Ensor ve Moreno, 2002: 111).

**İşbirliğine Dayalı Sahtekarlık:** Hastanın ve doktorun çoğunlukla devleti aldatmak için birbirleriyle gizlice anlaşması bir başka bilgi problemi olarak görülmektedir. Doktorların, hastalara iş yerlerinden izin almalarını, askerlik görevinden muaf olmalarını veya sürücü ehliyeti alabilmelerini sağlayacak yanlış raporlar vermeleri bu dolandırıcılık türüne örnek verilebilir (Ensor ve Moreno, 2002: 112).

Sağlık sektöründe daha çok informal ödemeler, rüşvet, tedarik yolsuzluğu, dolandırıcılık gibi yolsuzluk türleri ile karşılaşılmaktadır. Ancak informal ödemelerin, hizmet sunumunda en yaygın olan ve en çok çalışılan yolsuzluk türü olması (Dabalen ve Wane, 2008: 3) ve bu çalışmanın temel amacının hasta-hizmet sunucusu ilişkisi sonucu oluşan yolsuzluğu değerlendirmek olması sebebiyle bir sonraki bölümde informal ödemeler konusunda ayrıntılı şekilde bilgi verilmiştir.

## 2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNFORMAL ÖDEMELER

### 2.2.1. İnfomal Ödeme Kavramı

İnfomal ödemeler ilk olarak, 1970’li yılların sonlarına doğru ortaya çıkmıştır. Hastalar daha hızlı ve daha kaliteli hizmet almak amacıyla, resmi olarak ücretsiz verilmesi gereken hizmetler için infomal ödeme yapmaya başlamışlardır. 1980’li yılların sonunda ise birçok ülkede bu tür ödemeler sağlık hizmeti alımında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Chawla vd., 1998: 343).

Yapısı ve çeşitliliği nedeniyle infomal ödemeler konusunda basit ve kapsamlı bir tanım yapmak oldukça zordur. Farklı ülkelerdeki/kültürdeki kişilerin “Memnuniyetinizi göstermek amacıyla tedavi sonrası doktorunuza verdiğiniz hediyeleri infomal ödeme olarak nitelendiriyor musunuz?” veya “Bu hediyeleri rüşvet olarak düşünüyor musunuz?” gibi sorulara verecekleri cevaplar birbirinden farklı olabilmektedir. Bu cevaplardaki farklılıklar ülkedeki sağlık sektörünün organizasyon yapısı, ülkenin ekonomik durumu, sosyal ve kültürel normları, bu ödemeleri düzenleyen kanunlar veya yasama eylemleri, infomal ödemelere yönelik algı düzeyi vb. sebeplerden kaynaklanabilmektedir (Tomini, 2007: 5).

İnfomal ödemeler ile ilgili ilk çalışmalardan birini yapan Adam (1989: 315), “bir hasta veya hasta yakını tarafından tedavi tamamlandıktan sonra, gönüllü olarak verilen finansal veya diğer maddi yarar” olarak tanımladığı “doktorlara minnet ödemesi” terimini kullanmıştır. Bazı araştırmacılar ise infomal ödemeler kavramı yerine “masa altından ödemeler”, “tezgah altından ödemeler”, “gayri resmi hasta ödemeleri”, “zarf ödemeleri” gibi çeşitli kavramları da kullanmışlardır (Lewis, 2007; Delcheva vd., 1997; Ensor ve Whitter, 2001; Chawla vd., 1998; Falkingham, 2004; Cockcroft vd., 2008). İnfomal ödemeler ile ilgili yapılan çeşitli tanımlar Tablo 2.2’de verilmiştir.

**Tablo 2.2:** İnfomal Ödeme Tanımları

<b>Tanım</b>	<b>Araştırmacı</b>
Hastaların daha hızlı ve daha etkili hizmet alabilmek amacıyla ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetleri için hekimlere fazladan yaptıkları ödemelerdir.	Chawla vd., 1998: 343
Resmi olarak zorunlu olmayan ancak sağlık hizmeti sunucuları tarafından beklenen veya talep edilen ve daha hızlı tedavi hizmeti alma düşüncesiyle hastalar tarafından tıbbi personele veya kurumlara yapılan ödemelerdir.	Ensor ve Savelyeya, 1998: 41.
Yetkililer tarafından herhangi bir yaptırımın uygulanmadığı, bireylerin kamu sağlık çalışanlarına veya kurumlarına yaptıkları ödemelerdir.	Thompson ve Witter, 2000: 172.
Bireysel ve kurumsal hizmet sunucularına yapılan ve resmi ödeme kanalları dışında yer alan aynı veya nakit ödemeler veya sağlık sistemi tarafından kapsanması gereken satın almalar için yapılan ödemelerdir.	Lewis, 2000:1
Şükran ifadesi olarak yapılan parasal ödemeler,yasalara göre doğrudan ödeme alma hakkı bulunmayan bir kamu sağlık çalışanına, hasta tarafından bir işlem için yapılan ödemelerdir.	Kornai, 2000: 1
Alınan veya alınması beklenen bir sağlık hizmeti için, hasta veya hasta adına bir başkası tarafından bir kamu sağlık çalışanına veya kamu sağlık kurumundan hizmet alınmasını sağlayan kişiye yapılan nakit ya da aynı ödemelerdir.	Shahriari, Belli ve Lewis, 2001: 9
Hizmet alma hakkı bulunan kişiler tarafından hizmet sunucularına (kişi ya da kurum) yasal olarak tanımlanmış herhangi bir ödemeye ek olarak yapılan nakit ya da aynı ödemelerdir.	Belli, 2002: 16
Kamu sektöründe resmi olarak ücretsiz olarak sunulan hizmetler için bir hasta ve bir personel arasında yapılan parasal veya aynı alışverişidir.	Balabanova ve McKee, 2002: 246
Hastalara ücretsiz olarak verilmesi beklenen hizmetler için bir sağlık kuruluşuna yapılan gayri resmi ödemelerdir.	WB, 2003: 83
Genellikle kamu tarafından finanse edilen bir sistem içerisinde ücretsiz olarak alınması gereken hizmetler için doktor ve diğer sağlık çalışanlarına, hastalar tarafından yapılan cepten ödemelerdir.	Gaal ve Mckee, 2005: 1445
Minnnet veya şükran sunmak amacıyla verilen hediyeler için değil, kamu sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak sunulması beklenen hizmetler için yapılan nakit veya aynı ödemelerdir.	Vian ve Burak, 2006: 393
Hastalar ya da hastalar adına hareket eden başkaları tarafından hak edilen bir sağlık hizmeti için sağlık çalışanlarına, belirlenen bir katkıya ek olarak yapılan aynı veya nakit ödemelerdir.	Gaal vd., 2006: 262
Ödeme yapılmasına gerek olmayan hizmetler için kamu çalışanlarına verilen nakit veya diğer şeylerdir. İnfomal ödemeler, sağlık sisteminin yetersiz finanse edildiği ve istihdamın fazla olduğu ülkelerde tıbbi personel ve hastalar tarafından bireysel başa çıkma stratejilerinden biri olarak benimsenmiştir	Vian vd., 2006: 877
İnfomal ödemeler kaçınılmaz olarak yolsuzlukla bağlantılıdır ve kamu görevinin özel kazançlar için kullanılması olarak tanımlanmaktadır.	Liaropoulos vd., 2008: 73



Teorik olarak ücretsiz olarak sunulan hizmetler için doktorlara yapılan tüm ödemeler (ekstra ücretler) ve hediyelerdir.	Siskou vd., 2008: 287
Bir doktora, hemşireye veya herhangi bir personele doğrudan ücretsiz olan hizmetler için veya herhangi bir resmi ücretin üstünde verilen para veya hediyelerdir.	Aarva vd., 2009: 398
Resmi olarak ücretsiz olan bir hizmetin sağlanması veya hizmetin daha hızlı ve daha iyi bir şekilde sunulması karşılığında nakit veya aynı olarak alınmış olan ancak rapor edilmemiş veya kayıt edilmemiş yasadışı ödemelerdir.	Stringhini vd., 2009: 2
Kamu sistemlerinde yolsuzluğun bileşenleri arasında yer alan informal ödemeler, yasal hükümler dışında hastalar tarafından yapılan tüm doğrudan ödemeler şeklinde tanımlanmaktadır.	Farcaşanu, 2010: 13

Tablo 2.2.'de de görüldüğü gibi informal ödemeler konusunda evrensel tanımlama bulunmamakta ancak araştırmacıların yaptıkları tanımlamalar birbiri ile benzeşmektedir. Tanımlardaki ortak noktalara bakıldığında informal ödemelerin genelde aynı veya nakit olabileceği, resmi ücrete ek olarak genellikle hastalar tarafından yapıldığı veya hizmeti sunanlar tarafından talep edildiği üzerinde durulmuştur.

İnformal ödemeler üzerine yapılan ampirik çalışmalar, bu ödemelerin farklı özellikler gösterdiğini ortaya koymaktadır. İnfomal ödeme tanımlarından yola çıkarak informal ödemelerin bazı temel özelliklerini tanımlamak mümkündür. Bu temel özellikler aşağıdaki şekildedir (Stepurko vd., 2010: 3; European Commission, 2013: 31):

- İnfomal ödemeyi kimin başlattığı. Şükran ifade etmek isteyen hasta mı, ödeme talep eden hizmet sunucusu mu (kişi veya kurum) veya her ikisi mi?
- İnfomal ödemenin niteliğinin ne olduğu. Nakit olarak mı, aynı olarak mı (şekerler, mücevherler vb.) veya bir hizmet biçiminde mi (akşam yemekleri, geziler ve sponsorluk vb.)?
- İnfomal ödemenin ne zaman yapıldığı. Sağlık hizmeti sunumundan önce mi, sağlık hizmeti sunumu sırasında mı veya sağlık hizmeti sunumundan sonra mı?
- İnfomal ödemeyi kimin aldığı. Sağlık kurumu mu, sağlık personeli mi (doktorlar, hemşireler vb.) veya sağlık kurumunun yönetimi mi?

- İnfomal ödemeyi kimin yaptığı. Hastanın kendisi mi veya akrabaları mı?
- İnfomal ödemenin ne amaçla yapıldığı. Duyulan minnetin göstergesi mi, alınan hizmetin bedeli mi, kullanılan ürünlerin bedeli mi, hizmete erişimin bedeli mi, hizmete daha hızlı erişimin bedelimi, daha kaliteli hizmet almanın bedeli mi?
- Yapılan infomal ödemenin parasal değerinin ne olduğu.
- İnfomal ödemeye yönelik algının nasıl olduğu. Normal davranış mı, yasadışı davranış mı, yolsuzluk mu veya gelenek mi (kültürel algılardan dolayı)?
- İnfomal ödemeye yönelik tutumun ne olduğu. Genellikle ödeme anına bağlı olarak, olumsuz mu (özellikle istenirse) veya olumlu mu (eğer bir armağan ifadesi ise)?

İnfomal ödemelerin bu özellikleri, ayrı ayrı analiz edilememektedir. Çünkü tüm özellikler birbirleri ile ilişkilidir ve bir özellik, başka bir özelliğin sebebi olabilmektedir. Örneğin, bir cerrahi müdahale için doktora yapılan nakit bir ödeme, kişinin aylık gelirinden yüksek olabilir. Aynı şekilde aynı olarak yapılan bir şükran ödemesi de hastanın aylık gelirine eşdeğer bir değerde olabilmektedir. Bu nedenle infomal ödemeler olgusunu anlayabilmek için tüm özellikler dikkate alınmalıdır (Stepurko vd., 2010: 3).

İnfomal ödemeler genellikle illegal ödeme olarak algılanmaktadır. Ancak, infomal ödeme hem legal/yasal hem de illegal/yasadışı ödemeyi içeren bir kavramdır (Özgen ve Tatar, 2009: 105). İnfomal ödemeler genellikle gayri resmi ödeme olarak kabul edilmektedir. Çünkü bu ödemeler ücreti veren ve alan kişiler arasında resmi bir ödeme makbuzu olmadan yapılmakta ve resmi ödeme kanalları dışında kalmaktadır. Ancak bu tür ödemeleri yasa dışı olarak nitelendirmek tartışmalara yol açmaktadır (Lewis, 2000: 11). Ülke içerisinde var olan kanunlar ve düzenlemeler ihlal edilmediği sürece, bu tür ödemeler yasalara aykırı olarak nitelendirilmemektedir. Ayrıca hastaların yapmış oldukları infomal ödemeler - hediye ve bağış gibi- aldıkları hizmetin karşılığı olarak verilmediği sürece yasal olarak kabul edilmektedir (Stepurko, 2013: 27). Ancak bazı araştırmacılar, infomal

ödemelerin tamamen yasa dışı ödemeler olduğunu vurgulamaktadır (Chawla vd. 1998: 337).

Özgen ve Tatar (2009: 105) ise, her informal ödemenin yasa dışı olmadığını, ancak her yasa dışı ödemenin informal olduğunu vurgulamışlardır. Örneğin hastaların şükranlarını göstermek amacıyla yaptıkları ödemeler informal olup yasal olan ödemelerdir. Ancak hizmet kullanıcılarının, ücretsiz olarak almaları gereken hizmetler için hizmet sunucularına elden verdikleri nakit ödemeler hem informal hem de yasal olmayan ödemelerdir. Ülkeler hangi tür ödemelerin yasal olup olmayacağını kanunlarla belirlemektedirler. Ödemenin yasallık durumunu ise sağlık hizmetinin kapsamını belirleyerek (kimleri ve hangi hizmetleri kapsayacağı, resmi olarak ne kadar ücret alınacağı vb.) yapmaktadırlar. Hastaların sosyal güvence kapsamı dışında kalan hizmetler için yaptıkları cepten ödemeler informal ödeme kapsamına girmemektedir. Yani her informal ödeme, bir cepten ödemedir ancak her cepten ödeme, bir informal ödeme değildir.

### **2.2.2. İnfomal Ödeme Türleri**

İnfomal ödemeler ile ilgili yapılan tanımlamalara bakıldığında informal ödemelerin genellikle ayni ve nakdi olmak üzere iki şekilde gerçekleştiği görülmektedir. Ayni informal ödemeler ise, hediye ve ayni katkı şeklinde gerçekleşmektedir.

#### **2.2.2.1. Ayni İnfomal Ödemeler**

Ayni informal ödemeler, tatlılar ve alkollü içecekler gibi maddi hediyeleri, sanat ve mücevher gibi daha pahalı kalemleri, hasta veya yakınları tarafından sağlanan çeşitli hizmetleri kapsamaktadır. Ayni informal ödemeler, hediye ve ayni katkı olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir (Özgen ve Tatar, 2009: 107-108):

##### ***Hediye***

Bu tür informal ödemeler, hastaların aldıkları/alacakları sağlık hizmeti için verdikleri çiçek, çikolata, tekstil ürünü, gıda ürünü gibi çeşitli türdeki hediyeleri kapsamaktadır. Ancak bazı ülkelerde hediye vermenin kültürel bir olgu olması, bu

türden ödemelerin informal ödeme kapsamına alınıp alınmaması tartışmasını gündeme getirmektedir. Bazı araştırmacılar hediyeleri, informal ödeme kapsamı dışında tutarken (Vian vd., 2006), bazı araştırmacılar bu şekilde yapılan ödemelerin informal ödeme olduğunu vurgulamışlardır (Belli vd., 2002; Thompson ve Witter, 2000; Balabanova ve McKee, 2002; Falkingham, 2004; Ensor, 2004). Hastaların, sağlık çalışanlarıyla daha yakından ilişki kurmak istemeleri, daha kaliteli hizmet almak istemeleri gibi sebepler bu türden ödemeler yapmalarının temel gerekçesi olarak görülmektedir (Lewis, 2007: 989).

### ***Ayni Katkı***

Bu tür informal ödemeler hasta ve/veya yakınları tarafından, hastanede yatılan süre boyunca dışarıdan alınan ilaç, yatak çarşafı, laboratuvar tetkiki, tıbbi sarf malzemesi, kan ve kan ürünleri gibi mallar/hizmetler için yapılan ödemeleri kapsamaktadır. Bu tür mal ve hizmetlerin sağlanması hastanenin sorumluluğunda olduğundan bu mal ve hizmetler için yapılan ödemeler, informal ödeme olarak nitelendirilmektedir (Belli vd., 2002; Gaal vd., 2006; Balabanova ve McKee, 2002).

### **2.2.2.2. Nakit İnfomal Ödemeler**

Nakit informal ödemeler, sağlık çalışanlarına elden verilen paralar, cerrahi müdahale amaçlı verilen bıçak parası ve çeşitli amaçlarla yapılan bağışlar gibi ödemeleri kapsamaktadır ve sağlık güvencesi kapsamında olan mal veya hizmetler için yapılan nakit cepten ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Özgen ve Tatar, 2009: 108).

Tomini (2007: 6), informal ödeme türlerini minnet ödemeleri ve masa altı ödemeler olmak üzere iki başlık altında incelemiştir:

***Minnet - şükran ödemeleri***, tedavi bitiminden sonra verilen (ayni veya nakit) hediyelerdir. Bu tür ödemelerin kökü kültürel normlara dayanmaktadır ve tarihsel faktörlerin veya ülkedeki mevcut sağlık sisteminin eksiklerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Sahip oldukları gönüllülük yapısı gereği “bağış” olarak da adlandırılmaktadırlar (Tomini, 2007: 6).

*Tezgaah altı, resmi olmayan, masa altı ödemeler* ise hastalar ya da akrabaları tarafından, ücretsiz olarak verilmesi gereken hizmetler için tıbbi personele kayıt dışı bir şekilde yapılan ödemelerdir. Bu tür ödemeler nakit veya aynı olabilmekte ve tıbbi personel tarafından genellikle açık veya dolaylı olarak talep edilmektedir (Tomini, 2007: 6).

Bu iki tanım arasında net bir ayrım noktası bulmak zordur. Çünkü şükran ödemelerinde gönüllük esastır ve bu türden ödemeler tedavi bittikten sonra verilmektedir. Ancak hediyein sağlık personeli tarafından beklenip beklenmediği veya tamamen gönüllü olarak verilir verilmediği net değildir. Genellikle, tedaviden sonra tıbbi personelin bakım ve özveri göstermesi gereken zor tedavilerden (cerrahi operasyonlar, doğum vb.) sonra, sağlık personeline büyük hediyeler verilmektedir. Ancak hastaların bu tür informal ödemeleri (hediye, minnet ödemesi) sağlık personelinin çabası için mi, yoksa tedavi sırasında gereken özenin gösterilmemesinden korktukları için mi verdikleri bilinmemektedir (Tomini, 2007: 6).

Ensor (2004: 237) informal ödemeleri: i) sağlık kuruluşlarındaki sağlık bütçesinin yetersiz olması sonucu yapılan ve tıbbi malzeme ve personel maliyetlerini de kapsayan maliyet katkıları; ii) sağlık hizmeti sunucularının, piyasa gücünü kötüye kullanmalarından kaynaklanan informal ödemeler; iii) sağlık hizmeti kullanıcılarının, daha iyi hizmetlere veya sağlık güvencesi kapsamına dahil olmayan hizmetlere erişmesiyle ortaya çıkan informal ödemeler olmak üzere üç gruba ayırarak incelemiştir.

Stepurko ve arkadaşları (2015: 48) ise informal hasta ödemelerinin, kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmeti sunucularına yapılan katkıları içerdiğini vurgulamış ve informal ödeme türlerini aşağıdaki şekilde sıralamıştır:

- i) Ameliyat, doğum gibi yatarak tedavi edilmesi gereken hastalıklar için ödenen yüksek miktardaki nakit ödemeler,
- ii) Ayaktan tedavi sunan hizmet sunucularına, tedaviden sonra hastalar tarafından verilen hediyeler,
- iii) Sağlık hizmetlerinin niteliklerini geliştirmek amacıyla hasta tarafından verilen ölçülü ödemeler.

Aslında informal ödemeleri sınıflandırmak zordur, çünkü açık bir şekilde haraç alan kişiler bile, eylemlerini haklı çıkarmanın yollarını bulabilmektedir. Örneğin, güçlerini kötüye kullanarak hastalardan ödeme alan sağlık çalışanları, bu ödemeyi “hediye” olarak nitelendirerek davranışlarını akla uygun hale getirebilirler. Informal ödemelerin niteliklerini ve sonuçlarını değerlendirmek, insanların uygulama hakkındaki açıklamalarını, alternatif açıklamaların ışığında incelemeyi ve ödeme yeteneği, sağlık çalışanlarının gelirleri ve diğer bağlamsal faktörler hakkındaki verileri gözden geçirmeyi gerektirir (Miller ve Vian 2010: 2).

Bu çalışmada hangi tür ödemelerin informal ödeme olarak kabul edileceği ile ilgili olarak Tatar ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışma temel alınmıştır. Yapılan ödemelerin türüne göre formal ve informal ödemelerin tanımları Tablo 2.3’te verilmiştir.

**Tablo 2.3:** Yapılan Ödemelerin Türüne Göre Formal ve İnfomal Ödemelerin Tanımları

Ödemenin Türü	Tanım	Formal	İnfomal
Bağış	Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha iyi ve daha kaliteli hizmet almak amacıyla yaptıkları ödemelerdir.		Bağışlar, informal ödeme olarak nitelendirilmektedir
Hekimlik Hizmetleri	Sağlık hizmeti kullanıcılarının, aldıkları tıbbi hizmetin karşılığı olarak doktorlara yaptıkları ödemelerdir.	Sosyal güvencesi bulunan bir hastanın daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti almak amacıyla özel bir doktora yapmış olduğu ödemeler veya sosyal güvencesi olmayan bir hastanın doktorun özel muayenehanesi ne giderek yaptığı ödemeler formal niteliktedir.	Sağlık hizmeti kullanıcısının, sosyal güvencesi kapsamında bulunan ve devlet tarafından kendisine sunulması gereken temel sağlık hizmetlerini özel hekim muayenehanesinden alması sonucu yapılan ödemeler informal niteliktedir.
Hekim Cerrahi Hizmetleri	Sağlık hizmeti kullanıcılarının, aldıkları cerrahi hizmetin	Sosyal güvencesi olmayan bir hastanın cerrahi	Sosyal güvencesi olan bir hastanın cerrahi işlemler için yaptıkları ödemeler ve doktorların da faturasız olarak

	karşılığı olarak doktorlara yaptıkları ödemelerdir.	işlemler için yaptıkları ödemeler formaldır.	aldıkları “bıçak parası” olarak nitelendirilen ödemeler informaldır. Ayrıca sosyal güvencesi olmayıp yaptırılan cerrahi müdahale için fatura almadan ödeme yapan hastaların ödemeleri de informal olarak nitelendirilmektedir.
İlaçlar	Sağlık hizmeti kullanıcılarının, reçeteli veya reçetesiz ilaçlar için yaptıkları ödemelerdir.	Hastaların kendi kendilerini tedavi amacıyla satın aldıkları reçetesiz ilaçlar için yaptıkları ödemeler formaldır.	Yatarak tedavi gören bir hastanın, hastane dışındaki bir eczanelerden reçeteli ilaç almak için yaptığı ödemeler informaldır. Çünkü hasta için gerekli ilaçların, hastane tarafından temin edilmesi gerekmektedir.
Diğer Personele Yapılan Ödemeler	Doktorlar dışındaki diğer sağlık/idari personele yapılan ödemeler		Sağlık sigortası olup olmamasına bakılmaksızın diğer sağlık/idari personele yapılan ödemeler informal olarak nitelendirilmektedir.
Hediyeler ve Aynı Yardımlar	Sağlık hizmeti sunuculara yapılan nakit olmayan ödemelerdir		Tüm hediyeler ve aynı yardımlar informal ödemeler olarak nitelendirilmektedir.

**Kaynak:** Tatar, M., Özgen, H., Şahin, B., Belli, P. ve Berman, P. (2007) Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. *Health Affairs*, 26(4): 1032.

### 2.2.3. İnfomal Ödemelerin Nedenleri

İnfomal ödemeler, ücretsiz verilmesi gereken hizmetler karşılığında ödeme talep edilmesi halinde ödemeyi kabul veya ret etme gibi çeşitli şekillerde olabilmektedir. Farklı kişiler, farklı zamanlarda, farklı sebeplerden dolayı infomal ödeme yapabilmektedir. İnfomal ödemelerin ana nedenleri şükran göstergesi, daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve hizmete daha hızlı erişime isteğidir. Bu tür resmi olmayan ödemeler, hastaların sosyo-ekonomik durumlarına bakılmaksızın, tüm hasta gruplarında gözlemlenmektedir (European Commission, 2013: 31):

İnfomal ödemelerin nedenleriyle ilgili literatür incelendiğinde birbiri ile bağlantılı birden çok faktörün bu tür uygulamalara neden olduğu görülmektedir. Araştırmacılar infomal ödemelerin varlığının, sağlık sistemini doğrudan etkilemeyen kültürel, sosyal ve etik faktörlerin yanı sıra hediye verme geleneği ile açıklanabileceğini savunmaktadırlar (Gaal ve McKee, 2005; Thompson ve Witter,

2000; Tomini ve Maarse, 2011). Ancak kültürel ve ahlaki faktörlerin yanı sıra sağlık hizmeti sunucuları da hastalardan bu tür ödemeler talep etmektedir. Bu nedenle informal ödemelerin nedenleri hem bu tür ödemeleri yapan hem de alan açısından ele alınmalıdır.

Vian ve arkadaşları (2006: 880) yaptıkları çalışmada hem hizmet sunucularının informal ödemeleri kabul etmelerinin, hem de hastaların böyle bir ödeme yapmayı teklif etmelerinin nedenleri üzerinde durmuşlardır. Hem informal ödemeyi talep eden hem de teklif edenler açısından informal ödemelerin nedenleri Tablo 2.4’de verilmiştir.

**Tablo 2.4:** Hastalar ve Hizmet Sunucuları Açısından İnfomal Ödeme Nedenleri

<b>Hizmet sunucuların informal ödeme talep etme veya kabul etme nedenleri</b>	<b>Hastaların informal ödeme teklif etme veya verme nedenleri</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finansal sorunlar, düşük maaşlar,</li> <li>• Daha yüksek yaşam standardına sahip olma isteği,</li> <li>• Pazar yönelimi (sağlık hizmeti bir pazardır, insanlar ödeme yapmalıdır),</li> <li>• Sosyal bağlantı veya kişisel ilişkilerin zayıf olması,</li> <li>• Hastalar hediye vermek ya da ödeme yapmak istediklerinde hastalara hakaret etmiş olmamak,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hizmet sunucularının maaşlarının düşük olmasını kabul etmek,</li> <li>• Kendini güvende hissetme isteği,</li> <li>• Hizmet sunucusunu, daha fazla özen göstermesi ve daha iyi hizmet sunması için motive etmek,</li> <li>• Ödeme yapılmaması durumunda daha düşük standartta hizmet almaktan korkmak,</li> <li>• Ödeme yapılmaması durumunda hiç sağlık hizmeti alamamaktan korkma,</li> <li>• Daha yakın bir hasta-doktor ilişkisi kurmak,</li> <li>• Hizmeti kolaylaştırmak veya hızlandırmak,</li> <li>• Minnettarlıktan dolayı hizmet sunucusunu ödüllendirme isteği</li> </ul>

**Kaynak:** Vian, T., Grybosk, K., Sinoimeri, Z. ve Hall, R. (2006). Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 62(4): 877-887.

Tablo 2.4’te de görüldüğü gibi hizmet sunucuları daha çok maddi gerekçelerle informal ödemeleri talep veya kabul ederken, hastalar daha çok kaliteli/iyi hizmet alamamaktan korktukları ve hizmetlere daha hızlı erişim sağlamak istedikleri için bu tür ödemeler teklif etmektedirler.

Bazı araştırmacılar ise informal ödemelerin nedenlerini i) sağlık hizmetlerinin yetersiz finansmanı, hizmet kalitesinin, hizmete erişimin ve yönetimin zayıflığı gibi sağlık hizmetinden kaynaklanan sebepler, ii) hesap verebilirlik ve şeffaflığın olmamasının yanı sıra, yönetişimin zayıf olması ve böylece hukukun üstünlüğünün



tesis edilmemesi ve hasta haklarının yeterli şekilde uygulanamaması gibi devletten kaynaklı sebepler ve iii) hastalar tarafından gerçekleştirilen “hediye verme” geleneği gibi tüketiciden kaynaklanan sebepler olmak üzere üç şekilde ele almaktadır (Allin vd., 2006; Lewis, 2007; Rechel ve McKee, 2009; Thompson ve Witter, 2000).

Literatürde informal ödemelere neden olan faktörler genellikle sağlık sistemi faktörü, sosyal ve kültürel faktörler, ekonomik faktörler, politik ve düzenleyici faktörler olmak üzere dört boyutta ele alınmaktadır (Gaal ve McKee, 2005; Tambor vd., 2010; Tomini, 2011). Bu boyutları oluşturan faktörler ve informal ödemelere yönelik olası etkileri aşağıda verilmiştir:

**Sağlık sistemi** boyutu, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve politikası, sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu, sağlık hizmeti sunucuları gibi faktörlerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri için ayrılan fonların yetersiz olması ve sağlık hizmeti sunumunda yeterli düzeyde verimlilik ve eşitliğin olmaması hem hizmet sunucularını hem de hastaları informal ödemelere teşvik etmektedir. Hizmet sunucularının gelirlerini artırmak; hastaların ise daha kaliteli hizmet almak için bu tür ödemeler yapmalarına sebep olmaktadır.

**Sosyo-kültürel çevre** boyutu, nüfusun demografik yapısı, eğitim düzeyi, yolsuzluk ve informal ödemelere yönelik tutumları, hediyelere yönelik kültürel inançları gibi faktörlerden oluşmaktadır. İnformal ödemeler, genellikle gerçekleştiği toplumun hediye verme kültürü ve bu ödemelerin sosyal açıdan kabul edilebilirliği ile ilişkilendirilebilir. Kişilerin informal ödemelere yönelik algı ve tutumlarını değiştirme yetenekleri, eğitim düzeylerine ve demografik faktörlere bağlı olabilmektedir.

**Ekonomik ve işgücü çevresi** boyutu iş imkanı, ekonomik gelişmişlik oranı, informal ekonominin boyutu ve gelir düzeyi gibi faktörlerden oluşmaktadır. Ekonomik büyüme, hem gri ekonomiye hem de informal işlemlere olan ihtiyacı azaltmaktadır. İyi işleyen bir işgücü piyasası, çalışma koşullarından ve geri ödemelerden memnun olmayan hekimlere alternatifler sunabilir.

**Politik ve düzenleyici çevre** boyutu ise, politika, yönetim ve etik gibi faktörlerden oluşmaktadır. Politika ve yönetimdeki iyi uygulamalar, rüşvetin olmadığı bir ortamın oluşturulmasını kolaylaştırmaktadır. Etik açıdan düzenlemelerin

eksik olması informal ödemeler için elverişli bir ortam oluşmasına yol açabilmektedir.

Miller ve Vian (2010: 1-2) informal ödemelerin nedenlerini, informal ödemeleri (i) kullanıcı katkıları, (ii) ek hizmetler için yapılan ödemeler, (iii) görevin kötüye kullanması ve (iv) hediyeler olmak üzere 4 türe ayırarak incelemişlerdir. Buna göre informal ödemelerin ilk türü, devlet tarafından yeterince finanse edilmeyen hizmetler için, hastalar tarafından verilen katkı paylarıdır. Hastalar, personele geçinmesine yetecek kadar bir ücret ödenmediğini veya kurumlara, beklenen hizmetleri yerine getirmek için yeterli bir bütçe sağlanmadığını düşünerek gönüllü olarak bu ödemeleri yapmaktadırlar. Ancak hizmet sunucuları bu ödemeleri almada isteksizdirler. Informal ödemelerin ikinci türü, devlet tarafından sağlanan teminat paketinden öte ek hizmetler elde etmek için yapılan ödemeleri içermektedir. Hastalar uzun bekleme sürelerinden kaçınmak veya tek oda gibi ekstra ayrıcalıklar elde etmek için bu tür ödemeleri teklif edebilmektedirler. Üçüncü tip informal ödeme ise, hizmet sunucularının kendilerini zenginleştirmek için görevlerini kötüye kullanmalarını ifade etmektedir. Örneğin sağlık çalışanlarının, ödeme yapılmadıkça bir hastayı tedavi etmeyi reddetmeleri, bu tür görev ihlallerinin ortaya çıkmasına neden olur. Son olarak informal ödemelerin dördüncü tipi, minnettarlığını ifade etmek isteyen bir hasta tarafından büyük bir mali sıkıntı yaratmadan özgürce verilen hediyelerdir.

Nekoeimoghadam ve arkadaşları (2013) hastaların informal ödeme yapma nedenlerini kültürel nedenler, hizmet kalitesi ile ilgili nedenler ve yasal nedenler olmak üzere üç boyutta ele almışlardır. Bu boyutlar ve boyutları oluşturan ifadeler aşağıda yer almaktadır.

***Hastaların informal ödeme yapmasına neden olan kültürel faktörler,***

- Şükran göstermek
- İnsan sağlığının önemli olması
- Bu tür ödemelerin toplum tarafından kabul gören bir uygulama olması
- Sahip olunan hakları bilmemek

***Hastaların informal ödeme yapmasına neden olan hizmet kalitesi ile ilgili faktörler,***

- Asistan hekimler tarafından muayene edilmek istememek
- Kaliteli ve hızlı bir şekilde hizmet almak
- Özellikle alanlarda (ameliyat, MR vb.) hizmet almak
- Hizmet almak için sıra beklemek istememek
- Tanınan/bilinen bir doktor tarafından muayene edilmek
- İyi ve tam sağlık hizmeti alamamaktan korkmak

***Hastaların informal ödeme yapmasına neden olan yasal faktörler,***

- Hukuki düzenlemelerin yeterli olmaması
- Şikayet kanallarının yeterli olmaması

İnformal ödemelerin nedenlerine bakıldığında genel olarak hem hizmet kullanıcılarının hem de hizmeti sunanların, bu ödemelerin ortaya çıkmasında etkili olduğu görülmektedir. Hizmet kullanıcıları daha çok kaliteli ve iyi bir hizmet almak istedikleri ve hediye vermeyi kültürel bir olgu olarak gördükleri için informal ödemeler yapmakta iken, hizmet sunucuları daha çok maaşlarının yetersiz olması gerekçesiyle bu tür ödemeleri beklenmekte ve talep edebilmektedir. Ayrıca hükümetin informal ödemelere yönelik gerekli yasal düzenlemelerinin olmaması, hastaların sahip oldukları hakları bilmemeleri de bu tür ödemelerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.

İnformal ödemeler doğası, kökeni gereği ve birçok toplumda kültürel bir unsur haline gelmesi nedeniyle sağlık sisteminden tamamen soyutlanamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında yayımladığı bir raporda informal ödemelerin, kamu çalışanlarına yasal koşulların dışında yapıldığını ve birçok ülkede bu tür ödemelere göz yumulduğunu vurgulamıştır. Ayrıca informal ödemelerin bir yolsuzluk türü olduğunu ve gelir düzeyi düşük kişilerin sunulan sağlık hizmetinden yeterli payı almalarına engel olduğunu, sağlık hizmetleri finansmanının daha adil koşullar altında yapılması ve önceliklerin belirlenmesinde bozucu etkide bulunduğunu belirtmiştir (Şahin vd., 2017: 23-24). Bir sonraki bölümde informal ödemelerin hem sağlık

hizmetine erişim hem de sağlık hizmeti piyasasının işleyişi üzerindeki etkileri üzerinde durulmaktadır.

#### **2.2.4. İnfomal Ödemelerin Sonuçları**

Devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesindeki başlıca nedenlerden biri, hastalık riskini nüfusun genelinde toplamak ve dolayısıyla hem sağlıklı, hem de hasta ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin bedelini karşılayamayanlar arasında eşitliği sağlamak için kaynakları bir havuzda toplamaktır. Ancak infomal ödemeler bu amacın baltalanmasına yol açarak, sağlık sektöründe faaliyet gösteren özel ve düzensiz bir sistemi etkili hale getirebilmektedir (Lewis, 2000: 9).

İnfomal ödemeler, sağlık sisteminin verimsizliğini, yolsuzluğu, katastrofik sağlık harcamalarını ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri artırabilir, güven ve şeffaflığı azaltabilir. Aynı zamanda, hastalığın maliyetleri ve hastanın masrafları hakkında yanlış bilgi sağlayarak yanlış kararlar ve politikalar oluşturulmasına da yol açabilir (Thompson ve Witter, 2000: 169-187).

İnfomal ödemelerin en olumsuz etkisi, sosyo-ekonomik gruplar arasında oluşabilecek eşitsizliktir. İnfomal ödemeler, ödeme yapamayan kişilerin hizmetlere erişimini kısıtlayabilmekte ve gerekli hizmetleri çok pahalı hale getirebilmektedir (Lewis, 2000: 9). Bu tür ödemelerin bir uygulama haline gelmesi, gayri resmi ödeme gücü olmayan kişilerin tedaviyi ertelemesine veya tedaviden tamamen vazgeçmesine yol açabilmektedir (Pavlova vd., 2010: 6). Yapılan çalışmalar, daha düşük gelir düzeyine sahip hastaların, gelir düzeyi yüksek hastalara göre daha fazla infomal ödeme yaptıklarını ve katastrofik sağlık harcamalarıyla daha çok karşılaştıklarını ortaya koymuştur (Szende ve Culyer, 2006: 262-271). Pavlova ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, gelir düzeyi düşük olan bireylerin, gelir düzeyi yüksek olan bireylere göre altı kat daha fazla infomal ödeme yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır (Pavlova vd., 2010: 6).

İnfomal ödemeler ayrıca sağlık sisteminin işleyişini bozarak sağlık reformlarının yapılmasına engel olabilir. Hastalar tarafından yapılan bu tür ödemeler, belirli bir grup hekime verilen teşvikler olarak görülmektedir. Ancak, infomal ödemelere paralel olarak, sağlık çalışanları ve sağlık kurumları sundukları hizmetler

karşılığında resmi bir geri ödeme (kamu fonları) almaktadır. Bu nedenle informal ödemeler, sağlık hizmeti sunumunun ve kamu kaynaklarının etkin kullanımını amaçlayan reformların yapılmasına engel olabilir (Stepurko, 2013: 7). Bu tür ödemelerin gayri resmi bir niteliğe sahip olması, kamu politikalarının rolünü azaltmakta ve kaynak tahsisi kararlarının kamu yararına yapılma olasılığını azaltmaktadır (Lewis, 2000: 9). Ayrıca informal ödemeler, kamu sektörü hedeflerini ve faaliyetlerini desteklemek için gerekli olan gelirlerin tükenmesine yol açarak sağlık finansmanı sistemlerini de olumsuz etkilemektedir (Ensor, 2004: 238).

İnformal ödemeler, kayıt dışı oldukları için politika oluşturma konusunda bir problem oluşturmakta ve bu nedenle, bir ülkedeki özel harcamaların gerçek boyutunu tahmin etmeyi engellemektedirler. Ayrıca bu tür ödemeler, sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmayı amaçlayan politikaları da olumsuz yönde etkileyebilir. Örneğin, informal ödeme yapılmaması doktorların teşhis ve tedavi hakkında ayrıntılı bilgi verme konusunda isteksiz olmalarına, hastayı en uygun uzmana yönlendirmekten kaçınmalarına veya hastayı göz ardı etmelerine neden olabilir. Ayrıca doktorların, kime ne tür bir sağlık hizmeti sunacaklarına dair kararlarını da etkileyebilir (Stepurko, 2013: 7).

İnformal ödemeler ayrıca, sağlık hizmeti sunumunu da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu etkiler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (Tomini, 2007: 10):

- İnformal ödemeler, sağlık hizmetlerine erişim için bir engel oluşturabilir ve bu nedenle fakir bireylere yönelik bir ayrımcılığa temel oluşturabilir.
- Sağlık personelinin, ödeme yapılmadığı için gerekli sağlık hizmetini sunmamasına yol açabilir.
- Sağlık personeli, ödeme yapan hastayı memnun etmek için gereksiz hizmetler sunmak zorunda olduğunu hissedebilir.
- İnformal ödeme yapan hastaların sevk sistemine uymamaları, sağlık sistemlerinin etkililik ve verimliliğini tehlikeye sokabilir.
- Genelleştirilmiş ve kabul görmüş informal ödemeler, ülkedeki kayıt dışılığın derecesinin daha da kötüleşmesine ve ülkedeki diğer yolsuzluk türlerinin artmasına neden olabilir.

Mæstad ve Mwisongo (2007: 2-3) ise informal ödemelerin, sağlık hizmetlerinin kalitesini hem olumlu hem de olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir.

***Mæstad ve Mwisongo'ya göre informal ödemelerin hizmet kalitesi üzerindeki olumlu etkileri:***

- Sağlık çalışanları, hizmet sunumu karşılığında bir ödöl almadıklarında hizmetin kalitesini en aza indirebilmektedirler. Bu nedenle informal ödemeler, hizmet kalitesini artırmak amacıyla sağlık çalışanlarının daha fazla çaba sarf etmesini sağlayabilir.
- İnformal ödemeler, sağlık çalışanlarının gelirlerinin artmasını sağlamaktadır. Böylece sağlık çalışanlarının gelirlerini artırmak amaçlı alternatif işler yapma zorunlulukları ortadan kaldırılarak hem toplam sağlık çalışanı sayısını hem de her çalışanın hizmet sunumuna ayırdıkları toplam süre artırılabilir.
- İnformal ödemeler, sağlık çalışanları arasında, kaliteli hizmet sunma konusunda rekabet yaratır. Bu tür ödemeler, sınırlı bir şekilde paylaşılan gayri resmi ödemelerden pay almak isteyen sağlık çalışanları arasında kaliteli hizmet sunma konusundaki rekabeti artırılabilir.

***Mæstad ve Mwisongo'ya göre informal ödemelerin hizmet kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri:***

- İnformal ödemeler, yapay kıtlıkların oluşmasına neden olabilir. Bu tür ödemeleri alma ihtimali olan sağlık çalışanları, yapay kısıtlamalar yaratarak hizmet kalitesini düşürebilirler. Örneğin, doktorlar, hastaların bekleme süresini azaltmak için rüşvet vermeye istekli olduklarını düşünürlerse, daha yavaş çalışarak uzun kuyruklar oluşmasına ve böylece bekleme sürelerinin daha da uzamasına neden olabilirler.
- İnformal ödemeler sağlık çalışanlarının birbirlerinden daha yüksek bir ödeme payı beklemelerine neden olabilir. Sağlık çalışanları, meslektaşlarının aldıklarından daha büyük bir pay almayı bekledikleri için kalite düzeyini düşürebilirler. Örneğin doktorlar hemşirelere, hastanın memnuniyetini sağlamak için gereken hizmetleri sağlama konusunda bağımlıdırlar. Bir hemşirenin, doktorun rüşvet aldığından ve kendisiyle paylaşmadığından şüphelenmesi hastaya gereken özeni göstermemesine neden olabilir.

- İnfomal ödemeler sağlık çalışanlarının eşik düzeyin altında bir kalitede hizmet sunmalarına yol açabilir. Sağlık çalışanlarının, herhangi bir ödeme yapılmaksızın hizmetleri belli bir “eşik” düzeyde sunmaları amacıyla bazı etik standartlar geliştirilmiştir. Hastalar normalde yalnızca bu eşik değerin üstünde kalan hizmetler için infomal ödeme yapmaktadırlar. Ancak hastaların, hizmetlerin gerçek eşik değeri hakkındaki bilgileri sınırlıdır. Bu nedenle, bir sağlık görevlisi hastaları eşik değerin düşük olduğu konusunda (örneğin, hastaya dostça davranmamak, işini çok yavaş yapmak vb.) ikna edebilirse, hastalar belli bir hizmet düzeyini elde etmek için daha fazla ödeme yapmaya istekli olabilirler.

Gaal ve McKee (2005) ise, infomal ödemelerin, hastaların bireysel olarak daha kaliteli hizmet almalarına katkıda bulunmasına rağmen, sağlık sektöründe genel olarak klinik kalitenin iyileştirilmesine önemli ölçüde katkıda bulunmadığını vurgulamışlardır (Gaal ve McKee, 2005). Çünkü bazen, bazı hastalar hemşirelere ödeme yapmak yerine, iğnelerini aile bireylerine yaptırabilmekte ve doktorlar da tıbbi fayda sağlayacak yöntemler yerine, gelirlerini artıracak yöntemleri hastalarına tavsiye edebilmektedir. Hatta bazı sağlık çalışanları, sağlık sistemlerine yatırım yapmak (ör., yeni tıbbi ekipman satın almak) için değil, kendi özel kazançlarını artırmak amacıyla bu tür ödemeleri kabul etmiş olabilirler (Belli vd., 2004; Gaal vd., 2006; Kornai, 2000; Mæstad ve Mwisongo, 2011). Bu da klinik bakım kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine yol açabilmektedir (Nekoeimoghadam vd., 2013: 158). Ayrıca infomal ödemeler, sağlık çalışanlarının iş tatminini de olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü bu tür ödemeler, genellikle sağlık çalışanları arasında eşit bir şekilde dağıtılmamaktadır. Ödemelerin çoğu genellikle doktorlara yapıldığından, diğer sağlık çalışanları bu ödemelerden hiç pay almayabilmektedir. Bu da çalışanların iş doyumunun azalmasına yol açmaktadır (Stringhini vd., 2009: 53).

Nekoeimoghadam ve arkadaşları (2013: 160-161) tarafından hem hizmet sunucuları, hem hastalar, hem de memurlar ile yapılan nitel çalışmada infomal ödemelerin hekim ve hasta arasındaki ilişkilerin yok olmasına ve hastaların hekimlere olan güvenlerinin azalmasına yol açtığı; sağlık sisteminin genel performansına zarar verdiği; cepten yapılan harcamaların artmasına yol açarak, bazı hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engellediği ve bazı hane halklarının

katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalmasına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Stringhini ve arkadaşları (2009) ise, Tanzanya sağlık sektöründeki informal ödemelerin yapısını inceledikleri çalışmalarında informal ödemelerin hastalar tarafından başlatıldığı ve bu tür ödemelerin doktorları, hastalara karşı daha savunmasız hale getirdiği için doktorların motivasyonlarının düşmesine sebep olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Ancak bazı araştırmacılar, informal ödemelerin olumsuz yönlerinin yanı sıra aşağıdaki bazı olumlu yönlerine vurgu yapmışlardır (Balabanova ve McKee, 2002; Chawla vd., 1998):

- Hastalar ile hizmet sunucuları arasındaki ilişkilerin güçlenmesini sağlar,
- Personelin moralini yükseltir,
- Sağlık çalışanlarının kamu sisteminden çıkmasını engeller,
- Hastaların, onları memnun eden hizmet sunucularına duydukları saygıyı göstermelerine fırsat tanır

İnformal ödemelerin sonuçları göz önüne alındığında, informal ödemelerin hem hizmet kalitesi, hem sağlık politikalarını, hem sağlık reformlarını hem de eşitliği olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bu ödemelerin ortadan kaldırılması için gerekli stratejilerin tasarlanması ve bu stratejilerin başarılı bir şekilde uygulanması gerekmektedir.

### **2.2.5. İnformal Ödemeleri Önleme/Azaltma Stratejileri**

İnformal ödemelerin birçok ülkede giderek yaygınlaşması ve yarattığı olumsuz etkiler hükümetleri ve toplumları bu ödemeleri ortadan kaldırmaya yönelik somut adımlar atmaya itmiştir. İnformal ödemeleri azaltmaya veya önlemeye yönelik stratejilerin hasta ve hizmet sunucularını yöneltten faktörler, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman yapısı, mevcut kaynaklar dikkate alınarak hazırlanması o stratejilerin etkili olması açısından önemlidir. Miller ve Vian (2010: 2-3) informal ödemeleri azaltmak için uygulanması gereken stratejileri aşağıdaki şekilde açıklamışlardır:

**Hizmet sunucularının ücretlerini artırma:** Düşük maaşlar genellikle hizmet sunucularını informal ödemeleri talep etme veya kabul etme konusunda motive



etmektedir. Bu soruna yönelik stratejiler, informal ödeme uygulamalarını azaltabilir (Miller ve Vian, 2010: 2-3).

**Kullanıcı ücretlerinin düzenlenmesi:** Resmi olmayan ödemelerin, resmi bir ücret tarifesi ile değiştirilmesi (resmi olarak izin verilen ilaç ve yardımcı hizmetler (Smear, mamografi vd. tanı testleri gibi) için ücret alınması) bir çözüm olabilir. Bu strateji, informal ödemelerin azaltılmasında en yaygın kullanılan stratejilerden biridir (Miller ve Vian, 2010: 2-3).

**Kuralları uygulamakve suçluları cezalandırmak:** İnfomal ödemeleri önlemeye yönelik kural ve politikalar, suiistimalleri önlemek için etkili bir strateji olabilmektedir (Miller ve Vian, 2010: 2-3).

**Saydamlık ve hesap verebilirliğin artırılması:** Politikaların, hasta bilgilendirmelerinin ve şikayet kanallarının şeffaf olması informal ödemelerin azaltılmasına yardımcı olabilir. Saydamlık ve hesap verebilirlik, hastaların resmi ücret tarifesinden haberdar olmalarını, personele ne kadar ödeme yapılması gerektiğini bilmelerini ve kayıt dışı ödemelerle ilgili politikaları anlamalarını içerir. Sağlık kurumları, hastaların soru sormalarına veya istismarları bildirmelerine olanak tanımalıdır (Miller ve Vian, 2010: 2-3).

**Davranış değişikliği:** Kamu politikaları ile hastaların davranışları değiştirilmeye çalışılabilir. Hastaları, informal ödeme yapmadıklarında daha düşük kalitede hizmet almayacaklarına ya da hizmet sunucuları tarafından cezalandırılmayacaklarına inandıracak politikalar geliştirilmelidir (Miller ve Vian, 2010: 2-3).

Anti-Corruption Resource Centre (Mæstad ve Mwisongo, 2007: 4) ise hem informal ödeme uygulamalarının azaltılmasına ve ortadan kaldırılmasına yönelik, hem de de informal ödemelerin erişim ve hizmet kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmeye yönelik bazı stratejiler önermişlerdir:

**Sağlık iş gücünü elde tutabilmek için, informal ödemeler kaybını telafi etmek:** İnfomal ödemelerin ortadan kaldırılması, sağlık çalışanlarının gelirlerini azaltacağından bu kaybın telafi edilmesi gerekmektedir. İnfomal ödemeler bazı sağlık çalışanlarının toplam gelirlerinin önemli bir bölümünü oluşturabilmektedir. Bu nedenle de informal ödemelerin ortadan kaldırılması, sağlık çalışanlarına

erişilebilirliği de azaltılabilecektir. Bunu önlemek için, sağlık çalışanlarının kayıplarının, daha yüksek maaşla telafi edilmesi etkili olabilir (Mæstad ve Mwisongo, 2007: 4).

**Sağlık çalışanı sayısını artırma:** Sağlık çalışanlarının sayısının artırılması, düşünüldüğünden çok daha büyük etkiye sahiptir. Sağlık çalışanlarının sayısının artması, sırada bekleme süresinin azalmasını sağlayarak, kıt kaynakların daha fazla ödeme yapanlar arasında yeniden dağıtılmasını engellemektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının sayısının artması, informal ödemeler konusunda rekabeti artırarak hizmet kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaratabilir (Mæstad ve Mwisongo, 2007: 4).

**Rüşvetin boyutuna duyarlı bir rüşvet cezalandırma mekanizması oluşturma:** Kıt kaynakların en çok ihtiyacı olan hastalar yerine zengin hastalara tahsis edilebilme olasılığının olması ve sağlık çalışanlarının küçük ölçekli rüşvetleri kabul etmede isteksiz olmaları gibi nedenlerden ötürü rüşvetin boyutuna duyarlı bir rüşvet cezalandırma mekanizması oluşturulması informal ödemelerin azaltılmasına yardımcı olabilir. Böyle bir ceza mekanizması ayrıca, yüksek miktarda informal ödeme yapma gücü bulunmayan hastalar açısından da avantajlı olabilir (Mæstad ve Mwisongo, 2007: 4).

Pavlova ve arkadaşları (2010: 8-9) ise informal ödemeleri önlemeye yönelik tek bir çözüm yolunun olmadığını savunmuşlar. Ancak informal ödemeleri önlemeye yönelik farklı stratejilerin de, çeşitli dezavantajlarının bulunduğunu vurgulamışlardır. Uygulanması gereken stratejileri ve taşıdıkları riskleri aşağıdaki şekilde açıklamışlardır:

**Cezalandırıcı önlemler alma:** Cezalar, informal ödemeleri alan/ talep edenlere uygulanabilir. Informal ödemelerin yaygın olduğu ortamların temel özelliklerinden birisi, zayıf bir düzenleyici sistemin olmasıdır. Sağlık sektöründeki kontrol ve hesap verebilirliğin güçlendirilmesi, yolsuzlukla mücadele için gereklidir. Ancak, sağlık sisteminin finansmanı yetersiz ise, hizmet sunucularına yaptırım uygulanmasının informal hasta ödemeleri ile başa çıkmada etkili bir önlem olmasını beklemek zor olacaktır. Çünkü hizmet sunucularına yaptırımlar uygulamak, onların kamu sektöründen özel sektöre kaymalarına neden olabilir. Hükümet, sağlık hizmeti

kalitesini iyileştirmeye ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmaya yönelik yatırım yapmaya devam etmelidir (Pavlova vd., 2010: 8-9).

**Sağlık çalışanları için daha yüksek maaşlar:** Resmi olmayan hasta ödemeleri, genellikle kamu sektöründeki doktor ve sağlık personelinin düşük maaşlarını desteklemek amacıyla yapıldığından, doktorların ve diğer sağlık personelinin gelirlerinin artırılması bu tür ödemeleri azaltmada etkili bir alternatif olabilir. Ancak, maaşların artırılması, ülkelerdeki genel ekonomik büyümeye bağlıdır. Bu nedenle doktorların ve diğer sağlık personelinin gelirlerinin artırılması oldukça zorlu bir iştir (Pavlova vd., 2010: 8-9).

**Resmi hasta ücretlerinin uygulanması:** Gayri resmi ödeme yapan hastaların, kamu sağlık hizmetleri için resmi ücretlerin uygulanmasından yana olacağı varsayılmaktadır. Ancak, resmi ücretlerin, gayri resmi olanları ortadan kaldıramayacağına dair endişeler söz konusudur. Özellikle sağlık personelinin, informal ödeme talep etmesi durumunda bu tür ödemeler devam edecektir. Bu nedenle resmi ücret uygulamasına başlanır başlanmaz, informal ödemelerin yerini aldığından emin olunmalıdır (Pavlova vd., 2010: 8-9).

Söz konusu stratejilerin her birinin potansiyel zayıflıkları göz önüne alındığında, informal hasta ödemeleri sorunuyla baş etmede bu stratejilerin karışımından oluşan karma bir strateji uygulanması tavsiye edilmektedir. Bu stratejilerin başarılı bir şekilde uygulanması ve zayıflıklarının üstesinden gelebilme, ülkedeki koşullara bağlıdır.

## **2.2.6. Informal Ödemeler İle İlgili Yapılan Çalışmalar**

Ulusal ve uluslararası literatür taranarak ulaşılan informal ödemeler ile ilgili çalışmalardan bazıları aşağıdaki tabloda özetlenmiştir. Tablo 2.5'te çalışmaların kimler tarafından, hangi yıllarda yapıldığı, araştırmanın amacı, hangi araştırma yönteminin kullanıldığı, örneklem grubunun özellikleri ve çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Tabloda informal ödemeler konusunun yıllardır birçok araştırmacının ilgisini çektiği ve birçok ülkede çalışılmış olduğu görülmektedir. Çalışmalarda daha çok nicel araştırma yönteminin tercih edildiği ve

çalışmaların daha çok informal ödemelerin boyutunu, türünü ve nedenlerini ortaya koymak amacıyla yapıldığı görülmektedir.

Tablo incelendiğinde, informal ödemelerin birçok ülkede yaygın olduğu; bu tür ödemelerin daha çok nakit olarak, kamu hastanelerinde, hizmet alımından sonra yapıldığı ve genellikle sağlık çalışanları tarafından talep edildikleri görülmektedir. İnfomal ödemelere yönelik tutumun, ödemenin gerçekleştiği zamanla ilişkili olduğu ve hizmet sunumundan önce nakit olarak yapılan ödemelere yönelik tutumun olumsuz, hizmet sunumundan sonra hediye olarak yapılan ödemelere yönelik tutumun nispeten daha olumlu olduğu; nakit informal ödemelerin yolsuzluk, aynı hediyelerin ise şükran ifadesi olarak görüldüğü saptanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmalar incelendiğinde hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının bu tür ödemelerin ortaya çıkmasında önemli rol oynadıkları görülmektedir. Hastaların informal ödeme yapmalarının ve sağlık çalışanlarının da bu tür ödemeleri kabul/talep etmelerinin ana nedenleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

***Hastaların informal ödeme yapma nedenleri:***

- Sağlık çalışanlarına teşekkür etmek;
- Hizmetten duyulan memnuniyeti göstermek;
- İnsan sağlığını önemli bir unsur olarak görmek;
- Sevk-hastaneye yatış arasındaki süreyi kısaltmak;
- Toplumda teklif etme kültürünün bulunması;
- Yasal düzenlemelerin yetersiz olması;
- Sahip olunan hakları ve şikayetlerin nereye bildirilmesi gerektiğini bilmemek;
- Hizmet alamamaktan korkmak;
- Daha yüksek kalitede veya daha iyi hizmet almak;
- Doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarının özenli davranmasını sağlamak;
- Özellikle sağlık kuruluşlarından veya doktorlardan tedavi hizmeti almak.

***Sağlık çalışanlarının informal ödemeleri kabul/talep etmelerinin nedenleri:***

- Düşük gelir düzeyi ve maaşlar;

- Düzenlemelerin ve denetimlerin eksikliği;
- Sağlık sisteminin yetersizliği;
- Bu tür ödemelerin normal bir uygulama olarak algılanması.



**Tablo 2.5:** İnfomal Ödemeler İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Yazar-Yıl	Araştırmanın Amacı	Kullanılan Yöntem	Katılımcılar	Sonuç
Aboutorabi vd., 2016	Tahran Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı hastanelerde infomal ödemelerin sıklığını ve belirleyicilerini incelemek	Nicel Araştırma, Anket Yöntemi	Bu hastanelerden taburcu olan 300 hasta	Katılımcıların %21'i çalışanlara infomal ödeme yaptıklarını belirtmişlerdir. İnfomal ödeme yapanların %4'ü, bu tür ödemelerin hastane çalışanları tarafından talep edildiğini belirtmişlerdir. İnfomal ödeme sıklığı ile medeni durum ve hastane türü arasında ilişki olduğu, infomal ödemelerin daha çok nakit olarak hastane hizmetlilerine daha iyi hizmet almak için yapıldığı ve yerleşim yeri ve sigorta durumu gibi sosyo-demografik özellikler ile infomal ödemeler arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
Nekoeimoghadam vd., 2013	İnfomalödemelerin neden, nasıl ve ne şekilde gerçekleştiğini araştırmak	Nitel araştırma	30 hasta, 12 hizmet sunucusu, 3 kamu memuru	Hizmetten duyulan memnuniyeti göstermek, sağlığın önemli bir faktör olması ve toplumda teklif etme kültürünün olması, kaliteli hizmet almak isteme ve bu tür ödemelere yönelik yasal düzenlemelerin yetersiz olması gibi sebepler hastaların infomal ödeme yapmasına neden olmaktadır. Ücretlerin yetersiz olması, yapısal ve ahlaki nedenler ve yetkilerini ortaya koyma gibi sebepler ise hizmet sunucularının bu tür ödemeler talep etmesine neden olmaktadır.
Stepurko vd., 2013	Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinde (Bulgaristan, Macaristan, Litvanya, Polonya, Romanya ve Ukrayna) infomal ödemelere yönelik kamu algısını karşılaştırmak	Nicel Araştırma, Anket Yöntemi	Her ülkeden en az 1000 kişi olmak üzere toplam 6052 kişi	Her ülke için katılımcıların yaklaşık %35-60'ının infomal ödeme yaptığı ve nakit infomal ödemelerin yolsuzluk olarak; aynı hediyelerin ise şükran ifadesi olarak algılandığı sonucuna varılmıştır.

Strighini vd., 2009	Tanzanya'nın Kibaha kentinde informal ödemelerin olup olmadığını, varsa nasıl oluştuğunu ortaya koymak ve informal kazançların sağlık çalışanlarının motivasyonunu ve kalıcılığını nasıl artırdığını değerlendirmek	Nitel araştırma, Odak Grup Çalışması	Sağlık sisteminde farklı düzeylerde bulunan üç sağlık kuruluşunda dokuz odak grubu ile gerçekleştirilmiştir. Odak grup tartışmalarına toplam 64 sağlık çalışanı katılmıştır.	Katılımcılar informal ödemeler ile iş doyumunu ve daha yüksek motivasyon arasında negatif bir ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir. Ayrıca katılımcılar, rüşvet verildikten sonra hastalar tarafından köleleştirildiklerini ve bunun benlik saygısı kaybına yol açtığını ve suç işlediğinin ortaya çıkacağını düşünüp yaşadıkları korkunun en büyük demotivasyon faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Informal ödemelerin sağlık çalışanlarının kamu sisteminde tutunmalarını sağlamada etkili olmadığı da ulaşılan sonuçlar arasındadır.
Stepurko vd., 2015	Post-Sovyet ülkeler olan Litvanya ve Ukrayna ile Post komünist ülke olan Polonya'da halkın, informal ödemelere yönelik tutumlarını ve bu tür ödemeler ile ilgili yaşadıkları en son deneyimleri ortaya koymak,	Nicel Çalışma, Anket yöntemi	Her ülkeden 1000 kişi olmak üzere 3000 kişi	Litvanya ve Ukrayna'ya kıyasla Polonya'daki informal ödemelerin oranının daha düşük olduğu ve informal ödemelere yönelik tutumun daha olumsuz olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca nakdi informal ödemelere yönelik tutumların oldukça olumsuz (Litvanya'da % 72, Ukrayna'da % 75 ve Polonya'da % 78) olduğu ancak aynı informal ödemelere yönelik tutumun nispeten daha az olumsuz olduğu (Litvanya'da %45, Ukrayna'da %52 ve Polonya'da %61) sonucuna da ulaşılmıştır.

<b>Habibov ve Cheung, 2017</b>	29 geçiş ülkesindeki (Arnavutluk, Ermenistan, Azerbaycan, Belarus, Bosna, Bulgaristan, Hırvatistan, ek Cumhuriyeti, Estonya, Gürcistan, Macaristan, Kazakistan, Kosova, Kırgızistan, Letonya, Litvanya, Makedonya, Moldova, Moğolistan, Karadağ, Polonya, Romanya, Rusya, Sırbistan, Slovakya, Slovenya, Tacikistan, Ukrayna ve Özbekistan) informal ödemeleri değerlendirmek	Nicel alışma, Anket yöntemi	31.021 kişi	Eski Sovyetler Birliği lkeleri, özellikle Kafkasya ve Orta Asya'daki lkelerde informal ödeme oranlarının en yüksek olduğu, bunu sırasıyla Güney Avrupa ve Doğu Avrupa lkelerinin izlediği sonucuna varılmıştır. Informal deme oranı en düşük olan lke Slovenya (% 2.7) ve en yüksek olan ülke ise Azerbaycan (% 73.9)'dır. Ayrıca hanelerin gelir düzeylerinin yüksek olması ve düşük hizmet kalitesi ile bağdaştırılan uzun bekleme sürelerinin olması, ilaçların ve personelin eksikliği, kötü muamele gibi nedenlerin informal ödeme oranlarının artmasına neden olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.
--------------------------------	--	------------------------------	-------------	---



Belli vd., 2002	<p>Çalışmanın ana amacı Gürcistan'da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Cepten ödemelerin kapsamını ve dinamiklerini anlamak;</li> <li>* Neden oluştuklarını açıklamak;</li> <li>* İnformal ödemelerin hem sağlık hizmeti sunucuları hem de sağlık hizmeti kullanıcıları açısından, özellikle erişim ve algılanan kalite üzerindeki sonuçlarını anlamak.</li> </ul>	Nitel Araştırma, derinlemesine görüşme	40 sağlık hizmeti sunucusu, 99 hasta	<p>Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödeme yapma nedenleri Gürcü geleneğinde yer alan kültürel / sosyal örüntülere dayanmaktadır: şükran ifadesi, tedavinin reddedilmesi korkusu, doktorları destekleme isteği ve devlete güvenin olmamasıdır. Sağlık hizmeti sunucularının böyle bir ödeme almalarının sebebi ise maaşların düşük olması ve kurumların yönetiminde hesap verilebilirliğin olmamasıdır.</p> <p>Cepten yapılan ödemelerin formal veya informal olup olmadığı konusunda kesin bir çizginin olmadığı ve bunun kişilerin sağlık haklarını bilmemelerinden ve Gürcistan temel yardım paketi (GeorgianBasicBenefitPackage) dışında yer alan hizmetlerin ücretlerinin doktordan doktora farklılık göstermesinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.</p>
Tengilimoğlu vd., 2015	Türkiye'de informal ödemelerin mevcut durumunu orta koymak ve bireylerin bu tür ödemelere yönelik görüşlerini, tutumlarını ve davranışlarını incelemek	Nicel araştırma, Anket Yöntemi	1033 kişi	<p>Araştırmanın sonuçları, katılımcıların yaklaşık % 29'unun aldıkları sağlık hizmeti karşılığında informal ödeme yaptığını ortaya koymuştur. Ayrıca informal ödeme yapan her 4 kişiden üçünün düşük gelir düzeyine sahip olduğu, ödemelerin tıbbi işlemlerden önce nakit olarak, tıbbi işlemlerden sonra ise aynı olarak yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. İnformal ödeme yapanların % 41,7'si daha iyi bir hizmet için zorunlu olduğunu düşündükleri için bu tür ödemeleri yaptıklarını belirtirken,% 34'ü bunu gönüllü olarak yaptığını ve % 26.2'si ise sağlık personelinin talebi üzerine bu tür ödemeleri yaptıklarını belirtmişlerdir.</p>
Liaropoulos vd., 2008	Yunan kamu hastanelerinde informal ödemelerin büyüklüğünü ve niteliğini ölçmek ve analiz etmek,	Nicel araştırma, Anket Yöntemi	Toplam 4738 kişiden oluşan 1616 hane halkı	<p>Kamu hastanesinde tedavi gören 336 hastadan %36'sı doktora informal ödeme yaptığını belirtmiştir. İnformal ödeme yapanlardan %42'si ödeme yapmamaları halinde alt standartta hizmet almaktan korktukları için bu tür ödemeleri yaptıklarını; % 20'si doktorların böyle bir ödeme talep ettiğini belirtmiştir. Ailelerin sosyo-ekonomik özellikleri ile informal ödemelerin boyutu arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca bu çalışmada sıra atlamak isteyen hastaların informal ödeme yapma olasılığının, normal işleyişe uyan hastalara göre %72 daha fazla olduğu ve cerrahi işlemlerde bu tür ödemelerin yapılması olasılığının cerrahi olmayan işlemlere göre %137 daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Vian vd., 2006</b></p>	<p>Arnavutluk'taki sağlık planlamacılarının kamu sağlık kurumlarında meydana gelen informal ödemeleri anlamalarına yardımcı olmak amacıyla informal ödemeleri yönelten faktörleri, bu tür ödemelerin nasıl verildiğini ve uygulamanın algılanan sonuçlarını tanımlamak için tasarlanmıştır.</p>	<p>Nitel araştırma, Yarı yapılandırılmış görüşmeler ve odak grup görüşmeleri</p>	<p>*80 kişi halk (71 odak grup-9 derinlemesine görüşme) *23 doktor, 21 hemşire ve 6 yönetici olmak üzere 51 hizmet sunucusu (11 odak grup- 40 derinlemesine görüşme)</p>	<p>Sağlık çalışanlarının maaşlarının düşük olması; insan sağlığının her türlü maddi bedele değer olması; sağlık hizmeti alamamaktan korkma; daha iyi sağlık hizmeti alma isteğine memnuniyeti göstermek amacıyla hediye verme kültürünün var olması Arnavutluk'ta informal ödemelere neden olan faktörler olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca kamuoyu üyeleri, informal ödemelerin hizmet alım sürecinde belirsizlikler ve endişeler yarattığını; hizmet sunucuları ise bu tür ödemelerin profesyonel itibarlarını zedelediğini, gereksiz tıbbi müdahalelere yol açtığını vurgulamışlardır.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Baji vd., 2013</b></p>	<p>Macaristan'da sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere yönelik tutumlarını ortaya koymak</p>	<p>Nicel araştırma, Anket Yöntemi</p>	<p>1037 sağlık hizmeti kullanıcısı</p>	<p>Katılımcıların informal ödemelerle ilgili üç farklı tutumu olduğu belirlenmiştir: informal ödemeleri kabul etme, informal ödemelerden kuşku duyma ve informal ödemelere karşı olma. Bu tür ödemeleri kabul edenler (çoğunlukla başkentte yaşayan genç veya yaşlı insanlar) bu ödemeleri şükran ifadesi olarak gördüklerini ve sağlık sisteminin finansmanının zayıf olması nedeniyle bu tür ödemeleri kaçınılmaz olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. İnformal ödemelerden şüphe duyanlar (çoğunlukla başkent dışında yaşayan, yüksek öğrenim gören ve hanehalkı gelirleri yüksek olan kişiler) bu ödemelerin kaçınılmaz olup olmadığı konusunda kararsız olduklarını, bu tür ödemeleri şükran ifadesi olarak değil yolsuzluk olarak algıladıklarını ve bu ödemeleri önlemek için özel hizmetleri kullanmayı tercih edebileceklerini belirtmişlerdir. İnformal ödemelere karşı olanlar ise (çoğunlukla düşük gelirli hane halklarındaki erkekler) bu tür ödemeler konusunda en az hoşgörülü olan ve bu tür ödemeleri kabul etme olasılığı en az olan gruptur. Bu gruptaki bireyler informal ödemeleri bir yolsuzluk uygulaması olarak görmekte ve sağlık sisteminin finansmanının zayıf olması nedeniyle bu ödemelerin kaçınılmaz olduğunu kabul etmemektedir.</p>

Balabanova ve McKee, 2002	Bulgaristan sağlık sektöründe informal ödemelerin ölçütlerini ve belirleyicilerini değerlendirmek ve ödemelerin özelliklerini, zamanlamalarını ve ödeme nedenlerini belirlemek.	Nitel ve nicel araştırma	1547 kişi ile anket; 58 kişi (25 doktor, 33 hizmet kullanıcısı) ile yarı yapılandırılmış görüşme	Erkek katılımcıların %19'unun ve kadın katılımcıların ise % 22'sinin bir kamu sağlık kuruluşunda en az bir hizmet için informal ödeme yaptığı veya hediye verdiği; hediyelerin, nakit ödemelerden daha yaygın olduğu; bu tür ödemelerin iyi bilinen bir hastane veya doktora yaptırılan ameliyat ve doğumlar için ödendiği; hediyelerin çoğunun tedaviden sonra, nakit ödemelerin çoğunun ise tedavi sırasında veya sonrasında verildiği; daha zengin, daha iyi eğitilmiş, daha genç katılımcıların, daha kaliteli bir hizmet almak amacıyla daha sık ödeme yapma eğiliminde olduğu; informal ödemelerin personelin gelirlerinin düşük olmasından, hastaların daha iyi tedavi görmek istemelerinden, finansman kıtlığından ve geleneklerden kaynaklandığı; informal ödemelere yönelik tutumun ise, sağlık çalışanları tarafından talep edilmesi durumunda oldukça olumsuz olduğu, hastalar tarafından teklif edilmesi durumunda ise daha hoşgörülü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Vian ve Burak, 2006	*Arnavutluk'ta bireylerin informal ödemelere yönelik eğilimlerini, inançlarını, geçmiş davranışlarını, tutumlarını ortaya koymak *Ödeme yapmaya niyetli olan kişiler ile niyetli olmayan kişilerin tutum ve inançlarını karşılaştırmak	Nicel araştırma, Anket yöntemi	222 kişi	İnformal ödeme yapmaya niyetli olanlar ile olmayanlar arasında sosyo-demografik özellikler açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. İnfomal ödemelerin sonuçlarına dair inançlar, sosyal ve kontrol inançların bu tür ödemelere niyetli olma ile ilgili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sonuçlar ile ilgili inançlara bakıldığında, Arnavutluk'ta informal ödeme uygulamasının iki faktörden kaynaklandığı görülmüştür: Bir fayda ya da ayrıcalık elde etmek ve hizmet alımı için bu tür ödemelerin zorunlu olarak algılanması. Ayrıca bu çalışmada gelecekte informal ödeme yapmaya niyeti olanların daha hızlı ve daha kaliteli bir hizmet alacaklarındair inançlarının daha fazla olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.

Avdyli, 2010	Kosova hastanelerinde informal ödemelerin nasıl ortaya çıktığını araştırmak ve özellikle sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet kalitesi üzerindeki sonuçları hakkında daha fazla bilgi edinmek	Nitel araştırma, (derinlemesine görüşme ve odak grup görüşmesi)	*Odak Grup Görüşmesi(39 kişi) 21 Doktor 6 Hemşire 7 Hasta 5 Hasta yakını *Derinlemesine Görüşme (81 kişi) 17 Doktor 21 Hemşire 21 Hasta 22 Hasta yakını	* Çalışmada, doktorların maaşları düşük olduğu için bu tür ödemeleri kabul ettikleri, hastaların ise: - Daha yüksek kalitede hizmet almak, - Daha deneyimli ve daha çok güvendikleri bir doktor tarafından tedavi edilmek, - Hastaneye sevk ve yatış arasındaki süreyi azaltmak, - Tedaviden duydukları memnuniyeti göstermek için bu tür ödemeleri yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. * Ayrıca hastaların daha çok aşağıdaki hizmetler için informal ödeme yaptıkları da araştırma sonucunda elde edilmiştir: - Bekleme sırasına girmeden tedavi hizmeti veya hastaneye kabul almak, - Hastaneye sevk ve yatış arasındaki süreyi azaltmak, - Sırası dışında tanı ve teşhis yapılması - Yatışlarda daha iyi hizmet almak - Cerrahi müdahaleler ve cerrahi müdahale sonrası işlemler, - Anestezi hizmetleri - Buldukları hastaneden bölgedeki diğer hastaneye ambulans ile transfer * Hastalar informal ödeme yapmaları istendiği halde yapmamaları durumunda ameliyatlara için uzun süre bekleyecekleri, ameliyatın deneyimsiz cerrahlar tarafından yapılacağı ve doktor ve hemşirelerden gereken özeni göremeyecekleri riskleri ile karşı karşıya kalacaklarını vurgulamışlardır. * Doktor ve hemşireler informal ödemelerin hükümetin bu konudaki bilgisizliğinden ve ihmalkarlığından kaynaklandığını ifade etmişlerdir.
Tatar vd., 2007	Türkiye'deki informal ödemeler konusunu değerlendirmek	Nicel araştırma, Anket yöntemi	900 hane (3727 kişi)	Cepten yapılan harcamaların %25'inin informal ödeme olduğu, informal ödemelerin ise %72'sinin nakit, %27'sinin aynı katkı ve %1'inin hediye olduğu; %55,4'ünün özel sektörde, %44,6'sının kamu sektöründe gerçekleştiği; özel sektördeki ödemelerin %99'nun cerrahi müdahale içermeyen hekimlik hizmetleri için, kamu sektöründeki informal ödemelerin ise %50,6'sının ilaçlar için yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların %59,2'sinin tedavi sırasında %14,1'inin ise daha sonraki başvurularında daha iyi hizmet almak amacıyla nakit informal ödeme yaptıkları; %30'unun minnet duygusu ile hediye ödemeleri yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır.

<b>Williams vd., 2016</b>	Doğu-Orta Avrupa'da informal ödeme yapması daha olası olanların kimler olduğunu belirlemek,	Nicel Araştırma, Anket Yöntemi	15 yaş ve üzeri olan 11.100 kişi	Yapılan çalışmada Orta-Doğu Avrupa'da informal ödemelerin oranının %9 olduğu ve informal ödeme oranları en yüksek olan ülkelerin Macaristan (%10), Letonya (%7), Litvanya (%21), Slovakya (%9), Bulgaristan (%8) ve Romanya (%28) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu ülkelerde hastaların informal ödeme yapma veya tıp pratisyenlerine değerli hediyeler verme veya resmi ücretlere ek olarak hastane bağışları yapma olasılığının daha yüksek olduğu; kadınların erkeklere kıyasla sağlık hizmetleri için informal ödeme yapmalarının daha olası olduğu; işsizlerin ve fatura ödeme konusunda hiç zorluk yaşamayanların ise informal ödeme yapma olasılığının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.
<b>Moldovan ve Walle, 2013</b>	Romanya sağlık hizmetlerinde informal ödemelere yönelik tutumları ve insanların bu tutumları nasıl açıkladığını araştırmak	Nitel araştırma	2 grup seçilmiştir. * İlk grup kendisi veya herhangi bir yakını için son 12 ayda hastaneye giden 20 kişi * İkinci grup ise Tıp ve Eczacılık Üniversitesi'nde okuyan ve tıp doktoru olmaya aday olan 21 öğrenci	Hastalar ödeme yapmamaları durumunda ne olacağından korktukları veya daha iyi ve daha hızlı hizmet almak istedikleri için ödeme yaptıklarını, tıbbi personelin maaşları düşük ve finansman sistemi yetersiz olduğu için nakit veya aynı ödemelere kalkıştıklarını, kendileri ya da tanıdıkları tarafından doktorlara ya da hemşirelere bir şey sunulmadıkça hizmet alamadıkları için, bu tür ödemelerin kabul edilemez olsa bile hizmet alamamaktan duyulan korku nedeniyle gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcılardan bazıları informal ödemelerin- özellikle hediyelerin- minnet duygusunu ifade etmenin, kibar ve saygılı olmanın bir yolu olduğunu, talep edilen ödeme ile teklif edilen ödeme arasında kabul edilebilirlik açısından önemli bir fark olduğunu, hastaların teklif etmesinin, sağlık çalışanlarının bu ödemeleri talep etmesinden daha kibar olduğunu, ve ayrıca ödemelerin zorunlu olarak mı yoksa gönüllü olarak mı yapıldığının da önemli olduğunu vurgulamışlardır.
<b>Najar vd., 2017</b>	2013 yılında İran Mashhad Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı hastanelerde kalp cerrahisi bölümlerinde informal ödemeleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek	Nicel Araştırma	Daha önce kalp cerrahisinden taburcu olan 316 hasta	Katılımcıların yaklaşık %6'sının gönüllü olarak informal ödeme yaptığı, ödeme yapanların %44'ünün şükranlarını göstermek amacıyla, %31'inin ise sunulan hizmetten duyulan memnuniyeti ifade etmek amacıyla bu tür ödeme yaptığı, ödemelerin yaklaşık %75'inin sağlık hizmeti alımı sırasında gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. İnfomal ödeme yapmayanların %98'inin böyle bir taleple karşılaşmadıkları için, %73'ünün ödeme yapma gücü olmadığı için, %35'inin ise dini inançlarından ötürü böyle bir ödeme yapmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların %48'i informal ödeme yapması talep edilirse kabul etmeyeceğini belirtirken, %52'si kabul edebileceklerini ifade etmişlerdir ve %52'nin tamamı insan sağlığının önemli bir unsur olmasından dolayı böyle bir ödeme yapmayı kabul edebileceklerinin belirtmişlerdir.

<b>Parsa vd., 2015</b>	İran'da masa altı ödemeleri olarak bilinen informal ödemelerin farklı yönlerini ortaya koymak	Nitel araştırma, derinlemesine görüşme	12 tıp uzmanı	Katılımcılara göre informal ödeme alınmasının sebepleri: Ücretlerin düşük olması, yetkili kuruluşların denetim eksikliği, bazı doktorların etik kurallara uymaması, bazı doktorların finansal beklentisinin çok yüksek olması, sigorta şirketlerinin geri ödemelerinin düşük olması, doktorların kişisel mali sorunları, yaygınlığından dolayı bu tür ödemelerin normalleştirilmesi ve sağlık sisteminin yetersizliğidir. Katılımcıların büyük çoğunluğu informal ödemelerin olumsuz sonuçları olduğu konusunda hemfikirlerdir. İnfomal ödemelerin olumsuz sonuçları: Hastaların sağlık maliyetlerinde artış; Ülkenin sınırlı sağlık kaynaklarına zarar vermek; Sağlık hizmeti sunumunun fiyatında artış; Hizmet sunumunun kalitesinde azalma; Sağlık hizmetlerinde yanlış nakit akışı nedeniyle sağlık ekonomisine zarar vermek; Hekimlerin sosyal statüsünü bozmak; Yasadışı ve ahlaksız davranışların normalleştirilmesi ve yayılmasına yol açmak; Sağlık sisteminde adaletsizliklerin artması (ne kadar zenginsen, sağlık hizmetlerinden o kadar çok faydalanırsın); Gereksiz tıbbi işlemlerin yapılması; Hekim-hasta ilişkisinin bozulması
<b>Zarei vd., 2018</b>	İran Tahran'daki yataklı tedavi hizmetlerinde informal ödemelerin sıklığını ve bununla ilişkili faktörleri incelemek	Nicel Araştırma, Anket Yöntemi	ShahidBeheshti Üniversitesi Tıp Fakültesine bağlı hastanelerin kliniklerine izlem veya ameliyat sonrası bakım için başvuran 450 hasta	Katılımcıların %21'nin informal ödeme yaptığı ve bu ödemelerin %64,4'ünün kamu hastanesine, %52,4'ünün nakit olarak, %40'ının hizmet elemanına, %66,3'ünün taburcu olduktan sonra, %83,5'inin gönüllü olarak yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. İnfomal ödeme yapmayanların ise ahlaki ve yasal inançlardan ve finansal yetersizlikten dolayı böyle bir ödeme yapmadıkları da çalışmanın bulguları arasındadır. Hastaların informal ödeme yapma nedenlerine bakıldığında ise katılımcıların %41'inin çalışanlarının özenli ve dikkatli davranışlarından dolayı; %24'ünün hizmetten duydukları memnuniyeti göstermek amacıyla; %10'unun ise standartların altında hizmet almaktan korktukları için böyle ödemeler yaptıkları ortaya çıkmıştır.
<b>Setayesh vd., 2007</b>	İran-Kerman'da özel ve kamu hastanelerine başvuranların doktorlara yapılan informal ödemelere yönelik görüşlerini ortaya koymak.	Nicel Araştırma, Anket Yöntemi	Özel veya kamu hastanelerinden hizmet alan 525 hasta	Katılımcıların % 90'ından fazlasının informal ödemeler konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu ancak %87'sinin kendilerinden böyle bir ödeme talep edilmesi durumunda nereye başvurmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir. Hastalar bu tür ödemelerin kabul edilebilir olup olmadığını aşağıdaki şekilde ifade etmişlerdir: - Eğer hastalar bu ödemeleri gönüllü olarak yapıyorsa kabul edilebilir - Eğer hastalar bu ödemeleri özellikle hizmet sunumundan önce yapmaya zorlanıyor veya mecbur bırakılıyorsa kabul edilemez.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ İNFORMAL ÖDEME YAPMA NEDENLERİ VE İNFORMAL ÖDEMELERE YÖNELİK TUTUMLARI: İZMİR İLİ ÖRNEĞİ

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın kapsam ve sınırlılıkları, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, araştırmanın hipotezleri, verilerin analizleri gibi başlıklara yer verilmiştir.

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırma, İzmir ilinde sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları belirlemek ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu tür ödemelere yönelik tutumlarını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Ayrıca çalışmada sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumları ve bu ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve informal ödemelere yönelik tutumları arasında farklılık olup olmadığını ortaya koymak da amaçlanmıştır.

Türkiye’de 2018 yılı genel bütçesinin sektörlere göre dağılımına bakıldığında sağlık sektörü 5. sırada yer almaktadır (resmigazete.gov.tr). Bütçeden sağlık sektörüne ayrılan pay yüksek olmasına rağmen, cepten harcama oranlarının da yüksek olduğu görülmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, cepten yapılan harcamaların büyük bir bölümü informal ödemelerden oluşmaktadır. Bu çalışma da gelişmekte olan bir ülke olan Türkiye’nin en büyük şehirlerinden biri olan İzmir’de sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konudaki tutumlarını ve onları informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ortaya koyması açısından önemlidir. Ayrıca ulusal literatür incelendiğinde Türkiye’de informal ödemeler konusunda yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle çalışma, ulusal literatüre kaynak teşkil etmesi açısından da önem arz etmektedir.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLILIKLARI**

Sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu ödemelere yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik olarak yapılan bu çalışmanın evrenini, İzmir ilinde yaşayan ve herhangi bir amaçla, herhangi bir sağlık kurumuna (hastane) giderek sağlık hizmeti alan yetişkinler oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcıları ile yapılan bu çalışmanın kapsamı İzmir ili ile sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle araştırma sonuçlarının tüm ülke geneline genellenemez olması araştırmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır.

Ayrıca araştırma kapsamına informal ödeme yapıp yapmama kararını kendi başına alabilecek yetiye sahip kişilerin alınması ve bu nedenle 18 yaşın altında ve belli bir yaşın üzerinde olan kişilerin kapsam dışında tutulması da diğer bir sınırlılığı oluşturmaktadır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN TEKNİK VE YÖNTEMİ**

Araştırmada öncelikle literatür taraması yapılarak informal ödemelere yönelten unsurlar ve informal ödemelere yönelik tutuma ilişkin kavramsal çerçeve oluşturulmuştur. Araştırmanın kavramsal çerçeve oluşturma sürecinde kütüphaneler, süreli yayınlar, kitaplar, tezler, veri tabanları ve internetten yararlanılmıştır.

Nicel yöntemin benimsendiği araştırma kapsamında, ileri sürülen hipotezleri test etmek üzere anket yöntemiyle veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Örnekleme seçilecek kişiler, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden biri olan basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiş ve anket sorularının içeriğini, ifadelerin anlaşılabilirliğini ve anket doldurma süresinin ortalama ne kadar sürdüğünü belirlemek amacıyla 150 kişiye yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulamadan sonra ankete son hali verilmiştir.

Alan araştırması, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan gerekli izinler (**EK-1**) alınarak 2018 yılının Ocak-Nisan ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Alan araştırması yüz yüze ve topla-dağıt yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Üç ay boyunca 480 adet anket dağıtılmış ve üç ayın sonunda 425 adet kullanılabilir anket formu elde edilmiştir.



Alan araştırması sonucu elde edilen veriler, kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve IBM SPSS Statistics 24 paket programı kullanılarak çözümlenmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı analizler; güvenilirlik analizi; normallik testi; aritmetik ortalama ve faktör analizi kullanılmıştır. Analizler %95 güven aralığında yapılmış ve aritmetik ortalama sonuçları yorumlanırken Likert’li sorularda katılımcıların seçeneğe katılma düzeyinin aritmetik ortalaması 1.00-1.79 olduğunda “kesinlikle katılmıyorum”; 1.80-2.59 olduğunda “katılmıyorum”; 2.60-3.39 olduğunda “kısmen katılıyorum”; 3.40-4.19 olduğunda “katılıyorum” ve 4.20-5.00 olduğunda “kesinlikle katılıyorum” olarak yorumlanması kabul edilmiştir.

İkili karşılaştırmalarda Bağımsız Örneklem t Testi (Independent Samples t-Test) ve çoklu karşılaştırmalarda Tek Yönlü ANOVA Testi (One Way ANOVA Test) kullanılmıştır. Tek Yönlü ANOVA testi sonucunda, farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testi uygulanmıştır. Varyansların homojenliği testinin sonucuna göre varyanslar homojen ((Levene)  $p>0,05$ ) ise Post Hoc testlerinden LSD testi; varyanslar homojen değil ((Levene)  $p<0,05$ ) ise Post Hoc testlerinden Tamhane testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki doğrusal ilişkiyi test etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. İki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesini ölçmek için Pearson korelasyon katsayısı (r) kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda iki değişken arasında Pearson Korelasyon Katsayısı (r) aşağıdaki şekilde yorumlanmıştır (Sungur, 2017: 116):

<b>r</b>	<b>İlişki</b>
0,00-0,25	Çok Zayıf
0,26-0,49	Zayıf
0,50-0,69	Orta
0,70-0,89	Yüksek
0,90-1,00	Çok Yüksek

İnformal ödeme yapmaya yönelten unsurların, sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere yönelik tutumlarına etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizinde öngörülen modelin bir bütün olarak değerlendirilmesi amacıyla Enter metodu kullanılmıştır.

### 3.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, İzmir ilinde yaşayan ve herhangi bir sağlık kurumundan sağlık hizmeti alan 18 yaş üstü yetişkinler oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 yılı nüfus verilerine göre İzmir nüfusu 4.279.677 kişidir. Nüfusun yaş grubuna göre dağılımı Tablo3.1'de verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi 18 yaş ve üzeri nüfus sayısı net olarak belirlenmemiştir. Bu nedenle evren hesaplanırken 20 yaş üzeri nüfus sayısı temel alınmıştır. Buna göre araştırmanın evrenini 3.192.114 kişi oluşturmaktadır.

**Tablo3.1:** İzmir Nüfusunun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Nüfus Sayısı
0-4 Yaş	275.664
5-9 Yaş	270.977
10-14 Yaş	261.849
15-19 Yaş	279.073
20-24 Yaş	310.524
25-29 Yaş	322.177
30-34 Yaş	340.297
35-39 Yaş	370.072
40-44 Yaş	336.321
45-49 Yaş	302.599
50-54 Yaş	283.154
55-59 Yaş	256.471
60-64 Yaş	219.574
65-69 Yaş	167.095
70-74 Yaş	115.619
75-79 Yaş	78.620
80-84 Yaş	51.661
85-89 Yaş	27.351
90+ Yaş	10.579

Kaynak: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr)

Evrendeki birey sayısının bilinmesi durumunda, örneklem büyüklüğü hesaplamada aşağıda belirtilen formül kullanılmaktadır (Özdemir, 2010: 88).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Formülde kullanılan semboller aşağıda açıklanmaktadır:

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örnekleme seçilecek kişi sayısı

p: Evrendeki bir olayın gerçekleşme olasılığı

q: Evrendeki bir olayın gerçekleşmeme olasılığı

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Kabul edilen örnekleme hatası

Bu formülden yola çıkarak hesaplanan örneklem büyüklüğü +/-0,05 hata toleransı ve %95 güven düzeyinde aşağıdaki şekilde hesaplanmıştır:

$$n = \frac{3.192.114 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (3.192.114 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}$$

$$n = 384 \text{ kişi}$$

Hesaplama sonucunda örnekleme seçilecek kişi sayısı 384 kişi olarak belirlenmiştir. Alan araştırması sonucunda toplam 425 kişiden veri toplanmıştır. Dolayısıyla yeterli sayının üzerinde veri elde edilmiştir.

### 3.5. VERİ TOPLAMA ARACI

Bu araştırmada, sağlık hizmeti kullanıcılarına ilişkin demografik özellikleri belirlemede kişisel bilgi formu, sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu tür ödemelere yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik ölçüm araçları kullanılmıştır (**EK-2**). Kullanılan anket formuna ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır:

**Kişisel Bilgi Formu:** Konu ile ilgili incelenen ulusal ve uluslararası birçok araştırmının anketleri ve özellikle araştırmının amaç ve hipotezleri de göz önünde bulundurularak, araştırmacı tarafından, araştırma grubuna yönelik bazı demografik ve tanımlayıcı sorulardan oluşan kişisel bilgi formu hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formu; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, aylık gelir, yapılan iş, sağlık hizmeti almak için kullanılan finansman yöntemi, informal ödemelere yönelik düşünce ve daha önce informal ödeme yapılıp yapılmadığına ilişkin 8 ifade; yalnızca informal ödeme yapanların cevaplayacakları informal ödemenin yapıldığı kurum, kişi, informal ödemenin türü, parasal değeri, niçin, hangi hizmetler için, ne zaman, hangi tıbbi birime yapıldığına ilişkin 9 ifade ve düşünce/tutumla doğrudan ilişkili olmayan ancak tutum ve düşünceyi etkileyeceği düşünülen 7 ifade olmak üzere toplam 24 ifadeden oluşmaktadır.

**İnformel Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurları Belirlemeye Yönelik Ölçüm Aracı:** Araştırmada, İzmir ilindeki sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödemeye yapmaya yönelten unsurları belirlemek amacıyla yabancı literatür derlenerek oluşturulan ölçüm aracında 17 ifade bulunmaktadır. Ölçüm aracı 5’li Likert ölçeği kullanılarak oluşturulmuştur. Yapılan ön araştırmada, bu ölçüm aracının Cronbach Alpha değeri  $\alpha=0,951$  bulunmuştur. Bu sonuç ölçüm aracının güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

**İnformel Ödemelere Yönelik Tutumu Belirlemeye Yönelik Ölçüm Aracı:** Araştırmada İzmir ilindeki sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla ulusal ve uluslararası literatür derlenerek bir ölçüm aracı oluşturulmuştur. 16 ifadeden oluşan bu kısım 5’li Likert ölçeği kullanılarak oluşturulmuştur. Ölçüm aracında yer alan “İnformel ödemeler sağlık sektörü çalışanlarının daha özenli davranmasını ve daha fazla çaba sarf etmesini sağlar”, “İnformel ödemeler aile bütçesine fazladan mali bir yük getirir”, “İnformel ödemeler kişinin kendini aşağılanmış hissetmesine sebep olur”, “İnformel ödemeler kişinin kanunlara uymama konusunda psikolojik olarak kendini rahatsız hissetmesine sebep olur” ifadeleri negatif anlam içerdiklerinden ters kodlanmıştır (“1=kesinlikle katılıyorum”, “2=katılıyorum”, “3=kısmen katılıyorum”, “4=katılmıyorum” ve “5=kesinlikle katılmıyorum”). Yapılan ön araştırmada, bu ölçüm aracının Cronbach

Alpha değeri  $\alpha=0,877$  bulunmuştur. Bu sonuç ölçüm aracının güvenilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların ifadelerine katılma durumlarını “1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=kısmen katılıyorum”, “4=katılıyorum” ve “5=kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevaplamaları istenmiştir.

### **3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Geliştirilmesi**

İzmir ilindeki sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu ödemelere ilişkin tutumlarını belirlemeye yönelik olarak hazırlanan ölçüm araçlarının geliştirilmesinde izlenen aşamalar, Bozdoğan ve Öztürk (2008)'ün çalışması temel alınarak belirlenmiş ve her aşamada yapılan çalışmalar aşağıda ayrıntılı şekilde açıklanmıştır.

#### ***1. Aşama: Soru Havuzunun Oluşturulması***

Bu aşamada ilk olarak, sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu ödemelere yönelik tutumları ile ilgili literatür taraması yapılmış ve daha önceki çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları incelenmiştir (Balabanova ve McKee, 2002; Vian vd., 2004; Vian vd., 2006; Vian ve Burak, 2006; Tatar vd., 2007; Liaropoulos vd., 2008; Özgen vd., 2010; Nekoimoghadem vd., 2013; Bajji vd., 2013; Stepurko vd., 2014; Tengilimoğlu vd., 2015; Stepurko vd., 2015). İncelenen ölçüm araçlarından, informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve bu ödemelere yönelik tutuma dair ölçüm araçları için soru havuzu oluşturmak amacıyla yararlanılmıştır. Araştırmanın amacı ile doğrudan ilgili olan veya ilgili olduğu düşünülen olumlu-olumsuz toplam 60 ifade aday ölçek maddesi olarak ele alınmış ve böylece madde havuzu oluşturulmuştur.

#### ***2. Aşama: Uzman Görüşlerinin Alınması***

Geçerlilik kavramı, ölçüm aracının ölçülmesi amaçlanan değişkeni ne kadar doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Geçerlilik türleri kapsam, yapı ve uyum geçerliliği olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bir çalışmada ölçüm aracının özelliklerine göre bir veya birkaç geçerlilik türü kullanılabilir. Ölçüm araçlarının geliştirilmesinin bu aşamasında, kapsam geçerliliği açısından yeterlilik incelenmiştir. Kapsam geçerliliği

yapılırken, ölçüm aracında yer alan ifadelerin ölçülmek istenen şeyi temsil edip etmediğini saptamak için uzman görüşüne başvurulmaktadır (Tyler, 1971).

Buna yönelik olarak ölçüm aracı geliştirme çalışmasının bu aşamasında, sağlık yönetimi alanından 1 Profesör, 1 Doktor Öğretim Üyesi, 1 Öğretim Görevlisi, 1 Araştırma Görevlisi Doktor; yönetim ve organizasyon alanından 1 Doktor Öğretim Üyesi ve 1 dil uzmanı olmak üzere 6 uzmanın görüşleri alınmıştır. Bu uzmanlar ölçek maddelerinin amaçlanan şeyi ölçüp ölçmediğini, dilbilgisi yapısını ve anlaşılabilirliğini incelemiştir. Uzman görüşleri sonucunda toplam 60 ifadeden oluşan madde havuzundan informal ödeme yapmaya yönelten unsurlara ilişkin 17 madde, informal ödemelere yönelik tutuma ilişkin ise 16 madde uygun görülmüş ve anket formunda kullanılmak üzere seçilmiştir. Bu sayede hazırlanan ölçme aracının kapsam (içerik) geçerliliği sağlanmaya çalışılmıştır.

### ***3. Aşama: Ön Araştırmanın Yapılması***

Ölçüm aracı geliştirme sürecinin üçüncü aşaması ön araştırma aşamasıdır. Ön araştırma, anketin geçerlik ve güvenilirliğinin gözleme dayalı verilerle sorgulandığı bir aşamadır. Bir araştırma yapılırken, ön araştırma yapılması anket formundaki dil, anlam ve anlatım bozukluklarını tespit etme açısından kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca böyle bir araştırma, geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edebilmek açısından da önem taşımaktadır (Büyüköztürk, 2005: 142).

Araştırma kapsamında oluşturulan anket formunun ön araştırması, hedef kitle ile benzer özelliklere sahip olan İzmir ilinin Çiğli İlçesi'nde gerçekleştirilmiştir. Ön araştırma kapsamına alınacak bireyler belirlenirken yüksek-orta-düşük eğitim düzeyine sahip kişilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle hem üniversitede akademisyen olarak görev yapan bireylere, hem de eğitim düzeyi orta ve düşük düzeyde olan bireylere anket yapılmıştır. Ön araştırma sayesinde anlaşılmasında güçlük yaşanan ifadeler düzeltilmiş, ortalama anket cevaplama süresi hesaplanmıştır.

Klinne (1994), ön araştırmanın yapılacağı grup büyüklüğü belirlenirken ölçekteki soru sayısının göz önüne alınması gerektiğini belirtmiş ve kapsama alınacak kişi sayısının, ölçekte yer alan soru sayısının en az iki katı olması gerektiğini ifade etmiştir (akt. Bayın, 2013: 42). Bu çalışmada ön araştırma, 150 sağlık hizmeti kullanıcısı ile yapılmış ve geçerli 131 anket analiz kapsamına

alınmıştır. Uygulama sonucu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği incelendikten sonra, ölçekte son düzenlemeler yapılmıştır.

#### **4. Aşama: Geçerliliğin ve Güvenirliliğin Hesaplanması**

Ölçek geliştirmenin dördüncü aşamasında, ölçüm araçlarının geçerlilik ve güvenilirliği hesaplanmaktadır.

**a) Güvenirliliğin Hesaplanması:** Güvenirlilik; ölçme aracının tutarlı olarak her durumda benzer sonuçlar doğurmasıdır. Güvenirlilik, testin ölçmek istediği özelliği ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Bir ölçme aracının güvenilirliği için iki temel ölçüt aranmaktadır i) değişik zamanlarda elde edilen cevaplar arasında tutarlılık, ii) aynı zamanlarda elde edilen cevaplar arasında tutarlılık. Testin bu ölçütleri karşılama düzeyini incelemek amacıyla kullanılan başlıca güvenilirlik türleri (Büyüköztürk, 2004: 163-166):

- Test-tekrar test güvenilirliği
- Paralel (eşdeğer) form güvenilirliği
- İki yarı test güvenilirliği
- Madde-toplam puan korelasyonu
- Ölçmenin standart hatası
- Kuder Richardson-20 (KR-20) ve Cronbach alfa güvenilirliği şeklinde sıralanabilir.

Bu çalışmada ölçek güvenilirliğini belirlemek amacıyla, test maddelerine verilecek cevabın üç veya daha fazla olması durumunda kullanılan Cronbach Alpha güvenilirliği kullanılmıştır.

Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda informal ödeme yapmaya yönelen unsurlara ilişkin ölçüm aracı için  $\alpha=0,951$ ; informal ödemelere ilişkin tutuma yönelik ölçüm aracı için  $\alpha=0,877$  bulunmuştur. Alfa katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği:

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$  ise ölçek güvenilir değildir,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir şeklinde yorumlanmaktadır (Kalaycı, 2017: 405).

Dolayısıyla ölçeklerin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

**b) Geçerliliğin Hesaplanması:** Daha önce de bahsedildiği gibi bir ölçüm aracının geçerliliği üç şekilde incelenebilir: kapsam (içerik), yapı ve uyum. Bu aşamada kullanılan ölçüm araçlarının yapı geçerliliği incelenmiştir. Yapı geçerliliği, testin ölçülmek istenen davranış bağlamında soyut bir kavramı (faktörü) doğru bir şekilde ölçebilme derecesini gösterir. Yani yapı geçerliliği hazırlanan soruların, belirtilen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizi, iç tutarlılık analizi ve hipotez testi tekniklerinden yararlanılabilir (Büyüköztürk, 2004: 162). Bu araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının yapı geçerliliğini araştırmak amacı ile açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Faktör analizi, birbiri ile ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda, anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline getirmek amacıyla kullanılan bir tekniktir. Faktör analizi yapılırken veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği ölçütü ve Barlett testi kullanılmıştır. KMO örneklem yeterliliği ölçütü gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO oranının 0,50'nin üzerinde olması gerekmektedir. Oran ne kadar yüksek ise veri seti de faktör analizi için o kadar uygundur. KMO değerleri 0,90 ise mükemmel; 0,80 ise çok iyi; 0,70 ise iyi; 0,60 ise orta; 0,50 ise zayıf; 0,50'nin altında ise kabul edilmez olarak yorumlanmaktadır (Kalaycı, 2017: 321).

Barlett testi ise değişkenlerin yer aldığı korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılır. Veri setinin faktör analizine uygun olabilmesi için Barlett testinin anlamlı çıkması ( $p < 0,05$ ) ve “korelasyon matrisi birim matristir” sıfır hipotezinin reddedilmesi gerekir (Avşar, 2007:62).

Faktör yükleri açısından ise 0,30 ile 0,40 arasında değişen faktör yüklerinin alt kesme noktası olarak alınabileceği genel kabul görmektedir. Ayrıca analiz sonunda elde edilen toplam açıklanan varyans oranı ne kadar büyükse faktör yapısı da o kadar güçlü olarak değerlendirilmektedir ve bu oranın %40 ile %60 arasında olması sosyal alanlarda yeterli kabul edilmektedir (Tavşancıl, 2006: 48).

İnformal ödemelere yönelten unsurlara ilişkin ölçüm aracı için Barlett testi anlamlı ( $p=0,000 < 0,05$ ) ve KMO değeri **0,912** olarak saptanmıştır. İnfomal ödemelere ilişkin tutum ölçeği için de Barlett testi anlamlı ( $p=0,000 < 0,05$ ) ve KMO



değeri **0,843** olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar, verilerin faktör analizi yapılması için uygun olduğunu göstermektedir.

### **3.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

Araştırma, İzmir ilindeki sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu tür ödemelere yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumları ve bu ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve informal ödemelere yönelik tutumları arasında farklılık olup olmadığını ortaya koymak da amaçlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda sıralanmaktadır.

**H<sub>1</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödeme yapmaya yönelten faktörler arasında farklılık vardır.**

H<sub>1a</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>1b</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>1c</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödeme yapmaya yönelten kültür faktörü arasında farklılık vardır.

**H<sub>2</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten faktörler arasında farklılık vardır.**

H<sub>2a</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>2b</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>2c</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten kültür faktörü arasında farklılık vardır.

**H<sub>3</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödemelere yönelik tutumları arasında farklılık vardır.**

H<sub>3a</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödemelere yönelik ahlaki tutum faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>3b</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödemelere yönelik sosyal tutum faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>3c</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödemelere yönelik bireysel tutum faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>3d</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmamaları ile informal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum faktörü arasında farklılık vardır.

**H<sub>4</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödemelere yönelik tutumları arasında farklılık vardır.**

H<sub>4a</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödemelere yönelik ahlaki tutum faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>4b</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödemelere yönelik sosyal tutum faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>4c</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödemelere yönelik bireysel tutum faktörü arasında farklılık vardır.

H<sub>4d</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum faktörü arasında farklılık vardır.

**H<sub>5</sub>: Sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar, sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin tutumlarını etkilemektedir.**

### 3.7. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde, verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

#### 3.7.1. Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının yapı geçerliliğini test etmek ve boyutları belirlemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizinde, faktör elde etme yöntemi olarak temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Faktör döndürmesi için Varimax Eksen Döndürme Yöntemi kullanılmış ve faktörlerin özdeğerinin 1'den büyük olması dikkate alınmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları tespit etmeye yönelik olarak oluşturulan ölçüm aracının boyutlarını belirlemek amacıyla temel bileşenler analizi metodu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi neticesinde KMO ve Barlett Testi sonucu elde edilen değerlerin, faktör analizi yapmaya uygun olduğu görülmüştür. Analiz neticesinde 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ulaşılan 3 faktörlü yapıda 12 ifade faktör yapısını bozduğundan ve 13. ifade ise 0,10'dan daha az farkla birden fazla faktör içinde yer aldığından ölçüm aracından çıkarılmış ve yeniden analiz yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda Barlett testi anlamlı çıkmış ( $p=0,000<0,05$ ) ve KMO değeri de **0,942** olarak saptanmıştır (Tablo 3.2). Bu sonuçlar, verilerin faktör analizi yapılması için uygun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3.2:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurları Belirlemeye Yönelik Faktör Analizine İlişkin KMO ve Barlett Testi Sonuçları

KMO ve Bartlett's Testi		
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy)		,942
Bartlett's Test of Sphericity	X <sup>2</sup>	4312,962
	Sd.	105
	p	,000

15 ifade ile yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda yine 3 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. İfadelerin faktör yükleri %0,50'den büyüktür ve %0,10'dan az farkla başka faktör içinde yer alan ifade bulunmamaktadır. Üç faktör birlikte toplam

varyansın %70,568'ini açıklamaktadır. Bu oran, faktör yapısının güçlü olduğunu göstermektedir.

İnformal ödeme yapmaya yönelten unsurlara ilişkin boyutları oluşturan ifadeler incelenmiş ve literatür de dikkate alınarak, birinci boyut **hizmet kalitesi**; ikinci boyut **sağlık sistemi**; üçüncü boyut ise **kültür** şeklinde adlandırılmıştır. Faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, açıklanan varyans, Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) değerleri ve ortalamalar toplu olarak Tablo 3.3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.3:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurları Belirlemeye Yönelik Faktör Analizi Sonuçları

İfadeler	Hizmet Kalitesi	Sağlık Sistemi	Kültür
Hızlı bir şekilde tedavi edilebilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,833	,175	,213
Daha iyi ekipmanlara/ilaçlara erişebilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,813	,222	,257
Kaliteli bir hizmet almak için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,806	,215	,238
Özellikli alanlarda (ameliyat, MR vb.) hizmet alırken sıra beklememek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,778	,261	,222
Tanınan/bilinen bir doktor tarafından muayene edilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,729	,235	,330
Doktorlar ve diğer çalışanlar özel ilgi gösterdikleri için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,712	,355	,238
İyi ve tam sağlık hizmeti alamamaktan korktuğum için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,678	,370	,260
Asistan hekimler tarafından muayene edilmek istemediğim için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,632	,219	,406
Sağlık çalışanlarının ücretleri yeterli düzeyde olmadığı için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,109	,889	,121
Sağlık sistemi yeterince gelişmediği için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,315	,726	,248
İnformal ödemelerin sağlık personelini motive edeceğini düşündüğüm için bu tür ödemeler yapmayı kabul edebilirim.	,442	,703	,114
Sahip olduğum hakları bilmediğim için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,119	,370	,751
İnformal ödeme yapmak toplum tarafından kabul edilen bir durum olduğu için bu tür ödemeler yapmayı kabul edebilirim.	,314	,189	,727
Ciddi bir sağlık sorununun ortaya çıkması nedeniyle informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,471	-,014	,611
İnsan sağlığı çok önemli olduğu için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.	,410	,036	,598
<b>Açıklanan Varyans (%)</b>	36,742	16,971	16,855
<b>Toplam Varyans (%)</b>	<b>70,568</b>		
<b>Cronbach's Alpha(<math>\alpha</math>)</b>	,940	,815	,800
<b>Toplam Cronbach's Alpha(<math>\alpha</math>)</b>	<b>,941</b>		
<b>Faktör Ortalamaları</b>	2,4785	2,0199	2,3463
<b>Toplam Ortalama</b>	<b>2,3515</b>		

Birinci boyutu oluşturan 8 ifade: “Hızlı bir şekilde tedavi edilebilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; Daha iyi ekipmanlara/ilaçlara erişebilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; Özellikle alanlarda (ameliyat, MR vb.) hizmet alırken sıra beklememek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; Tanınan/bilinen bir doktor tarafından muayene edilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; Doktorlar ve diğer çalışanlar özel ilgi gösterdikleri için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; İyi ve tam sağlık hizmeti alamamaktan korktuğum için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; Asistan hekimler tarafından muayene edilmek istemediğim için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim”dir. Bu boyutun kişileri informal ödemeye yöneltilmede etkili olan “hizmet kalitesi” ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut “*hizmet kalitesi*” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %36,742’sini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerine verdikleri cevapların ortalamasının 2,4785 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelerine genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

İkinci boyutu oluşturan 3 ifade: “Sağlık çalışanlarının ücretleri yeterli düzeyde olmadığı için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; Sağlık sistemi yeterince gelişmediği için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; İnformal ödemelerin sağlık personelinin motive edeceğini düşündüğüm için bu tür ödemeler yapmayı kabul edebilirim”dir. Bu boyutun informal ödemeye yöneltilmede etkili olan “sağlık sistemi” ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut “*sağlık sistemi*” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %16,971’ini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerine verdikleri cevapların ortalamasının 2,0199 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelerine genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

Üçüncü boyutu oluşturan 4 ifade: “Sahip olduğum hakları bilmediğim için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; İnformal ödeme yapmak toplum tarafından kabul edilen bir durum olduğu için bu tür ödemeler yapmayı kabul edebilirim; Ciddi bir sağlık sorununun ortaya çıkması nedeniyle informal ödeme yapmayı kabul edebilirim; İnsan sağlığı çok önemli olduğu için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim” dir. Bu boyutun informal ödemeye yöneltilmede etkili olan “kültür” ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut “*kültür*”

olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %16,855'ini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerine verdikleri cevapların ortalamasının 2,3463 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelerine genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

Ölçüm aracının yapı geçerliliği test edildikten sonra, iç tutarlılığı ölçülmüştür. Bunun için hem ölçüm aracının hem de ölçüm aracını oluşturan faktörlerin güvenilirliği test edilmiştir. Güvenilirliğin belirlenmesinde Cronbach's Alpha katsayısı kullanılmıştır. Buna göre, ölçüm aracının güvenilirliği  $\alpha=0,941$  olarak saptanmıştır. Bu oran, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Faktörlerin güvenilirliği de Cronbach's Alpha katsayısı kullanılarak araştırılmış ve her bir faktörün güvenilirliğinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Hizmet Kalitesi faktörü için  $\alpha=0,940$ , Sağlık Sistemi faktörü için  $\alpha=0,815$ , Kültür faktörü için  $\alpha=0,800$ ). Bu değerler ölçüm aracının iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemeye ilişkin tutumlarını tespit etmeye yönelik olarak oluşturulan ölçüm aracının boyutlarını belirlemek amacıyla temel bileşenler analizi metodu kullanılarak açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi neticesinde KMO ve Barlett Testi sonucu elde edilen değerlerin, faktör analizi yapmaya uygun olduğu görülmüştür. Varimax eksen döndürme yöntemi kullanılan analiz neticesinde 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ulaşılan dört faktörlü yapıda 11 ifade 0,10'dan daha az farkla birden fazla faktör içinde yer aldığından; 3. ifade faktör yapısını bozduğundan; 7. ifade ise Extraction değeri düşük olduğundan ölçüm aracından çıkarılmış ve yeniden analiz yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda Barlett testi anlamlı çıkmış ( $p=0,000<0,05$ ) ve KMO değeri de 0,810 olarak saptanmıştır (Tablo 3.4). Bu sonuçlar, verilerin faktör analizi yapılması için uygun olduğunu göstermektedir.

**Tablo 3.4:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutumu Belirlemeye Yönelik Ölçüm Aracına İlişkin KMO ve Barlett Testi

<b>KMO ve Bartlett's Testi</b>		
KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy)		,810
Bartlett's Test of Sphericity	X <sup>2</sup>	2964,708
	Sd.	78
	<b>p</b>	<b>,000</b>

13 ifade ile yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda yine 4 faktörlü bir yapı elde edilmiştir. 4 faktör birlikte toplam varyansın %74,012'sini açıklamaktadır. Bu oran, faktör yapısının güçlü olduğunu göstermektedir. İnfomal ödemelere yönelik tutuma ilişkin boyutları oluşturan ifadeler incelenmiş ve literatür de dikkate alınarak, birinci boyut **ahlaki tutum**; ikinci boyut **sosyal tutum**; üçüncü boyut **bireysel tutum**; dördüncü boyut ise **hizmet sürecine ilişkin tutum** şeklinde adlandırılmıştır. Faktör analizine ilişkin sonuçlar, faktör yükleri, açıklanan varyans ve Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ) değerleri ve ortalamalar toplu olarak Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.5:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutumu Belirlemeye İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

İfadeler	Ahlaki Tutum	Sosyal Tutum	Bireysel Tutum	Hizmet Sürecine İlişkin Tutum
İnfomal ödemelerin yasalara aykırı olduğunu düşünüyorum.	<b>,893</b>	,097	-,194	,066
İnfomal ödemelerin sosyal ilişkiler açısından etik dışı olduğunu düşünüyorum.	<b>,889</b>	,033	-,165	,040
İnfomal ödemelerin ahlaki açıdan yanlış olduğunu düşünüyorum.	<b>,860</b>	,031	-,143	,072
İnfomal ödemelerin mesleki yozlaşmaya sebep olacağını düşünüyorum.	<b>,827</b>	,178	-,141	,035
İnfomal ödemelerin yolsuzlukla eş değer olduğunu düşünüyorum.	<b>,802</b>	,180	-,073	-,045
İnfomal ödeme yapmamın, başkaları tarafından olumlu görüldüğünü düşünüyorum.	,133	<b>,813</b>	-,024	,208
Önem verdiğim insanlar, infomal ödeme yapmam gerektiğini düşünmektedir.	-,020	<b>,791</b>	-,121	,266
İnfomal ödemelerin toplum tarafından kabul edilen, kınanmayan bir olgu olduğunu düşünüyorum	,264	<b>,728</b>	-,078	,035
İnfomal ödemeler kanunlara uymama konusunda psikolojik olarak kendimi rahatsız hissetmeme sebep olur.	-,203	-,123	<b>,855</b>	,036
İnfomal ödemeler kendimi aşağılanmış hissetmeme sebep olur.	-,140	-,189	<b>,834</b>	,073
İnfomal ödemeler aile bütçesine fazladan mali bir yük getirir.	-,149	,072	<b>,651</b>	-,174
İnfomal ödemeler sonuçların daha hızlı elde edilmesini sağlar.	,065	,204	-,044	<b>,892</b>
İnfomal ödemeler daha kaliteli sağlık hizmeti almayı sağlar.	,028	,231	-,020	<b>,881</b>
<b>Açıklanan Varyans (%)</b>	29,457	15,725	15,269	13,561
<b>Toplam Varyans (%)</b>	<b>74,012</b>			
<b>Cronbach's Alpha</b>	,923	,748	,727	,848
<b>Toplam Cronbach's Alpha</b>	<b>,680</b>			
<b>Faktör Ortalamaları</b>	3,5416	2,5937	3,0267	2,3494
<b>Toplam Ortalama</b>	<b>3,0206</b>			

Birinci boyutu oluşturan 5 ifade: “İnformal ödemelerin yasalara aykırı olduğunu düşünüyorum; İnfomal ödemelerin sosyal ilişkiler açısından etik dışı olduğunu düşünüyorum; İnfomal ödemelerin ahlaki açıdan yanlış olduğunu düşünüyorum; İnfomal ödemelerin mesleki yozlaşmaya sebep olacağını düşünüyorum; İnfomal ödemelerin yolsuzlukla eş değer olduğunu düşünüyorum” dur. Bu boyutun informal ödemelere ilişkin tutumda etkili olan “ahlaki tutum” ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut **“ahlaki tutum”** olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %29,457’sini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevapların ortalamasının 3,5416 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelere genel olarak katıldıkları saptanmıştır.

İkinci boyutu oluşturan 3 ifade: “İnformal ödeme yapmamın, başkaları tarafından olumlu görüldüğünü düşünüyorum; Önem verdiğim insanlar, informal ödeme yapmam gerektiğini düşünmektedir; İnfomal ödemelerin toplum tarafından kabul edilen, kınanmayan bir olgu olduğunu düşünüyorum” dur. Bu boyutun informal ödemelere ilişkin tutumda etkili olan “sosyal tutum” ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut **“sosyal tutum”** olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %15,725’inin açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevapların ortalamasının 2,5937 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelere genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

Üçüncü boyutu oluşturan 3 ifade: “İnformal ödemeler kanunlara uymama konusunda psikolojik olarak kendimi rahatsız hissetmeme sebep olur; İnfomal ödemeler kendimi aşağılanmış hissetmeme sebep olur; İnfomal ödemeler aile bütçesine fazladan mali bir yük getirir” dir. Bu boyutun informal ödemelere ilişkin tutumda etkili olan “bireysel tutum” ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut **“bireysel tutum”** olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %15,269’unu açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelere verdikleri cevapların ortalamasının 3,0267 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelere genel olarak kısmen katıldıkları saptanmıştır.

Dördüncü boyutu oluşturan 2 ifade: “İnformal ödemeler sonuçların daha hızlı elde edilmesini sağlar; İnfomal ödemeler daha kaliteli sağlık hizmeti almayı sağlar” dır. Bu boyutun informal ödemelere ilişkin tutumda etkili olan “hizmet sürecine ilişkin tutum” ile ilgili öğeleri içermekte olduğu düşünülmüş ve boyut **“hizmet**



*sürecine ilişkin tutum*” olarak adlandırılmıştır. Söz konusu boyut toplam varyansın %13,561’ini açıklamaktadır. Katılımcıların bu boyutu oluşturan ifadelerle verdikleri cevapların ortalamasının 2,3494 olduğu ve bu boyutu oluşturan ifadelerle genel olarak katılmadıkları saptanmıştır.

Ölçüm aracının yapı geçerliliği test edildikten sonra, iç tutarlılığı ölçülmüştür. Bunun için hem ölçüm aracının hem de ölçüm aracını oluşturan faktörlerin güvenilirliği test edilmiştir. Güvenilirliğin belirlenmesinde yine Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılmıştır. Buna göre, ölçüm aracının güvenilirliği  $\alpha=0,680$  olarak saptanmıştır. Bu oran ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Faktörlerin güvenilirliği de Cronbach’s Alpha katsayısı kullanılarak araştırılmış ve her bir faktörün oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır (Ahlaki Tutum faktörü için  $\alpha=0,920$ ; Sosyal Tutum faktörü için  $\alpha=0,748$ ; Bireysel Tutum faktörü için  $\alpha=0,727$ ; Hizmet Sürecine İlişkin Tutum faktörü için  $\alpha=0,848$ ). Bu değerler ölçüm aracının iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir.

### **3.7.2. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan Frekans analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3.6’da yer almaktadır.

**Tablo 3.6:** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	<b>Kadın</b>	<b>231</b>	<b>54,4</b>
	Erkek	194	45,6
Yaş	18-25	53	12,5
	<b>26-35</b>	<b>138</b>	<b>32,5</b>
	36-45	91	21,4
	46-55	64	15,1
	56-65	45	10,6
	65 yaş üzeri	34	8,0
Eğitim Düzeyi	Okuma-yazmam yok	5	1,2
	İlkokul	69	16,2
	Ortaokul	26	6,1
	Lise	106	24,9
	Ön Lisans	53	12,5
	<b>Lisans</b>	<b>119</b>	<b>28,0</b>
Lisansüstü	47	11,1	
Medeni durum	<b>Evli</b>	<b>292</b>	<b>68,7</b>
	Bekar	133	31,3
Aylık Gelir	Gelirim Yok	74	17,4
	1300 TL'den az	30	7,1
	<b>1300 TL – 2500 TL</b>	<b>132</b>	<b>31,1</b>
	2501 TL -3500 TL	70	16,5
	3501 TL – 4500 TL	56	13,2
	4501 TL – 5500 TL	36	8,5
	5501 TL – 6500 TL	13	3,1
	6501 TL ve üzeri	14	3,3
Uğraşılan İş	İşsiz	18	4,2
	Memur	29	6,8
	Emekli	63	14,8
	Öğrenci	17	4,0
	Akademisyen	37	8,7
	Bankacı	9	2,1
	İşçi	34	8,0
	Serbest Meslek	26	6,1
	<b>Ev Hanımı</b>	<b>69</b>	<b>16,2</b>
	Sağlık Personeli	46	10,8
	Öğretmen	29	6,8
	Diğer	48	11,3
Kullanılan Finansman Yöntemi	<b>Sadece SGK</b>	<b>370</b>	<b>87,1</b>
	Sadece Özel Sigorta	2	0,5
	SGK ve Özel Sigorta	44	10,4
	Cepten Ödeme/Sigortasız	3	0,7
	Diğer	6	1,4

Katılımcıların %54,4'ü kadın, %45,6'sı erkek; %68,7'si evli, %31,3'ü ise bekar. %12,5'i 18-25 yaş arasında, %32,5'i 26-35 yaş arasında, %21,4'ü 36-45 yaş arasında, %15,1'i 46-55 yaş arasında, %10,6'sı 56-65 yaş arasında, %8'i ise 65 yaşının üzerindedir. %1,2'sinin okuma-yazması yoktur, %16,2'si ilkokul mezunu,

%6,1'i ortaokul mezunu, %24,9'u lise mezunu, %12,5'i ön lisans mezunu, %28'i lisans mezunu, %11,1'i ise lisansüstü mezunudur.

%17,4'ünün herhangi bir aylık geliri yoktur, %7,1'inin aylık geliri 1300 TL'den az, %31,1'inin aylık geliri 1300TL - 2500TL arasında, %16,5'inin aylık geliri 2501TL - 3500TL arasında, %13,2'sinin aylık geliri 3501TL – 4500 TL arasında, %8,5'inin aylık geliri 4501TL – 5500TL arasında, %3,1'inin aylık geliri 5501TL- 6500TL arasında, %3,3'ünün aylık geliri 6501TL ve üzerindedir.

%4,2'si işsiz, %6,8'i memur, %14,8'i emekli, %4'ü öğrenci, %8,7'si akademisyen, %2,1'i bankacı, %8'i işçi, %6,1'i serbest meslek erbabı, %16,2'si ev hanımı, %10,8'i sağlık personeli, %6,8'i öğretmen, %11,3'ü ise bunlar dışında kalan çeşitli işlerle uğraşmaktadır. %87,1'inin Sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türünün sadece SGK, %0,5'inin sadece özel sigorta, %10,4'ünün SGK ve özel sigorta, %0,7'sinin cepten ödeme/sigortasız, %1,4'ünün diğer olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların informal ödemelere yönelik genel düşünceleri ve daha önce aldıkları herhangi bir sağlık hizmeti için informal ödeme yapıp yapmadıkları frekans analizi ile incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 3.7'de verilmiştir.

**Tablo 3.7: Katılımcıların İnfomal Ödemelerle İlgili Düşüncelerine İlişkin Bulgular**

Değişkenler	Gruplar	n	%
İnfomal ödemeler (hediye, resmi olmayan faturasız ödeme, bıçak parası vb.) konusundaki düşünceniz nedir?	Olumlu	20	4,7
	Ne Olumlu Ne Olumsuz	74	17,4
	<b>Olumsuz</b>	<b>300</b>	<b>70,6</b>
	Fikir Beyan Etmek İstemiyorum	31	7,3
Şimdiye kadar aldığımız sağlık hizmetinde hiç infomal ödeme (hediye, resmi olmayan faturasız ödeme, bıçak parası vb.) yaptınız mı?	Evet	130	30,6
	<b>Hayır</b>	<b>295</b>	<b>69,4</b>

Bulgular incelendiğinde informal ödemelere yönelik olarak, katılımcıların %4,7'sinin olumlu, %17,4'ünün ne olumlu ne olumsuz, %70,6'sının olumsuz bir düşünceye sahip olduğu, %7,3'ünün ise fikir belirtmek istemediği saptanmıştır.

Ayrıca katılımcıların %69,4'ünün bugüne kadar aldığı herhangi sağlık hizmeti için informal ödeme yapmadığı, %30,6'sının ise bugüne kadar aldığı herhangi sağlık hizmeti için informal ödeme yaptığı belirlenmiştir. İnfomal ödeme yapan

katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla frekans analizi yapılmıştır ve elde edilen bulgular Tablo 3.8’de verilmiştir.

**Tablo 3.8:** İnfomal Ödeme Yapan Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	<b>Kadın</b>	<b>71</b>	<b>54,6</b>
	Erkek	59	45,4
Yaş	18-25	11	8,5
	<b>26-35</b>	<b>45</b>	<b>34,6</b>
	36-45	27	20,8
	46-55	23	17,7
	56-65	14	10,8
	65 yaş üzeri	10	7,7
Eğitim Düzeyi	Okuma-yazmam yok	1	,8
	İlkokul	17	13,1
	Ortaokul	6	4,6
	Lise	29	22,3
	Ön Lisans	16	12,3
	<b>Lisans</b>	<b>47</b>	<b>36,2</b>
	Lisansüstü	14	10,8
Medeni durum	<b>Evli</b>	<b>101</b>	<b>77,7</b>
	Bekar	29	22,3
Aylık Gelir	Gelirim Yok	22	16,9
	1300 TL’den az	7	5,4
	<b>1300 TL – 2500 TL</b>	<b>33</b>	<b>25,4</b>
	2501 TL -3500 TL	24	18,5
	3501 TL – 4500 TL	24	18,5
	4501 TL – 5500 TL	13	10,0
	5501 TL – 6500 TL	3	2,3
	6501 TL ve üzeri	4	3,1
Uğraşılan İş	İşsiz	6	4,6
	Memur	11	8,5
	Emekli	15	11,5
	Öğrenci	4	3,1
	Akademisyen	9	6,9
	Bankacı	2	1,5
	İşçi	6	4,6
	Serbest Meslek	9	6,9
	<b>Ev Hanımı</b>	<b>21</b>	<b>16,2</b>
	Sağlık Personeli	17	13,1
	Öğretmen	18	13,8
	Diğer	12	9,2
	Kullanılan Finansman Yöntemi	<b>Sadece SGK</b>	<b>116</b>
Sadece Özel Sigorta		1	,8
SGK ve Özel Sigorta		8	6,2
Cepten Ödeme/Sigortasız		1	,8
Diğer		4	3,1
İnfomal ödemeler (hediye, resmi olmayan faturasız ödeme, bıçak parası vb.) konusundaki düşünceniz nedir?	Olumlu	13	10,0
	Ne Olumlu Ne Olumsuz	26	20,0
	<b>Olumsuz</b>	<b>84</b>	<b>64,6</b>
	Fikir Beyan Etmek İstemiyorum	7	5,4

İnformal ödeme yapan katılımcıların %54,6'sı kadın, %45,4'ü erkek; %77,7'si evli, %22,3'ü ise bekar. %8,5'i 18-25 yaş arasında, %34,6'sı 26-35 yaş arasında, %20,8'i 36-45 yaş arasında, %17,7'si 46-55 yaş arasında, %10,8'i 56-65 yaş arasında, %7,7'si ise 65 yaşının üzerindedir. %0,8'inin okuma-yazması yoktur, %13,1'i ilköğretim mezunu, %4,6'sı ortaokul mezunu, %22,3'ü lise mezunu, %12,3'ü ön lisans mezunu, %36,2'si lisans mezunu, %10,8'i ise lisansüstü mezundur.

%16,9'unun herhangi bir aylık geliri yoktur, %5,4'ünün aylık geliri 1300 TL'den az, %25,4'ünün aylık geliri 1300TL - 2500TL arasında, %18,5'inin aylık geliri 2501TL - 3500TL arasında, %18,5'inin aylık geliri 3501TL – 4500 TL arasında, %10'unun aylık geliri 4501TL – 5500TL arasında, %2,3'ünün aylık geliri 5501TL- 6500TL arasında, %3,1'inin aylık geliri 6501TL ve üzerindedir.

%4,6'sı işsiz, %8,5'i memur, %11,5'i emekli, %3,1'i öğrenci, %6,9'u akademisyen, %1,5'i bankacı, %4,6'sı işçi, %6,9'u serbest meslek erbabı, %16,2'si ev hanımı, %13,1'i sağlık personeli, %13,8'i öğretmen, %9,2'si ise bunlar dışında kalan çeşitli işlerle uğraşmaktadır. %89,2'sinin Sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türünü sadece SGK, %0,8'inin sadece özel sigorta, %6,2'sinin SGK ve özel sigorta, %0,8'inincepten ödeme/sigortasız, %3,1'inin diğer olduğu saptanmıştır.

İnformal ödemelere yönelik olarak, informal ödeme yapan katılımcıların %10'unun olumlu, %20'sinin ne olumlu ne olumsuz, %64,6'sının olumsuz bir düşünceye sahip olduğu, %5,4'ünün ise fikir belirtmek istemediği saptanmıştır.

Daha önce informal ödeme yapmış olan katılımcıların, yaptıkları informal ödemelerin özelliklerini saptamak üzere frekans analizi yapılmış ve elde edilen bulgular Tablo 3.9'da verilmiştir.

**Tablo 3.9:** İnfomal Ödemelerin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Değişkenler	Gruplar	n	%
İnfomal Ödemenin Yapıldığı Kurum	<b>Kamu Hastanesi (Sağlık Bakanlığı, Üniversite)</b>	<b>95</b>	<b>57,6</b>
	Özel Hastane	65	39,4
	Diğer	5	3,0
İnfomal Ödemenin Yapıldığı Kişi	<b>Doktor</b>	<b>75</b>	<b>48,1</b>
	Hemşire	10	6,4
	Sekreter	32	20,5
	İdari Personel	21	13,5
	Diğer	18	11,5
İnfomal Ödemenin Türü	<b>Nakit Para</b>	<b>104</b>	<b>68,4</b>
	Gıda Ürünü	14	9,2
	Hediyelik Eşya	25	16,4
	Diğer	9	5,9
İnfomal Ödemenin Parasal Değeri	<b>500 TL'den az</b>	<b>50</b>	<b>38,2</b>
	500 TL – 999 TL	30	22,9
	1000 TL – 1499 TL	22	16,8
	1500 TL – 1999 TL	6	4,6
	2000 TL – 2499 TL	6	4,6
	2500 TL ve üzeri	17	13,0
İnfomal Ödemenin Yapılma Nedeni	Zorunlu hissettiğim için	26	19,8
	<b>Sağlık personelinin talebi üzerine</b>	<b>66</b>	<b>50,4</b>
	Gönüllü olarak/içimden geldiği için	30	22,9
	Diğer	9	6,9
İnfomal Ödemenin Yapıldığı Hizmet Türü	Muayene	29	15,0
	Laboratuvar Tetkiki	17	8,8
	İlaç	7	3,6
	<b>Ameliyat</b>	<b>94</b>	<b>48,7</b>
	Hemşirelik Hizmetleri	8	4,1
	Hastaneye Kabul	6	3,1
	Hastaneye Yatış	9	4,7
	Ameliyat Sonrası Kontrol	15	7,8
Diğer	8	4,1	
İnfomal Ödemenin Yapıldığı An	<b>Hizmet Almadan Önce</b>	<b>68</b>	<b>46,3</b>
	Hizmet Sırasında	26	17,7
	Hizmet Aldıktan Sonra	53	36,1
İnfomal Ödemenin Yapıldığı Tıp Dalı	Dahili Tıp	37	19,9
	<b>Cerrahi Tıp</b>	<b>149</b>	<b>80,1</b>

İnfomal ödemelerin yapıldığı kurum ve kişilere bakıldığında katılımcıların %57,6'sının kamu hastanesinde, %39,4'ünün özel hastanede, %3'ünün ise başka sağlık kurum/kuruluşlarında; %48,1'inin doktora, %6,4'ünün hemşirelere, %20,5'inin sekretere, %13,5'inin idari personele, %11,5'inin ise bunlar dışındaki kişi/çalışanlara infomal ödeme yaptığı görülmektedir.

İnfomal ödemelerin türüne bakıldığında katılımcıların %68,4'ünün nakit para, %9,2'sinin gıda ürünü, %16,4'ünün hediyelik eşya şeklinde infomal ödeme yaptığı;

yapılan ödemenin parasal değerine bakıldığında ise katılımcıların %38,2'sinin 500 TL'den daha az, %22,9'unun 500TL – 999TL arasında, %16,8'inin 1000 TL – 1499 TL arasında, %4,6'sının 1500 TL – 1999 TL arasında, %4,6'sının 2000 TL – 2499 TL arasında, %13'ünün ise 2500TL ve üzerinde informal ödeme yaptığı görülmektedir.

İnformal ödemelerin yapılma nedenlerine bakıldığında katılımcıların %19,8'inin zorunlu hissettiği için, %50,4'ünün sağlık personelinin talebi üzerine, %22,9'unun gönüllü olarak, %6,9'unun ise diğer başka sebeplerden ötürü; informal ödemelerin yapıldığı zamana bakıldığında ise katılımcıların %46,3'ünün hizmet alımından önce, %17,7'sinin hizmet alımı sırasında, %36,1'inin ise hizmet aldıktan sonra informal ödeme yaptığı saptanmıştır.

İnformal ödemelerin yapıldığı hizmet türü ve tıp dalına bakıldığında katılımcıların %15'inin muayene, %8,8'inin laboratuvar tetkiki, %3,6'sının ilaç, %48,7'sinin ameliyat, %4,1'inin hemşirelik, %3,1'inin hastaneye kabul, %4,7'sinin hastaneye yatış, %7,8'inin ameliyat sonrası bakımve %4,1'inin bunlar dışında kalan diğer hizmetler için; %19,9'unun dahili tıp dalında, %80,1'inin cerrahi tıp dalında hizmet almak için bu tür ödemeler yaptıkları saptanmıştır. Oranların toplam değerinin %100'ün üzerinde çıkmasının sebebi, katılımcıların birden fazla seçenek işaretlemiş olmasından kaynaklanmaktadır.

İnformal ödemelere yönelten unsurlarla ve bu ödemelere ilişkin tutumla doğrudan ilişkili olmayan ancak tutum, algı ve düşüncüyü etkileyeceği düşünülen bazı ifadeler ve katılımcıların bu ifadelere katılım düzeylerinin ortalamaları Tablo 3.10'da yer almaktadır.

**Tablo 3.10: İnfomal Ödemelere İlişkin Algı**

İfade	N	$\bar{x}$	s.s.
İnfomal ödeme yapmadığım takdirde iyi hizmet alamamaktan korkarım.	425	3,2965	1,28548
Toplumun büyük bir bölümünün infomal ödeme yaptığını düşünüyorum.	425	3,4259	1,24187
İnfomal ödeme yapma konusundaki kararı tek başıma alırım.	425	3,2000	1,41254
İnfomal ödemenin miktarı benim için önemlidir.	425	3,0400	1,46847
İnfomal bir ödeme yapmam istendiğinde nereye ve nasıl şikayette bulunacağımı biliyorum.	425	3,1529	1,40506
Sağlık hizmetine erişimde ve hizmetlerden yararlanmada adaletsizlikler ortadan kaldırıldığı için infomal ödemelere gerek kalmamıştır.	425	2,4188	1,32238
Sağlık Bakanlığı'nın infomal ödemeleri engellemeye yönelik çalışmaları vardır.	425	2,5153	1,25156

Katılımcıların “İnfomal ödeme yapmadığım takdirde iyi hizmet alamamaktan korkarım.” ifadesine kısmen katıldıkları ( $\bar{x}= 3,2965$ ); “Toplumun büyük bir bölümünün infomal ödeme yaptığını düşünüyorum.” ifadesine katıldıkları ( $\bar{x}= 3,4259$ ); “İnfomal ödeme yapma konusundaki kararı tek başıma alırım.” ifadesine kısmen katıldıkları ( $\bar{x}= 3,2000$ ); “İnfomal ödemenin miktarı benim için önemlidir.” ifadesine kısmen katıldıkları ( $\bar{x}= 3,0400$ ); “İnfomal bir ödeme yapmam istendiğinde nereye ve nasıl şikayette bulunacağımı biliyorum.” ifadesine kısmen katıldıkları ( $\bar{x}= 3,1529$ ); “Sağlık hizmetine erişimde ve hizmetlerden yararlanmada adaletsizlikler ortadan kaldırıldığı için infomal ödemelere gerek kalmamıştır.” ifadesine katılmadıkları ( $\bar{x}= 2,4188$ ); “Sağlık Bakanlığı'nın infomal ödemeleri engellemeye yönelik çalışmaları vardır.” ifadesine katılmadıkları ( $\bar{x}= 2,5153$ ) saptanmıştır.

### 3.7.3. Karşılaştırma Testlerine İlişkin Bulgular

Konuya ilişkin karşılaştırmalar için Bağımsız Örneklem t Testi ve Tek Yönlü ANOVA Testi kullanılmıştır.

Kadın ve erkekler arasında infomal ödeme yapmaya yönelten unsurlar konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem t Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.11'de gösterilmiştir.



**Tablo 3.11:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	s.s.	t	p
<b>Hizmet Kalitesi</b>	Kadın	226	2,4320	1,02632	-,958	,339
	Erkek	192	2,5332	1,13284	-,950	
<b>Sağlık Sistemi</b>	Kadın	226	2,0236	,97699	,079	,937
	Erkek	192	2,0156	1,08095	,079	
<b>Kültür</b>	Kadın	226	2,3230	,94908	-,532	,595
	Erkek	192	2,3737	,99705	-,530	

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,339>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,937>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu açısından kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,595>0,05$ ).

Evli ve bekarlar arasında infomal ödeme yapmaya yönelten unsurlar konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem t Testi yapılmıştır Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.12’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.12:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Medeni Duruma Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Boyutlar	Medeni Durum	N	$\bar{x}$	s.s.	t	p
<b>Hizmet Kalitesi</b>	Evli	287	2,4503	1,11286	-,790	,430
	Bekar	131	2,5401	,99328	-,824	
<b>Sağlık Sistemi</b>	Evli	287	2,0441	1,01293	,714	,476
	Bekar	131	1,9669	1,05235	,704	
<b>Kültür</b>	Evli	287	2,3023	1,01405	-1,374	,170
	Bekar	131	2,4427	,86356	-1,459	

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,430>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,476>0,05$ ) İnfomal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu

açısından evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,170>0,05$ ).

Araştırmaya katılanların yaşlarına göre informal ödeme yapmaya yönelen unsurların farklılaşp farklılaşmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.13'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.13:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Yaş	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene	p (Levene)	F	p
<b>Hizmet Kalitesi</b>	18-25	53	2,5896	,92617	1,264	,279	1,243	,288
	26-35	135	2,5148	1,11092				
	36-45	89	2,5787	1,11460				
	46-55	63	2,4921	1,10394				
	56-65	45	2,2278	1,05269				
	65 yaş üzeri	33	2,1970	1,00586				
<b>Sağlık Sistemi</b>	18-25	53	1,8805	,93162	,811	,542	,517	,763
	26-35	135	1,9728	1,02300				
	36-45	89	2,0637	1,02109				
	46-55	63	2,1587	1,13885				
	56-65	45	2,0296	1,03187				
	65 yaş üzeri	33	2,0404	,98163				
<b>Kültür</b>	18-25	53	2,5566	,85856	1,771	,118	2,030	,073
	26-35	135	2,3852	,94374				
	36-45	89	2,4073	,99885				
	46-55	63	2,3373	1,08152				
	56-65	45	1,9889	,85273				
	65 yaş üzeri	33	2,1894	1,02132				

İnfomal ödeme yapmaya yönelen hizmet kalitesi boyutu açısından yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,288>0,05$ ). İnfomal ödemel yapmaya yönelen sağlık sistemi boyutu açısından yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,763>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelen kültür boyutu açısından yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,073>0,05$ ).

Araştırmaya katılanların eğitim düzeylerine göre informal ödeme yapmaya yönelen unsurlar arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.14'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.14:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	EğitimDüzeyi	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene	p (Levene)	F	p
Hizmet Kalitesi	Oku-Yaz Yok	5	2,2250	1,31220	1,992	,066	4,230	,000
	İlkokul	67	2,1996	,86713				
	Ortaokul	26	2,2308	1,21279				
	Lise	105	2,3286	1,03547				
	Ön lisans	52	2,2933	1,03608				
	Lisans	117	2,7650	1,12358				
	Lisansüstü	46	2,8750	1,04450				
Sağlık Sistemi	Oku-Yaz Yok	5	2,3333	1,69967	1,765	,105	,488	,817
	İlkokul	67	2,0498	,94682				
	Ortaokul	26	2,1282	1,10384				
	Lise	105	1,9333	,94439				
	Ön lisans	52	2,0705	1,07727				
	Lisans	117	2,0769	1,13579				
	Lisansüstü	46	1,8768	,84432				
Kültür	Oku-Yaz Yok	5	1,9000	1,51658	,542	,776	2,226	,040
	İlkokul	67	2,1418	,92136				
	Ortaokul	26	2,1731	1,04826				
	Lise	105	2,2929	,96480				
	Ön lisans	52	2,2163	,92226				
	Lisans	117	2,5449	,96189				
	Lisansüstü	46	2,5543	,94562				

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.15'te gösterilmiştir.

İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,817>0,05$ ).

İnfomal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu açısından katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,040<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.15'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.15:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Eğitim Düzeyi ve Hizmet Kalitesi-Kültür Boyutları)

Bağımlı Değişken	(I) Eğitim	(J) Eğitim	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p	
Hizmet Kalitesi	İlkokul	Lisans	-,56533*	,16121	,001	
		Lisansüstü	-,67537*	,20149	,001	
	Ortaokul	Lisans	-,53419*	,22814	,020	
		Lisansüstü	-,64423*	,25818	,013	
	Lise	Lisans	-,43639*	,14145	,002	
		Lisansüstü	-,54643*	,18605	,004	
	Ön lisans	Lisans	-,47169*	,17538	,007	
		Lisansüstü	-,58173*	,21299	,007	
	Lisans	İlkokul	,56533*	,16121	,001	
		Ortaokul	,53419*	,22814	,020	
	Lisansüstü	Lise	,43639*	,14145	,002	
		Ön lisans	,47169*	,17538	,007	
	Kültür	İlkokul	Lisans	-,40308*	,14740	,007
			Lisansüstü	-,41256*	,18423	,026
Ön lisans		Lisans	-,32853*	,16035	,041	
		Lisansüstü	-,32853*	,16035	,041	
Lisans		İlkokul	,40308*	,14740	,007	
		Ön lisans	,32853*	,16035	,041	
Lisansüstü		İlkokul	,41256*	,18423	,026	

Hizmet kalitesi ile ilgili unsurların, lisans ve lisansüstü mezunlarını informal ödeme yapmaya ilkokul, ortaokul, lise ve ön lisans mezunlarına göre daha çok yönelttiği; kültür ile ilgili unsurların, lisans mezunlarını informal ödeme yapmaya ilkokul ve ön lisans mezunlarına göre daha çok yönelttiği ve yine kültür ile ilgili unsurların lisansüstü mezunlarını informal ödeme yapmaya ilkokul mezunlarına göre daha çok yönelttiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların gelir düzeylerine göre informal ödeme yapmaya yönelen unsurlar arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.16'da gösterilmiştir.

**Tablo 3.16:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Gelir Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Gelir Düzeyi	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene	p (Levene)	F	p
Hizmet Kalitesi	Gelirim Yok	73	2,3784	,95810				
	1300 TL'den az	28	2,1071	1,12099				
	1300 TL – 2500 TL	131	2,3235	,97195				
	2501 TL – 3500 TL	68	2,5864	1,21139				
	3501 TL – 4500 TL	54	2,7060	1,20464	1,832	,080	2,220	<b>,032</b>
	4501 TL – 5500 TL	36	2,8438	,99883				
	5501 TL – 6500 TL	14	2,5268	1,19914				
	6501 TL ve üzeri	14	2,8036	1,03277				
Sağlık Sistemi	Gelirim Yok	73	2,0228	,91511				
	1300 TL'den az	28	1,9762	1,15088				
	1300 TL – 2500 TL	131	2,0153	,95350				
	2501 TL – 3500 TL	68	1,9804	1,19268				
	3501 TL – 4500 TL	54	2,1481	1,10016	1,460	,180	,199	,986
	4501 TL – 5500 TL	36	1,9167	1,02159				
	5501 TL – 6500 TL	14	2,0714	1,22075				
	6501 TL ve üzeri	14	2,0476	,72627				
Kültür	Gelirim Yok	73	2,3699	,99313				
	1300 TL'den az	28	2,2679	1,05174				
	1300 TL – 2500 TL	131	2,1908	,87257				
	2501 TL – 3500 TL	68	2,4301	1,05876				
	3501 TL – 4500 TL	54	2,4630	1,05442	1,758	,094	1,010	,423
	4501 TL – 5500 TL	36	2,5069	,78941				
	5501 TL – 6500 TL	14	2,2857	1,14714				
	6501 TL ve üzeri	14	2,6250	1,01313				

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,032<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.17’de gösterilmiştir.

İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,986>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,423>0,05$ ).

**Tablo 3.17:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Gelir Düzeyi-Hizmet Kalitesi Boyutu)

Bağımlı Değişken	(I) Gelir	(J) Gelir	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p	
Hizmet Kalitesi	LSD	Gelirim Yok	4501-5500	-,46533*	,21701	,033
		1300 'den az	2501-3500	-,47925*	,23927	,046
			3501-4500	-,59888*	,24815	,016
			4501-5500	-,73661*	,26850	,006
		1300-2500	6501 ve üstü	-,69643*	,34879	,047
			3501-4500	-,38255*	,17232	,027
			4501-5500	-,52028*	,20052	,010
		2501-3500	1300'den az	,47925*	,23927	,046
		3501-4500	1300'den az	,59888*	,24815	,016
			1300-2500	,38255*	,17232	,027
		4501-5500	Gelirim Yok	,46533*	,21701	,033
			1300 'den az	,73661*	,26850	,006
			1300-2500	,52028*	,20052	,010
		6501 ve üstü	1300'den az	,69643*	,34879	,047

Hizmet kalitesi ile ilgili unsurların, geliri 4501-5500 TL arasında olanları informal ödeme yapmaya geliri olmayan, 1300 TL'den az olan ve 1300-2500 TL arasında olanlara göre daha çok yönelttiği; geliri 3501-4500 TL arasında olanları informal ödeme yapmaya geliri 1300 TL'den az olan ve 1300-2500 TL arasında olanlara göre daha çok yönelttiği; geliri 6501 TL ve üzerinde olanları informal ödeme yapmaya geliri 1300 TL'den az olanlara göre daha çok yönelttiği; geliri 2501-3500 TL arasında olanları informal ödeme yapmaya geliri 1300 TL'den az olanlara göre daha çok yönelttiği saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların yaptıkları işe göre informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.18'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.18:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Yapılan İşe Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Yapılan İş	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene p (Levene)	F	p	
Hizmet Kalitesi	İşsiz	18	2,4097	1,04125	1,292	,226	2,228	,013
	Memur	27	2,9583	1,07473				
	Emekli	62	2,2016	1,04860				
	Öğrenci	16	2,5625	,71589				
	Akademisyen	38	2,9408	,88852				
	Bankacı	9	2,8194	1,04603				
	İşçi	34	2,2132	1,10805				
	Serbest Meslek	25	2,2500	1,04083				
	Ev Hanımı	68	2,2960	,98754				
	Sağlık Personeli	45	2,5694	1,00126				
	Öğretmen	28	2,6429	1,32668				
	Diğer	48	2,5182	1,22908				
Sağlık Sistemi	İşsiz	18	1,9074	,82292	1,538	,115	1,052	,399
	Memur	27	2,3210	1,16385				
	Emekli	62	1,9839	1,04092				
	Öğrenci	16	1,5000	,57090				
	Akademisyen	38	1,9298	,81708				
	Bankacı	9	2,0000	1,23603				
	İşçi	34	2,1275	1,16056				
	Serbest Meslek	25	2,0000	,88192				
	Ev Hanımı	68	2,1225	,98732				
	Sağlık Personeli	45	2,1185	1,04484				
	Öğretmen	28	1,6905	,86032				
	Diğer	48	2,0764	1,26087				
Kültür	İşsiz	18	2,2639	1,04132	,564	,858	1,661	,080
	Memur	27	2,7315	1,00222				
	Emekli	62	2,0726	,95427				
	Öğrenci	16	2,6406	,75812				
	Akademisyen	38	2,6316	,84577				
	Bankacı	9	2,3056	,87301				
	İşçi	34	2,2721	1,01759				
	Serbest Meslek	25	2,0200	,95175				
	Ev Hanımı	68	2,2868	,98142				
	Sağlık Personeli	45	2,4389	,91104				
	Öğretmen	28	2,4107	1,07629				
	Diğer	48	2,3802	,99331				
	Total	418	2,3463	,97056				

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,013<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.19’da gösterilmiştir.

İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,399>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu

açısından katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,080>0,05$ ).

**Tablo 3.19:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yapılan İş ve Hizmet Kalitesi Boyutu)

Bağımlı Değişken	(I) Yapılan İş	(J) Yapılan İş	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Hizmet Kalitesi LSD	Memur	Emekli	,75672*	,24428	,002
		İşçi	,74510*	,27309	,007
		Serbest Meslek	,70833*	,29405	,016
		Ev Hanımı	,66238*	,24099	,006
	Emekli	Memur	-,75672*	,24428	,002
		Akademisyen	-,73918*	,21826	,001
	Akademisyen	Emekli	,73918*	,21826	,001
		İşçi	,72755*	,25009	,004
	Serbest Meslek	Ev Hanımı	,69079*	,27282	,012
		Ev Hanımı	,64483*	,21457	,003
	İşçi	Memur	-,74510*	,27309	,007
		Akademisyen	-,72755*	,25009	,004
	Serbest Meslek	Memur	-,70833*	,29405	,016
		Akademisyen	-,69079*	,27282	,012
	Ev Hanımı	Memur	-,66238*	,24099	,006
		Akademisyen	-,64483*	,21457	,003

Hizmet kalitesi ile ilgili unsurların, memurları ve akademisyenleri informal ödeme yapmaya emekli, işçi, serbest meslek mensubu ve ev hanımlarına göre daha çok yönelttiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türüne göre informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.20’de gösterilmiştir.



**Tablo 3.20:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Finansman Türüne Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Finansman Türü	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene p(Levene)	F	p
Hizmet Kalitesi	Sadece SGK	362	2,4876	1,08104	,561	,691	,760
	Sadece Özel Sigorta	2	1,9375	,61872			
	SGK ve Özel Sigorta	44	2,3977	1,03790			
	Cepten Ödeme/Sigortasız	4	3,2188	1,48034			
	Diğer	6	2,2083	,94758			
Sağlık Sistemi	Sadece SGK	362	2,0249	1,02613	,118	,976	,426
	Sadece Özel Sigorta	2	2,0000	1,41421			
	SGK ve Özel Sigorta	44	1,9167	1,00932			
	Cepten Ödeme/Sigortasız	4	2,5833	1,25831			
	Diğer	6	2,1111	1,04704			
Kültür	Sadece SGK	362	2,3481	,96854	,865	,485	1,412
	Sadece Özel Sigorta	2	1,3750	,53033			
	SGK ve Özel Sigorta	44	2,2898	,93533			
	Cepten Ödeme/Sigortasız	4	3,2500	1,50000			
	Diğer	6	2,3750	,91856			

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,552>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,790>0,05$ ). İnfomal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,229>0,05$ ).

Kadın ve erkekler arasında infomal ödemelere yönelik tutum konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem t Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.21’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.21:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Cinsiyete Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	s.s.	p	
<b>Ahlaki Tutum</b>	Kadın	231	3,4745	1,24398	-1,217	,224
	Erkek	194	3,6216	1,23998	-1,217	
<b>Sosyal Tutum</b>	Kadın	231	2,5455	,98772	-1,063	,288
	Erkek	194	2,6512	1,06078	-1,056	
<b>Bireysel Tutum</b>	Kadın	231	2,9466	1,10534	-1,568	,118
	Erkek	194	3,1220	1,19754	-1,557	
<b>Hizmet Sürecine İlişkin Tutum</b>	Kadın	231	2,2078	1,16194	-2,645	<b>,008</b>
	Erkek	194	2,5180	1,25336	-2,628	

İnfomal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,224>0,05$ ). İnfomal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,288>0,05$ ). İnfomal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,118>0,05$ ).

İnfomal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,008<0,05$ ). Erkeklerin hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamaları, kadınlarınkine göre daha yüksektir.

Evli ve bekarlar arasında infomal ödemelere yönelik tutum konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem t Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.22’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.22:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Medeni Duruma Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Boyutlar	Medeni Durum	N	$\bar{x}$	s.s.	t	p
Ahlaki Tutum	Evli	292	3,5151	1,25385	-,653	,514
	Bekar	133	3,6000	1,22103	-,659	
Sosyal Tutum	Evli	292	2,6906	1,02981	2,923	,004
	Bekar	133	2,3810	,97454	2,984	
Bireysel Tutum	Evli	292	2,8733	1,11890	-4,150	,000
	Bekar	133	3,3634	1,15065	-4,107	
Hizmet Sürecine İlişkin Tutum	Evli	292	2,3613	1,22913	,299	,765
	Bekar	133	2,3233	1,18097	,304	

İnfomal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından, evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,514>0,05$ ). İnfomal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından, evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,765>0,05$ ).

İnfomal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından, evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,004<0,05$ ). İnfomal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından, evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Evlilerin sosyal tutum ortalamaları, bekarlardan daha yüksektir. Bekarların ise bireysel tutum ortalamaları evlilerden daha yüksektir.

Araştırmaya katılanların yaşlarına göre infomal ödemelere yönelik tutumlarının farklılaşp farklılaşmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.23'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.23:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Yaşa Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Yaş	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene	p (Levene)	F	p
<b>Ahlaki Tutum</b>	18-25	53	3,5962	1,16849	,943	,453	,468	,800
	26-35	138	3,5565	1,24437				
	36-45	91	3,6308	1,18018				
	46-55	64	3,5313	1,27552				
	56-65	45	3,4711	1,35456				
	65 üzeri	34	3,2706	1,34379				
<b>Sosyal Tutum</b>	18-25	53	2,1824	,93499	,496	,780	4,011	<b>,001</b>
	26-35	138	2,6377	1,01847				
	36-45	91	2,9158	,93306				
	46-55	64	2,5365	1,03487				
	56-65	45	2,4370	1,06795				
	65 üzeri	34	2,5098	1,08629				
<b>Bireysel Tutum</b>	18-25	53	3,0881	1,05844	,470	,799	,2946	<b>,013</b>
	26-35	138	3,2246	1,19418				
	36-45	91	2,7033	1,12815				
	46-55	64	2,9115	1,13194				
	56-65	45	2,9481	1,15022				
	65 üzeri	34	3,3137	1,02803				
<b>Hizmet Sürecine İlişkin Tutum</b>	18-25	53	2,1415	1,09359	,866	,504	,1399	,224
	26-35	138	2,4493	1,28479				
	36-45	91	2,5055	1,19837				
	46-55	64	2,3672	1,22876				
	56-65	45	2,0778	1,14294				
	65 üzeri	34	2,1765	1,14734				

İnfomal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından, katılımcıların yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,800>0,05$ ). İnfomal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından, katılımcıların yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,224>0,05$ ).

İnfomal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından, katılımcıların yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,001<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.24'te gösterilmiştir.

İnfomal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından, katılımcıların yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir

( $p=0,013<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.24’te gösterilmiştir.

**Tablo 3.24:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yaş ve Sosyal Tutum-Bireysel Tutum Boyutları)

Bağımlı Değişken	(I) Yaş	(J) Yaş	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p		
Sosyal Tutum	18-25	26-35	-,45529*	,16228	,005		
		36-45	-,73336*	,17351	,000		
	26-35	18-25	,45529*	,16228	,005		
		36-45	-,27807*	,13560	,041		
	LSD	36-45	18-25	,73336*	,17351	,000	
			26-35	,27807*	,13560	,041	
		46-55	,37929*	,16382	,021		
		56-65	,47871*	,18300	,009		
		65+	,40595*	,20184	,045		
		46-55	36-45	-,37929*	,16382	,021	
	Bireysel Tutum	56-65	36-45	-,47871*	,18300	,009	
		65 üzeri	36-45	-,40595*	,20184	,045	
		LSD	26-35	36-45	,52134*	,15358	,001
			36-45	26-35	-,52134*	,15358	,001
65 üzeri		36-45	-,61043*	,22860	,008		
	65 üzeri	36-45	,61043*	,22860	,008		

26-35 yaş arasındaki katılımcıların informal ödemelere yönelik sosyal tutum ortalamalarının 18-25 yaş arasındaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu; 36-45 yaş arasındaki katılımcıların informal ödemelere yönelik sosyal tutum ortalamalarının 18-25 yaş arasındaki, 26-35 yaş arasındaki, 46-55 yaş arasındaki, 56-65 yaş arasındaki, 65 üzeri yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. 26-35 yaş arasındaki ve 65 yaş üzerindeki katılımcıların informal ödemelere yönelik bireysel tutum ortalamalarının 36-45 yaş arasındaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların eğitim düzeylerine göre informal ödemelere yönelik tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.25’te gösterilmiştir.

**Tablo 3.25:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Eğitim Düzeyi	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene p (Levene)	F	p
<b>Ahlaki Tutum</b>	Oku-Yaz Yok	5	5,0000	,00000	4,644		
	İlkokul	69	2,8377	1,28990			
	Ortaokul	26	3,0846	1,50962			
	Lise	106	3,6245	1,19226			
	Ön lisans	53	3,3660	1,19919			
	Lisans	119	3,7983	1,08877			
	Lisansüstü	47	4,0340	1,03278			
<b>Sosyal Tutum</b>	Oku-Yaz Yok	5	3,2667	1,73845	3,117		
	İlkokul	69	2,4300	,94472			
	Ortaokul	26	2,6282	1,37381			
	Lise	106	2,5472	,94526			
	Ön lisans	53	2,5094	1,12775			
	Lisans	119	2,6303	,99792			
	Lisansüstü	47	2,8511	,90037			
<b>Bireysel Tutum</b>	Oku-Yaz Yok	5	2,0667	,76012	1,045		
	İlkokul	69	3,2029	1,12200			
	Ortaokul	26	3,2692	1,20746			
	Lise	106	2,8491	1,06719			
	Ön lisans	53	2,7547	1,22151			
	Lisans	119	3,0672	1,13627			
	Lisansüstü	47	3,3404	1,20484			
<b>Hizmet Sürecine İlişkin Tutum</b>	Oku-Yaz Yok	5	2,3000	1,56525	,515		
	İlkokul	69	2,1159	1,14450			
	Ortaokul	26	2,1154	1,32142			
	Lise	106	2,4009	1,19407			
	Ön lisans	53	2,1698	1,10916			
	Lisans	119	2,4538	1,25717			
	Lisansüstü	47	2,6489	1,21992			

İnfomal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından, katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tamhane testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.26'da gösterilmiştir.

İnfomal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından, katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,017<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.26'da gösterilmiştir.

İnfomal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından, katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,262>0,05$ ). İnfomal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu

açısından, katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,195>0,05$ ).

**Tablo 3.26:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Eğitim Düzeyi ve Ahlaki Tutum-Bireysel Tutum Boyutları)

Bağımlı Değişken	(I) Eğitim	(J) Eğitim	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p	
Ahlaki Tutum	Okuma Yazma Yok	İlkokul	2,16232*	,15529	,000	
		Ortaokul	1,91538*	,29606	,000	
		Lise	1,37547*	,11580	,000	
		Ön lisans	1,63396*	,16472	,000	
		Lisans	1,20168*	,09981	,000	
		Lisansüstü	,96596*	,15065	,000	
	Tamhane	İlkokul	Okuma Yazma Yok	-2,16232*	,15529	,000
			Lise	-,78685*	,19371	,002
			Lisans	-,96064*	,18460	,000
		Ortaokul	Okuma Yazma Yok	-1,91538*	,29606	,000
			Lise	-1,37547*	,11580	,000
			İlkokul	,78685*	,19371	,002
		Ön lisans	Okuma Yazma Yok	-1,63396*	,16472	,000
			Lisans	-1,20168*	,09981	,000
			Okuma Yazma Yok	-,96064*	,18460	,000
		Lisansüstü	Okuma Yazma Yok	-,96596*	,15065	,000
			İlkokul	1,19636*	,21635	,000
			Okuma Yazma Yok	-1,13623*	,52672	,032
Bireysel Tutum	Okuma Yama Yok	Ortaokul	-1,20256*	,55537	,031	
		Lisansüstü	-1,27376*	,53499	,018	
		Okuma Yazma Yok	1,13623*	,52672	,032	
	İlkokul	Lise	,35384*	,17592	,045	
		Ön lisans	,44818*	,20773	,032	
		Okuma Yazma Yok	1,20256*	,55537	,031	
	Ortaokul	İlkokul	-,35384*	,17592	,045	
		Lisansüstü	-,49137*	,19931	,014	
		Ön lisans	-,44818*	,20773	,032	
	Lisansüstü	Lisansüstü	-,58571*	,22787	,011	
		Okuma Yazma Yok	1,27376*	,53499	,018	
		Lise	,49137*	,19931	,014	
	Lisansüstü	Ön lisans	,58571*	,22787	,011	

Okuma yazması olmayanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının ilkokul, ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek olduğu; lise, lisans ve lisansüstü mezunlarının informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının ilkokul mezunlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İlkokul mezunlarının ve lisansüstü mezunlarının informal ödemelere yönelik bireysel tutum ortalamalarının okuma yazması olmayan, lise mezunu ve ön lisans mezunu katılımcılara göre; ortaokul mezunlarının informal ödemelere yönelik bireysel tutum ortalamalarının okuma yazması olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların gelir düzeylerine göre informal ödemelere yönelik tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.27’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.27:** Informal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Gelir Düzeyine Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Gelir Düzeyi	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene	p (Levene)	F	p
<b>Ahlaki Tutum</b>	Gelirim Yok	74	3,3405	1,19117	2,879	,006	3,685	<b>,001</b>
	1300'den az	30	3,0000	1,44604				
	1300-2500	132	3,3424	1,29769				
	2501-3500	69	3,7014	1,26799				
	3501-4500	56	3,9179	1,05815				
	4501-5500	36	3,9000	1,03703				
	5501-6500	14	4,2000	,80384				
	6501 ve üzeri	14	3,7714	1,07519				
<b>Sosyal Tutum</b>	Gelirim Yok	74	2,6486	,99296	,286	,959	1,507	,163
	1300'den az	30	2,3444	1,07026				
	1300-2500	132	2,4419	1,03501				
	2501-3500	69	2,5700	1,02756				
	3501-4500	56	2,8095	,96579				
	4501-5500	36	2,8148	,96755				
	5501-6500	14	2,9048	1,15046				
	6501 ve üzeri	14	2,6429	1,00821				
<b>Bireysel Tutum</b>	Gelirim Yok	74	2,9865	1,05184	1,077	,377	1,163	,323
	1300'den az	30	3,2222	1,04068				
	1300-2500	132	3,0051	1,11888				
	2501-3500	69	2,8619	1,26197				
	3501-4500	56	2,9762	1,12969				
	4501-5500	36	3,4259	1,23600				
	5501-6500	14	2,7692	1,23517				
	6501 ve üzeri	14	3,2619	1,30861				
<b>Hizmet Sürecine İlişkin Tutum</b>	Gelirim Yok	74	2,4324	1,25055	1,606	,132	1,115	,352
	1300'den az	30	2,0500	1,16966				
	1300-2500	132	2,2083	1,12066				
	2501-3500	69	2,3214	1,23369				
	3501-4500	56	2,4821	1,25757				
	4501-5500	36	2,6806	1,21979				
	5501-6500	14	2,5385	1,67657				
	6501 ve üzeri	14	2,4643	1,11742				

Informal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından, katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,001<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla



Post Hoc testlerinden Tamhane testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.28’de gösterilmiştir.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından, katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,163>0,05$ ). İnformal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından, katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,323>0,05$ ). İnformal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından, katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,352>0,05$ ).

**Tablo 3.28:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Gelir Düzeyi ve Ahlaki Tutum Boyutu)

Bağımlı Değişken	(I) Gelir	(J) Gelir	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p	
Ahlaki Tutum	Gelirim Yok	3501-4500	-,57732*	,21558	,008	
		4501-5500	-,55946*	,24733	,024	
		5501-6500	-,79792*	,36603	,030	
	1300'den az	2501-3500	-,72000*	,26561	,007	
		3501-4500	-,91786*	,27539	,001	
		4501-5500	-,90000*	,30089	,003	
	1300-2500	5501-6500	-1,13846*	,40416	,005	
		2501-3500	-,37758*	,17996	,037	
		3501-4500	-,57543*	,19411	,003	
	2501-3500	4501-5500	-,55758*	,22886	,015	
		5501-6500	-,79604*	,35381	,025	
		1300'den az	,72000*	,26561	,007	
	3501-4500	1300-2500	,37758*	,17996	,037	
		Gelirim Yok	,57732*	,21558	,008	
		1300'den az	,91786*	,27539	,001	
	4501-5500	1300-2500	,57543*	,19411	,003	
		Gelirim Yok	,55946*	,24733	,024	
		1300'den az	,90000*	,30089	,003	
	5501-6500	1300-2500	,55758*	,22886	,015	
		Gelirim Yok	,79792*	,36603	,030	
		1300'den az	1,13846*	,40416	,005	
			1300-2500	,79604*	,35381	,025

Aylık geliri 2501-3500 TL arasında olanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının aylık geliri 1300 TL’den az ve 1300-2500 TL olanlara göre daha yüksek olduğu; aylık geliri 3501-4500 TL arasında olanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının herhangi bir aylık geliri olmayanlara, aylık geliri 1300 TL’den az ve 1300-2500 TL olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Aylık geliri 4501-5500 TL arasında olanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının herhangi bir aylık geliri olmayanlara, aylık geliri 1300 TL'den az ve 1300-2500 TL olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Aylık geliri 5501-6500 TL arasında olanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının herhangi bir aylık geliri olmayanlara, aylık geliri 1300 TL'den az ve 1300-2500 TL olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılanların yaptıkları işe göre informal ödemelere yönelik tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla tek yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.29'da gösterilmiştir.



**Tablo 3.29:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Yapılan İşe Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Yapılan İş	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene p (Levene)	F	p	
Ahlaki Tutum	İşsiz	18	3,5111	1,35512	3,126	,000	2,223	<b>,013</b>
	Memur	29	3,9103	,84614				
	Emekli	63	3,3143	1,43806				
	Öğrenci	17	3,6118	,89014				
	Akademisyen	37	4,0162	,99708				
	Bankacı	9	4,3111	,74237				
	İşçi	34	3,4941	1,34771				
	Serbest Meslek	26	3,2923	1,30749				
	Ev Hanımı	69	3,2435	1,26392				
	Sağlık Personeli	46	3,4739	1,18010				
	Öğretmen	29	4,0414	1,04523				
	Diğer	48	3,4542	1,31618				
Sosyal Tutum	İşsiz	18	3,1111	1,17156	1,294	,225	1,569	,105
	Memur	29	2,5632	,95992				
	Emekli	63	2,3757	1,12082				
	Öğrenci	17	2,3333	,80795				
	Akademisyen	37	2,7477	,84036				
	Bankacı	9	2,5556	,74536				
	İşçi	34	2,6373	1,03269				
	Serbest Meslek	26	2,6026	,88453				
	Ev Hanımı	69	2,5314	,91523				
	Sağlık Personeli	46	2,4275	1,03676				
	Öğretmen	29	3,0575	1,03919				
	Diğer	48	2,6181	1,19690				
Bireysel Tutum	İşsiz	18	2,7037	1,07794	1,716	,068	1,513	,124
	Memur	29	2,9770	1,16813				
	Emekli	63	2,9788	1,15760				
	Öğrenci	17	3,2941	,78954				
	Akademisyen	37	3,4054	1,24011				
	Bankacı	9	3,4444	,89753				
	İşçi	34	2,7059	1,22203				
	Serbest Meslek	26	3,1667	,97639				
	Ev Hanımı	69	2,9275	1,04298				
	Sağlık Personeli	46	2,8623	1,06476				
	Öğretmen	29	3,4598	1,23254				
	Diğer	48	2,9653	1,35137				
Hizmet Sürecine İlişkin Tutum	İşsiz	18	2,6389	1,23438	1,301	,221	2,002	<b>,027</b>
	Memur	29	2,8276	1,25553				
	Emekli	63	1,8413	1,01927				
	Öğrenci	17	2,3235	1,21116				
	Akademisyen	37	2,6486	1,15989				
	Bankacı	9	2,5000	1,25000				
	İşçi	34	2,3971	1,14666				
	Serbest Meslek	26	2,1731	1,21608				
	Ev Hanımı	69	2,3478	1,17669				
	Sağlık Personeli	46	2,1957	1,09280				
	Öğretmen	29	2,5345	1,27427				
	Diğer	48	2,4688	1,45648				

İnformal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından, katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,013<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tamhane testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.30'da gösterilmiştir.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından, katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,105>0,05$ ). İnformal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından, katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,124>0,05$ ).

İnformal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından, katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,027<0,05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.30'da gösterilmiştir.

**Tablo 3.30:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Yapılan İş ve Ahlaki Tutum-Hizmet Sürecine İlişkin Tutum Boyutları)

Bağımlı Değişken	(I) İş	(J) İş	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Ahlaki Tutum	Memur	Emekli	,59606*	,27458	,031
		Ev Hanımı	,66687*	,27079	,014
	Emekli	Memur	-,59606*	,27458	,031
		Akademisyen	-,70193*	,25344	,006
		Bankacı	-,99683*	,43603	,023
	Akademisyen	Öğretmen	-,72709*	,27458	,008
		Emekli	,70193*	,25344	,006
		Serbest Meslek	,72391*	,31313	,021
		Ev Hanımı	,77274*	,24933	,002
	Bankacı	Sağlık Personeli	,54230*	,27021	,045
		Diğer	,56205*	,26769	,036
		Emekli	,99683*	,43603	,023
	Serbest Meslek	Serbest Meslek	1,01880*	,47322	,032
		Ev Hanımı	1,06763*	,43365	,014
	Ev Hanımı	Akademisyen	-,72391*	,31313	,021
		Bankacı	-1,01880*	,47322	,032
		Öğretmen	-,74907*	,33047	,024
	Öğretmen	Memur	-,66687*	,27079	,014
		Akademisyen	-,77274*	,24933	,002
		Bankacı	-1,06763*	,43365	,014
	Diğer	Öğretmen	-,79790*	,27079	,003
		Emekli	,72709*	,27458	,008
		Serbest Meslek	,74907*	,33047	,024
	İşsiz	Ev Hanımı	,79790*	,27079	,003
Diğer		,58721*	,28778	,042	
Hizmet Sürecine İlişkin Tutum	İşsiz	Akademisyen	-,56205*	,26769	,036
		Öğretmen	-,58721*	,28778	,042
	Memur	Emekli	,79762*	,32005	,013
		Emekli	,98632*	,26873	,000
		Serbest Meslek	,65451*	,32343	,044
	Emekli	Sağlık Personeli	,63193*	,28395	,027
		İşsiz	-,79762*	,32005	,013
		Memur	-,98632*	,26873	,000
		Akademisyen	-,80738*	,24804	,001
	Akademisyen	Ev Hanımı	-,50656*	,20868	,016
		Öğretmen	-,69321*	,26873	,010
		Diğer	-,62748*	,22943	,007
	İşçi	Emekli	,80738*	,24804	,001
		Emekli	,55579*	,25484	,030
	Serbest Meslek	Memur	-,65451*	,32343	,044
		Emekli	,50656*	,20868	,016
	Sağlık Personeli	Memur	-,63193*	,28395	,027
		Emekli	,69321*	,26873	,010
	Diğer	Emekli	,62748*	,22943	,007

Bu sonuçlara göre, memurların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamaları emekli ve ev hanımlarına göre yüksektir. Akademisyen, öğretmen ve bankacıların

informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamaları emekli, serbest meslek mensubu ve ev hanımlarına göre yüksektir. Akademisyenlerin informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamaları, sağlık personeli ve diğer iş gruplarına göre yüksektir. Öğretmenlerin informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamaları diğer iş gruplarına göre yüksektir. İşsiz, akademisyen, memur, ev hanımı, öğretmen ve diğer iş gruplarının informal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamaları emeklilere göre daha yüksektir. Ayrıca memurların informal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamaları serbest meslek mensubu ve sağlık personeline göre daha yüksektir.

Araştırmaya katılanların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türüne göre informal ödemelere yönelik tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.31’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.31:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Finansman Türüne Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	Finansman Türü	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene	p (Levene)	F	p
Ahlaki Tutum	Sadece SGK	370	3,5189	1,23302	1,652	,160	3,474	<b>,008</b>
	Sadece Özel Sigorta	2	1,3000	,42426				
	SGK ve Özel Sigorta	44	3,9545	1,10967				
	Cepten Ödeme/Sigortasız	3	3,1333	1,85831				
	Diğer	6	2,8667	1,60831				
Sosyal Tutum	Sadece SGK	370	2,5874	1,02705	,761	,551	,748	,560
	Sadece Özel Sigorta	2	1,6667	,94281				
	SGK ve Özel Sigorta	44	2,7197	,92885				
	Cepten Ödeme/Sigortasız	3	2,7778	1,83586				
	Diğer	6	2,2778	1,06284				
Bireysel Tutum	Sadece SGK	370	3,0189	1,13309	,486	,746	,452	,771
	Sadece Özel Sigorta	2	3,8333	1,64992				
	SGK ve Özel Sigorta	44	3,0455	1,26285				
	Cepten Ödeme/Sigortasız	3	3,5556	1,71053				
	Diğer	6	2,8333	1,24276				
Hizmet Sürecine İlişkin Tutum	Sadece SGK	370	2,3797	1,22905	1,136	,339	,847	,496
	Sadece Özel Sigorta	2	2,2500	1,76777				
	SGK ve Özel Sigorta	44	2,0909	,99576				
	Cepten Ödeme/Sigortasız	3	3,0000	2,00000				
	Diğer	6	2,0833	1,24164				

İnformal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,008<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.32’de gösterilmiştir.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,560>0.05$ ). İnformal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,771>0.05$ ). İnformal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,496>0.05$ ).

**Tablo 3.32:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (Finansman Türü ve Ahlaki Tutum Boyutu)

Bağımlı Değişken	(I) Finansman Türü	(J) Finansman Türü	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	P
Ahlaki Tutum	Sadece SGK	Sadece Özel Sigorta	2,21892*	,87110	,011
		SGK ve Özel Sigorta	-,43563*	,19592	,027
	Sadece Özel Sigorta	Sadece SGK	-2,21892*	,87110	,011
		SGK ve Özel Sigorta	-2,65455*	,88828	,003
	SGK ve Özel Sigorta	Sadece SGK	,43563*	,19592	,027
		Sadece Özel Sigorta	2,65455*	,88828	,003
		Diğer	1,08788*	,53468	,043
	Diğer	SGK ve Özel Sigorta	-1,08788*	,53468	,043

Sağlık hizmeti finansman türü sadece SGK olanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının, sağlık hizmeti finansman türü sadece özel sigorta olanlardan daha yüksek olduğu; sağlık hizmeti finansman türü SGK ve Özel Sigorta olanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının, sağlık hizmeti finansman türü sadece SGK, sadece özel sigorta ve diğer olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

### 3.7.4. Hipotez Testlerine İlişkin Bulgular

Araştırma hipotezlerinin sınanmasında Bağımsız Örneklem t Testi ve Tek Yönlü ANOVA Testi, Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem t Testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.33'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.33:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların Daha Önce İnfomal Ödeme Yapıp Yapmama Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Boyutlar	İ.Ö Yapma Durumu	N	$\bar{x}$	s.s.	t	p
Hizmet Kalitesi	Evet	126	2,9405	1,16186	6,001	,000
	Hayır	292	2,2791	,97378	5,597	
Sağlık Sistemi	Evet	126	2,2910	1,09948	3,603	,000
	Hayır	292	1,9030	,96961	3,428	
Kültür	Evet	126	2,6567	1,02798	4,389	,000
	Hayır	292	2,2123	,91444	4,190	

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Buna göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{1a}$  hipotezi **kabul** edilmiştir.

İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Buna göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{1b}$  hipotezi **kabul** edilmiştir.

İnfomal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu açısından daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık



olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Buna göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödeme yapmaya yönelten kültür faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{1c}$  hipotezi **kabul** edilmiştir.

Sonuçlara göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödeme yapmaya yönelten faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_1$  hipotezi **tamamen kabul** edilmiştir.

Araştırmaya katılanların informal ödemelere yönelik genel düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.34’te gösterilmiştir.

**Tablo 3.34:** İnfomal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlara İlişkin Boyutların İnfomal Ödemelere Yönelik Düşünceye Göre Farklılaşıp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	İnfomal Ödemelere Yönelik			Levene p(Levene)	F	p		
	Düşünce	N	$\bar{x}$				s.s.	
Hizmet Kalitesi	Olumlu	18	3,4236	1,31321	1,445	,229	5,335	<b>,001</b>
	Ne olumlu ne olumsuz	73	2,4366	,96939				
	Olumsuz	297	2,4167	1,06518				
	Fikir Belirtmek İstemiyorum	30	2,6250	1,05659				
Sağlık Sistemi	Olumlu	18	3,0741	1,09994	,831	,477	9,503	<b>,000</b>
	Ne olumlu ne olumsuz	73	2,0457	,85222				
	Olumsuz	297	1,9102	1,00495				
	Fikir Belirtmek İstemiyorum	30	2,4111	1,14364				
Kültür	Olumlu	18	2,7361	1,27034	1,714	,164	1,314	,269
	Ne olumlu ne olumsuz	73	2,4212	,91560				
	Olumsuz	297	2,3030	,95856				
	Fikir Belirtmek İstemiyorum	30	2,3583	1,00577				

İnfomal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından katılımcıların informal ödemelere yönelik genel düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,001<0,05$ ). Buna göre, informal ödemelere yönelik düşünce ile informal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{2a}$  hipotezi **kabul** edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.35’te gösterilmiştir.

İnfomal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından katılımcıların informal ödemelere yönelik genel düşünceleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit

edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Buna göre, informal ödemelere yönelik düşünce ile informal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{2b}$  hipotezi **kabul** edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.35'te gösterilmiştir.

İnformal ödeme yapmaya yönelten kültür boyutu açısından katılımcıların informal ödemelere yönelik genel düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,269>0,05$ ). Buna göre, informal ödemelere yönelik düşünce ile informal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{2c}$  hipotezi **reddedilmiştir**.

Sonuçlara göre, informal ödemelere yönelik düşünce ile informal ödeme yapmaya yönelten faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_2$  hipotezi **kısmen kabul** edilmiştir.

**Tablo 3.35:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (İnformal Ödemelere İlişkin Düşünce ve Hizmet Kalitesi-Kültür Boyutları)

Bağımlı Değişken			Ort.	Std. Hata	p	
	(I) Düşünce	(J) Düşünce	Farkı (I-J)			
Hizmet Kalitesi	Olumlu	Ne Olumlu Ne Olumsuz	,98697*	,27896	,000	
		Olumsuz	1,00694*	,25731	,000	
		Fikir Belirtmek İstemiyorum	,79861*	,31604	,012	
	LSD	Ne Olumlu Ne Olumsuz	Olumlu	-,98697*	,27896	,000
		Olumsuz	Olumlu	-1,00694*	,25731	,000
		Fikir Belirtmek İstemiyorum	Olumlu	-,79861*	,31604	,012
Sağlık Sistemi	Olumlu	Ne Olumlu Ne Olumsuz	1,02841*	,26180	,000	
		Olumsuz	1,16386*	,24148	,000	
		Fikir Belirtmek İstemiyorum	,66296*	,29660	,026	
	LSD	Ne Olumlu Ne Olumsuz	Olumlu	-1,02841*	,26180	,000
		Olumsuz	Olumlu	-1,16386*	,24148	,000
		Fikir Belirtmek İstemiyorum	Olumlu	-,50090*	,19058	,009
Fikir Belirtmek İstemiyorum	Olumlu	Olumsuz	-,66296*	,29660	,026	
	Olumsuz	Olumlu	,50090*	,19058	,009	

Hizmet kalitesi ile ilgili unsurların, informal ödemelere ilişkin düşünceleri ne olumlu ne de olumsuz olanlara kıyasla, düşünceleri olumlu olanları bu tür ödemeler

yapmaya daha çok yönelttiği; informal ödemelere ilişkin düşünceleri olumsuz olanlara kıyasla, düşünceleri olumlu olanları bu tür ödemeler yapmaya daha çok yönelttiği; informal ödemelere ilişkin fikirlerini belirtmek istemeyenlere kıyasla, düşünceleri olumlu olanları bu tür ödemeler yapmaya daha çok yönelttiği; informal ödemelere ilişkin düşünceleri olumsuz olanlara kıyasla, düşüncelerini belirtmek istemeyenleri bu tür ödemeler yapmaya göre daha çok yönelttiği tespit edilmiştir.

Sağlık sistemi ile ilgili unsurların ise informal ödemelere ilişkin düşünceleri ne olumlu ne de olumsuz olanlara kıyasla, düşünceleri olumlu olanları bu tür ödemeler yapmaya daha çok yönelttiği; informal ödemelere ilişkin düşünceleri olumsuz olanlara kıyasla, düşünceleri olumlu olanları bu tür ödemeler yapmaya daha çok yönelttiği; informal ödemelere ilişkin fikirlerini belirtmek istemeyenlere kıyasla, düşünceleri olumlu olanları bu tür ödemeler yapmaya daha çok yönelttiği; informal ödemelere ilişkin düşünceleri olumsuz olanlara kıyasla, fikirlerini belirtmek istemeyenleri bu tür ödemeler yapmaya göre daha çok yönelttiği saptanmıştır.

Daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında informal ödemelere yönelik tutum konusunda farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.36'da gösterilmiştir.

**Tablo 3.36:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının Daha Önce İnfomal Ödeme Yapıp Yapmama Durumuna Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan t Testi Sonuçları

Boyutlar	İ.Ö. Yapma Durumu	N	$\bar{x}$	s.s.	t	p
<b>Ahlaki Tutum</b>	Evet	130	3,3492	1,25267	-2,128	<b>,034</b>
	Hayır	295	3,6264	1,23111	-2,113	
<b>Sosyal Tutum</b>	Evet	130	2,7385	1,03428	1,945	,052
	Hayır	295	2,5299	1,01153	1,928	
<b>Bireysel Tutum</b>	Evet	130	3,0077	1,12406	-,225	,822
	Hayır	295	3,0350	1,16346	-,229	
<b>Hizmet Sürecine İlişkin Tutum</b>	Evet	130	2,7154	1,33227	4,210	<b>,000</b>
	Hayır	295	2,1881	1,12154	3,939	

İnfomal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından, daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,034<0,05$ ). Buna göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelik ahlaki tutum faktörü

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{3a}$  hipotezi **kabul** edilmiştir.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından, daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,052>0,05$ ). Buna göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelik sosyal tutum faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{3b}$  hipotezi **reddedilmiştir**.

İnformal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından, daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,822>0,05$ ). Buna göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelik bireysel tutum faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{3c}$  hipotezi **reddedilmiştir**.

İnformal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından, daha önce informal ödeme yapanlar ile yapmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Buna göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{3d}$  hipotezi **kabul** edilmiştir.

Sonuçlara göre, daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_3$  hipotezi **kısmen kabul** edilmiştir.

Araştırmaya katılanların informal ödemelere ilişkin genel düşünceleri ile informal ödemelere yönelik tutumları arasında farklılık olup olmadığını saptamak amacıyla Tek Yönlü ANOVA testi yapılmıştır. Analiz sonucunda ulaşılan bulgular Tablo 3.37’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.37:** İnfomal Ödemelere Yönelik Tutum Boyutlarının İnfomal Ödemelere Yönelik Düşünceye Göre Farklılaşp Farklılaşmadığını Belirlemek Üzere Yapılan Tek Yönlü ANOVA Testi Sonuçları

Boyutlar	İnfomal Ödemelere Yönelik Düşünce	N	$\bar{x}$	s.s.	Levene p(Levene)	F	p
Ahlaki Tutum	Olumlu	20	2,4700	1,19168	,971	,406	18,495
	Ne olumlu ne olumsuz	74	2,9676	1,20956			
	Olumsuz	300	3,8067	1,15070			
	Fikir Belirtmek İstemiyorum	31	3,0387	1,27794			
Sosyal Tutum	Olumlu	20	2,8500	1,14184	1,514	,210	,794
	Ne olumlu ne olumsuz	74	2,4730	,98853			
	Olumsuz	300	2,6011	1,00082			
	Fikir Belirtmek İstemiyorum	31	2,6452	1,22000			
Bireysel Tutum	Olumlu	20	2,8667	1,15672	1,623	,183	1,567
	Ne olumlu ne olumsuz	74	3,2838	1,15954			
	Olumsuz	300	2,9756	1,12080			
	Fikir Belirtmek İstemiyorum	31	3,0108	1,36214			
Hizmet Sürecine İlişkin Tutum	Olumlu	20	3,1000	1,41049	,466	,706	2,875
	Ne olumlu ne olumsuz	74	2,3243	1,15993			
	Olumsuz	300	2,2950	1,19243			
	Fikir Belirtmek İstemiyorum	31	2,4516	1,29328			

İnfomal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından katılımcıların infomal ödemelere yönelik düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,000<0,05$ ). Buna göre, infomal ödemelere yönelik düşünce ile infomal ödemelere yönelik ahlaki tutum faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{4a}$  hipotezi **kabul** edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla Post Hoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.38’de gösterilmiştir.

İnfomal ödemelere yönelik sosyal tutum boyutu açısından katılımcıların infomal ödemelere yönelik düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,498>0,05$ ). Buna göre, infomal ödemelere yönelik düşünce ile infomal ödemelere yönelik sosyal tutum faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{4b}$  hipotezi **reddedilmiştir**.

İnfomal ödemelere yönelik bireysel tutum boyutu açısından katılımcıların infomal ödemelere yönelik düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p=0,197>0,05$ ). Buna göre, infomal ödemelere yönelik

düşünce ile informal ödemelere yönelik bireysel tutum faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{4c}$  hipotezi **reddedilmiştir**.

İnformal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından katılımcıların informal ödemelere yönelik düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,036<0,05$ ). Buna göre, informal ödemelere yönelik düşünce ile informal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_{4d}$  hipotezi **kabul** edilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla PostHoc testlerinden LSD testi kullanılmış ve sonuçlar Tablo 3.38’de gösterilmiştir.

Sonuçlara göre, informal ödemelere yönelik düşünce ile informal ödemelere yönelik tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu öngören  $H_4$  hipotezi **kısmen kabul** edilmiştir.

**Tablo 3.38:** Çoklu Karşılaştırma Tablosu (İnformal Ödemelere İlişkin Düşünce ve Ahlaki Tutum-Hizmet Sürecine İlişkin Tutum Boyutları)

Bağımlı Değişken	(I) İnfomal Ödemelere Yönelik Düşünce	(J) İnfomal Ödemelere İlişkin Düşünce	Ort. Farkı (I-J)	Std. Hata	P	
Ahlaki Tutum	Olumlu	Olumsuz	-1,33667*	,27076	,000	
	Ne Olumlu Ne Olumsuz	Olumsuz	-,83910*	,15217	,000	
	LSD	Olumsuz	Olumlu	1,33667*	,27076	,000
			Ne Olumlu Ne Olumsuz	,83910*	,15217	,000
		Fikir Belirtmek İstemiyorum	Fikir Belirtmek İstemiyorum	,76796*	,22118	,001
			Olumsuz	-,76796*	,22118	,001
Hizmet Sürecine İlişkin Tutum	Olumlu	Ne olumlu ne olumsuz	,77568*	,30369	,011	
		Olumsuz	,80500*	,27829	,004	
	LSD	Ne olumlu ne olumsuz	-,77568*	,30369	,011	
		Olumsuz	-,80500*	,27829	,004	

İnformal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumsuz olanların ahlaki tutum ortalamalarının informal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumlu olanlara göre daha yüksek olduğu; informal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumsuz olanların ahlaki tutum ortalamalarının informal ödemelere yönelik genel düşüncesi ne olumlu ne de olumsuz olanlara göre daha yüksek olduğu, informal ödemelere yönelik genel

düşüncesi olumsuz olanların ahlaki tutum ortalamaları informal ödemelere yönelik düşüncesini belirtmek istemeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İnformal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumlu olanların hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamalarının, informal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumsuz olanlara ve ne olumlu ne de olumsuz olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

İnformal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve informal ödemelere yönelik tutum arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucu elde edilen bulgular Tablo 3.39’da verilmiştir.

**Tablo 3.39:** İnformal Ödemelere Yönelten Unsurlar ve İnformal Ödemelere Yönelik Tutum Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Korelasyon Analizi Sonuçları

		İnformal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlar	İnformal Ödemelere Yönelik Tutum
<b>İnformal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlar</b>	PearsonCorrelation (r)	1	,258**
	p		,000
	N	418	425
<b>İnformal Ödemelere Yönelik Tutum</b>	PearsonCorrelation(r)	,258**	1
	p	,000	
	N	418	425

İnformal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve informal ödemelere yönelik tutum arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki ( $r=0,258$ ;  $p<0,05$ ) olduğu saptanmıştır.

Sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurların, informal ödemelere yönelik tutumları üzerinde etkisi olup olmadığını belirlemek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 3.40:** İnformal Ödemelere Yönelten Unsurların, İnformal Ödemelere Yönelik Tutum Üzerindeki Etkisini Belirlemek Üzere Yapılan Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

<b>Bağımlı Değişken:</b> İnformal Ödemelere Yönelik Tutum					
	B	Beta	t	p	Durbin-Watson
Sabit	2,619		32,742	0,000	1,398
<b>Bağımsız Değişken</b>					
İnformal Ödeme Yapmaya Yönelten Unsurlar	0,172	0,258	5,438	0,000	
$R^2 = 0,066$		Düzeltilmiş $R^2 = 0,064$		$F=29,573$	$p=0,000$

İnformal ödemelere yönelten unsurların, informal ödemelere yönelik tutum üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizi

sonucunda Durbin Watson değeri 1,398 olarak bulunmuştur ve bu değer otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Model özeti tablosunda görüleceği üzere informal ödemelere yönelik tutumdaki değişimin %6'sı modele dâhil edilen bağımsız değişkenler tarafından açıklanmaktadır. ANOVA tablosundaki F değeri (29,573;  $p=0,000<0,05$ ) modelin tümüyle istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir. İnfomal ödemelere yönelten unsurlardaki 1 birimlik artış, informal ödemelere yönelik tutumu 0,172 birim artıracaktır. Bu katsayıya ilişkin t değeri de her düzeyde anlamlı bulunduğundan ( $p=0,000<0,05$ ) informal ödemelere yönelten unsur değişkeninin katsayısı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sonuçlara göre, sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurların, sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin tutumlarını etkilediğini öngören **H<sub>5</sub>** hipotezi **kabul** edilmiştir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

İnformal ödemeler, ücretsiz olarak sunulması gereken hizmetler için, hizmet sunucularına (kişi ya da kurum) yapılan nakit ya da aynı ödemeler olarak tanımlanmaktadır. Bu tür ödemeler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hizmetlere erişimi kolaylaştırmak ve daha kaliteli hizmet almayı sağlamak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Sağlık sektörü de informal ödemelerin sıklıkla kullanıldığı bir sektördür. Sağlık hizmeti kullanıcıları, hizmetlere daha hızlı erişmek, hizmet kalitesini artırmak amacıyla ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetleri için, hizmet sunucularına fazladan ödemeler yapmaktadırlar.

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ve sağlık hizmeti kullanıcılarının bu tür ödemelere yönelik tutumlarını ortaya koymaktır. Ayrıca çalışmada, sağlık hizmeti kullanıcılarının daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumları ve bu ödemelere ilişkin düşünceleri ile informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar ve informal ödemelere yönelik tutumları arasında farklılık olup olmadığını ortaya koymak da amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak ulusal ve uluslararası literatür taranarak sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurları ölçmeye ilişkin 15 ifadeden ve sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere yönelik tutumlarını ölçmeye ilişkin 13 ifadeden oluşan iki farklı ölçüm aracı geliştirilmiştir. Ölçüm araçlarının yapı geçerliliği ve iç tutarlılığı test edildikten sonra İzmir ilinde yaşayan ve herhangi bir sağlık kurumundan sağlık hizmeti alan 18 yaş üstü 425 yetişkin ile yüz-yüze görüşme tekniği kullanılarak anket yapılmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; katılımcıların %54,4'ünün kadın, %32,5'inin 26-35 yaş arasında, %28'inin lisans mezunu, %68,7'sinin evli, %31,1'inin gelirinin 1300TL-2500TL arasında, %16,2'sinin ev hanımı, %87,1'inin sağlık hizmetleri finansman türünün sadece SGK olduğu görülmektedir. Bu bulgular kadın, evli ve genç yaştaki bireylerin araştırmaya daha fazla ilgi gösterdiğini göstermektedir. Katılımcıların çoğunun gelirlerinin 1300TL - 2500TL arasında olmasının nedeninin Türkiye'de asgari ücretlerin, emekli aylıklarının ve bazı memur maaşlarının bu aralıkta olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ev hanımı katılımcıların oranının yüksek olmasının nedeni ise belirli

saatler arasında çalışmak zorunda olmayan ve anket yapmak için günün her saatinde parkta, okulda, yolda, kafede kolay ulaşılabilecek bireyler olmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Lisans mezunu katılımcıların oranının yüksek olması da araştırmaya katılan bireylerin bilgi seviyelerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye’de 2008 yılından beri uygulanan ve 2012 yılından itibaren zorunlu hale getirilen Genel Sağlık Sigortası ile tüm nüfus sigorta kapsamına alınmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın bulguları da genel sağlık sigortasının etkinliğini destekler niteliktedir (finansman türü SGK olan katılımcıların oranı %87).

İnformal ödemelerle ilgili düşüncelere ilişkin bulgulara bakıldığında katılımcıların %70,6’sının informal ödemelere yönelik genel düşüncesinin olumsuz olduğu görülmektedir. Bu durum Türk toplumunun kültürel yapısı ve dini inançları ile açıklanabilir. Sosyal devlet - Paternalist devlet (Devlet Baba) anlayışının hakim olması ve sağlık hizmeti gibi hayati öneme sahip hizmetlerin devlet kanalıyla ücretsiz olarak verilmesi gerektiğine olan inancın ve rüşvet, yolsuzluk gibi durumların haram olarak görülmesinin bu olumsuz düşüncenin oluşmasında etkili olduğu söylenebilir. Katılımcıların bugüne kadar almış oldukları sağlık hizmetlerinde informal ödeme yapıp yapmadıkları durumuna bakıldığında %69,4’ünün hiç informal ödeme yapmadığı, %30,6’sının ise informal ödeme yaptığı görülmektedir. İnfomal ödeme yapmayanların oranı, yapanlara kıyasla daha yüksek olmasına rağmen Türkiye gibi nüfusunun hemen hemen tamamına yakınının sosyal güvence kapsamında olduğu bir ülkede %30,6’lık bir oranın azımsanmaması gerekmektedir. Ayrıca informal ödemelerin yasa dışı/etik dışı/ahlaka aykırı olarak algılanması da katılımcıların informal ödeme yapmalarına rağmen, yapmadıklarını belirtmelerine sebep olmuş olabileceği düşünülmektedir.

İnformal ödeme yapanların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında %54,6’sının kadın, %34,6’sının 26-35 yaş arasında; %36,2’sinin lisans mezunu; %77,7’sinin evli; %25,4’ünün gelirinin 1300-2500 TL arasında; %16,2’sinin ev hanımı; %89,2’sinin sağlık hizmeti finansman türünün sadece SGK olduğu ve %64,6’sının informal ödemelere ilişkin düşüncesinin olumsuz olduğu saptanmıştır. İnfomal ödeme yapanların medeni durumuna bakıldığında evli katılımcıların bekarlara göre çok daha fazla informal ödeme yaptığı görülmektedir. Bu durum evli katılımcıların bakmakla yükümlü oldukları aile üyelerinin (eşleri, çocukları ve

ebeveynleri) sağlık durumuna daha fazla özen göstermesi ve onlar için daha yüksek kalitede sağlık hizmeti almak istemesiyle açıklanabilir. Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak, Balabanova ve McKee (2002) yaptıkları çalışmada informal ödeme yapanların daha iyi eğitim düzeyine sahip ve daha genç kişiler olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak, Pavlova ve arkadaşları (2010) ise yaptıkları çalışmada gelir düzeyi düşük olan kişilerin, gelir düzeyi yüksek olan kişilere göre altı kat daha fazla informal ödeme yaptığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmanın bulgularına benzer olarak, Tengilimoğlu ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada informal ödeme yapanların %82,5'inin sağlık hizmeti finansman türünün sadece SGK olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışma sonucunda informal ödemelerin, daha çok kamu hastanelerinde (%57,6), doktorlara (%48,1), nakit olarak (%68,4), sağlık personelinin talebi üzerine (%50,4), ameliyat hizmetleri için (%48,7), hizmet almadan önce (%46,3), cerrahi tıp dalında (%80,1) ve 500 TL'den daha az (%38,2) yapıldığı saptanmıştır. İnfomal ödemelerin büyük bir çoğunluğunun nakit olarak, hizmet alımından önce ve sağlık personelinin talebi üzerine yapılmış olması, bu ödemelerin şükran göstermek veya kültürel nedenlerden dolayı değil, hastaların temel hakları arasında yer alan hizmetlerin alınması için yapıldığını göstermektedir. Ayrıca informal ödemelerin cerrahi tıp dalında, ameliyat hizmetleri için yapılmış olmasının, Türkiye'de yaygın olarak kullanılan "bıçak parası" uygulamasının bir yansıması olduğu düşünülmektedir. Liropoulos ve arkadaşları (2008), yaptıkları çalışmada informal ödemelerin %36'sının daha iyi niteliklere, daha fazla deneyime ve daha iyi itibarlara sahip olan tıp doktorlarına yapıldığı sonucuna varmışlardır. Benzer şekilde Tengilimoğlu ve arkadaşları (2015) da informal ödemelerin %86'sının doktorlara yapıldığı sonucuna ulaşmışlardır. Tatar ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada informal ödemelerin %72'sinin, Zarei ve arkadaşları (2018) ise yaptıkları çalışmada informal ödemelerin %52,4'ünün nakit olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ayrıca Zarei ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada informal ödemelerin %64,4'ünün kamu hastanelerinde yapıldığını saptamışlardır. Kaitelidou ve arkadaşları (2013) informal ödemelerin %56,3'ünün; Liropoulos ve arkadaşları (2008) ise informal ödemelerin %20'sinin sağlık personelinin talebi üzerine yapıldığı ve cerrahi işlemlerde bu tür ödemelerin yapılma olasılığının cerrahi olmayan işlemlere göre %137 daha fazla

olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışmanın aksine Tatar ve arkadaşları (2007) özel sektörde yapılan informal ödemelerin %99'unun dahili hekimlik hizmeti almak amacıyla, kamu sektöründe yapılan informal ödemelerin %50,6'sının ilaçlar için yapıldığı sonucuna ulaşmışlardır. Balabanova ve McKee (2002) yaptıkları çalışmada informal ödemelere ilişkin düşüncenin, bu ödemelerin sağlık çalışanları tarafından talep edilmesi durumunda oldukça olumsuz olduğu, hastalar tarafından teklif edilmesi durumunda ise daha ılımlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların informal ödeme yapmama durumunda iyi hizmet alamamaktan korktukları, informal ödemelerin toplumda kabul gören bir olgu olduğunu düşündükleri, informal ödeme yapmaları gerektiğinde bu kararı sadece kendilerinin vermediği, kendilerinden bu tür ödeme talep edildiğinde nereye ve nasıl Şikayette bulunacaklarını çok fazla bilmedikleri, sağlık reformlarının informal ödemeleri ortadan kaldırdığını düşünmedikleri ve Sağlık Bakanlığı'nın bu tür ödemeleri önlemeye yönelik çalışmaları olmadığını düşündükleri saptanmıştır. Setayesh ve arkadaşları (2007) yaptıkları çalışmada, katılımcıların % 90'ından fazlasının informal demeler konusunda yeterli bilgiye sahip olduğu ancak %87'sinin kendilerinden böyle bir ödeme talep edilmesi durumunda nereye başvurmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olmadığı sonucuna varmışlardır. Zarei ve arkadaşları (2018) ise yaptıkları çalışmada katılımcıların %10'unun standartların altında hizmet almaktan korktukları için; Moldovan ve Walle (2013) de yaptıkları çalışmada hastaların ödeme yapmamaları durumunda ne olacağından korktukları için bu tür demeler yaptıkları sonucuna varmışlardır.

Katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, yaşları ve sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman yöntemi ile informal ödeme yapmaya yönelten unsurlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

İnformal deme yapmaya yönelten sağlık sistemi boyutu açısından katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödeme yapmaya yönelten hizmet kalitesi ve kültür boyutları açısından katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hizmet kalitesi ile ilgili unsurların, lisans ve lisansüstü mezunlarını informal ödeme yapmaya ilkokul, ortaokul, lise ve ön lisans mezunlarına göre daha çok motive ettiği; kültür ile ilgili unsurların, lisans

mezunlarını informal ödeme yapmaya ilkokul ve ön lisans mezunlarına göre daha çok yönelttiği ve yine kültür ile ilgili unsurların lisansüstü mezunlarını informal ödeme yapmaya ilkokul mezunlarına göre daha çok yönelttiği tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin, sahip oldukları hakların farkında olduklarından informal ödeme yapmaya daha az yönelecekleri düşünülmektedir. Ancak bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların, eğitim düzeyi düşük olanlara göre informal ödeme yapmaya daha fazla yöneldiği saptanmıştır.

İnformal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi ve kültür boyutları açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hizmet kalitesi ile ilgili unsurların, geliri 4501-5500 TL arasında olanları informal ödeme yapmaya geliri olmayan, 1300 TL'den az olan ve 1300-2500 TL arasında olanlara göre daha çok yönelttiği; geliri 3501-4500 TL arasında olanları informal ödeme yapmaya geliri 1300 TL'den az olan ve 1300-2500 TL arasında olanlara göre daha çok yönelttiği; geliri 6501 TL ve üzerinde olanları informal ödeme yapmaya geliri 1300 TL'den az olanlara göre daha çok yönelttiği; geliri 2501-3500 TL arasında olanları informal ödeme yapmaya geliri 1300 TL'den az olanlara göre daha çok yönelttiği tespit edilmiştir. Gelir düzeyinin, kişilerin informal ödeme yapmasında önemli bir değişken olduğu ve gelir düzeyi yüksek kişilerin, gelir düzeyi düşük olan kişilere göre informal ödeme yapmaya daha fazla yöneldiği saptanmıştır.

İnformal ödeme yapmaya yönelten sağlık sistemi ve kültür boyutları açısından katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelten hizmet kalitesi boyutu açısından katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Hizmet kalitesi ile ilgili unsurların, memurları ve akademisyenleri informal ödeme yapmaya emekli, işçi, serbest meslek mensubu ve ev hanımlarına göre daha çok yönelttiği tespit edilmiştir. Daha iyi, hızlı ve kaliteli hizmet almak, iyi bir doktor tarafından tedavi edilmek, sağlık çalışanları tarafından ilgi görmek gibi sebeplerin memur ve akademisyenleri informal ödeme yapmaya diğer iş gruplarına göre daha çok yönelttiği saptanmıştır.

İnformal ödemelere yönelik ahlaki tutum, sosyal tutum ve bireysel tutum boyutları açısından, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ancak informal ödemelere yönelik hizmet sürecine ilişkin tutum boyutu açısından, kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Erkeklerin hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamalarının, kadınlarınkine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yani erkeklerin informal ödemelere yönelik tutumları, kadınlara göre daha olumludur. Erkekler informal ödemelerin, hizmet kalitesini ve hızını artırdığını düşünmektedirler.

İnformal ödemelere yönelik ahlaki tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından, evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelik sosyal tutum ve bireysel tutum boyutları açısından, evli ve bekarlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Evlilerin informal ödemelere yönelik sosyal tutum ortalamalarının, bekarların ise informal ödemelere yönelik bireysel tutum ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hem evliler hem de bekarlar genel olarak informal ödemelere yönelik olumlu bir tutuma sahiptir. Evliler informal ödemelerin çevresindekiler ve toplum tarafından olumlu ve kabul edilebilir olduğunu düşünürken, bekarlar bu tür ödemelerin kişilerin kendilerini rahatsız veya aşağılanmış hissetmelerine neden olmayacağını düşünmektedir.

İnformal ödemelere yönelik ahlaki tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından katılımcıların yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelik sosyal tutum ve bireysel tutum boyutları açısından katılımcıların yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. 26-35 yaş arasındaki katılımcıların informal ödemelere yönelik sosyal tutum ortalamalarının 18-25 yaş arasındaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu; 36-45 yaş arasındaki katılımcıların informal ödemelere yönelik sosyal tutum ortalamalarının 18-25, 26-35, 46-55, 56-65, 65 üzeri yaş grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 26-35 yaş arasındaki ve 65 yaş üzerindeki katılımcıların informal ödemelere yönelik bireysel tutum ortalamalarının 36-45 yaş arasındaki katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 26-35 yaş arasındakiler 18-25 yaş arasındakilere göre; 35-46 yaş arasındakiler ise diğer yaş gruplarına göre informal ödemelerin çevresindekiler ve

toplum tarafından olumlu ve kabul edilebilir olduğunu düşünmekte ve informal ödemelere yönelik daha olumlu bir tutum sergilemektedir. 26-35 yaş arasındakiler ve 65 yaş üzerindeki 36-45 yaş arasındakilere göre bu tür ödemelerin kişilerin kendilerini rahatsız veya aşağılanmış hissetmelerine neden olmayacağını düşünmekte ve informal ödemelere yönelik daha olumlu bir tutum sergilemektedir.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ve bireysel tutum boyutları açısından katılımcıların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Okuma yazması olmayanların informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının ilkökul, ortaokul, lise, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek olduğu; lise, lisans ve lisansüstü mezunlarının informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ortalamalarının ilkökul mezunlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Okuma yazması olmayanlar, lise, lisans ve yüksek lisans mezunlarının informal ödemelere yönelik tutumları daha olumsuzdur ve informal ödemelerin ahlaki açıdan yanlış, etik dışı ve yasalara aykırı olduğunu düşünmektedir. İlkokul mezunlarının ve lisansüstü mezunlarının informal ödemelere yönelik bireysel tutum ortalamalarının okuma yazması olmayan, lise mezunu ve ön lisans mezunu katılımcılara göre; ortaokul mezunlarının informal ödemelere yönelik bireysel tutum ortalamalarının okuma yazması olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlkokul ve lisansüstü eğitim mezunları informal ödeme yapma konusunda kendilerini okuma yazması olmayan, lise mezunu ve ön lisans mezunlarına göre daha az rahatsız hissederken; ortaokul mezunları informal ödeme yapma konusunda kendilerini okuma yazması olmayanlara göre daha az rahatsız hissetmektedir.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum, bireysel tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından katılımcıların gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Aylık geliri 2501-3500 TL arasında olanların ahlaki tutum ortalamalarının aylık geliri 1300 TL'den az ve 1300-2500 TL olanlara göre daha yüksek olduğu; aylık geliri 3501-4500 TL, 4501-5500 TL ve 5501-6500 TL

arasındaolanların ahlaki tutum ortalamalarının herhangi bir aylık geliri olmayanlara, aylık geliri 1300 TL'den az ve 1300-2500 TL olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyi artıka informal ödemelerin ahlaki boyutuna ilişkin tutum da değişmektedir. Gelir düzeyi yüksek olanların informal ödemelere yönelik tutumları, gelir düzeyi düşük olanlara göre daha olumsuzdur. Gelir düzeyi yüksek olanlar, informal ödemeleri ahlaki açıdan daha yanlış, etik dışı ve yasalara aykırı bulmaktadır.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum ve bireysel tutum boyutları açısından katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından katılımcıların yaptıkları iş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Memurların ahlaki tutum ortalamaları emekli ve ev hanımlarına göre daha yüksek olduğu; akademisyen, öğretmen ve bankacıların ahlaki tutum ortalamalarının emekli, serbest meslek mensubu ve ev hanımlarına göre yüksek olduğu; akademisyenlerin ahlaki tutum ortalamalarının, sağlık personeli ve diğer iş gruplarına göre yüksek olduğu ve öğretmenlerin ahlaki tutum ortalamaları diğer iş gruplarına göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. İşsiz, akademisyen, memur, ev hanımı, öğretmen ve diğer iş gruplarının hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamalarının emeklilere göre daha yüksek olduğu ve ayrıca memurların hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamalarının serbest meslek mensubu ve sağlık personeline göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Memur, akademisyen, öğretmen, bankacı, emekli, serbest meslek mensupları ve sağlık personelinin informal ödemelere yönelik tutumları, diğer iş gruplarına göre daha olumsuzdur. Memur, akademisyen, öğretmen, bankacılar informal ödemelerin ahlaki açıdan daha yanlış, etik dışı ve yasalara aykırı olduğunu düşünürken; emekliler, serbest meslek mensupları ve sağlık personeli informal ödemelerin hizmet kalitesini ve hızını artırmada etkili olmadığını düşünmektedirler.

İnformal ödemelere yönelik sosyal tutum, bireysel tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır; ancak informal ödemelere yönelik ahlaki tutum boyutu açısından katılımcıların sağlık hizmeti almak için kullandıkları finansman türü arasında



istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sağlık hizmeti finansman türü sadece SGK olanların ahlaki tutum ortalamalarının, sağlık hizmeti finansman türü sadece özel sigorta olanlardan daha yüksek olduğu; sağlık hizmeti finansman türü SGK ve Özel Sigorta olanların ahlaki tutum ortalamalarının, sağlık hizmeti finansman türü sadece SGK, sadece özel sigorta ve diğer olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti finansman türü sadece SGK olanların informal ödemelere yönelik tutumu sağlık hizmeti finansman türü sadece özel sigorta olanlardan daha olumsuzdur. Ayrıca sağlık hizmeti finansman türü SGK ve Özel Sigorta olanların informal ödemelere yönelik tutumları da sağlık hizmeti finansman türü sadece SGK, sadece özel sigorta ve diğer olanlara göre daha olumsuzdur.

Daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelen unsurlar arasında hem hizmet kalitesi, hem sağlık sistemi, hem de kültür boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Hem hizmet kalitesine, hem sağlık sistemine hem de kültüre ilişkin unsurların, daha önce informal ödeme yapanları, bu tür ödemeleri yapmaya daha önce informal ödeme yapmayanlara göre daha çok yönelttiği tespit edilmiştir.

İnformal ödeme yapmaya yönelen hizmet kalitesi ve sağlık sistemi boyutları açısından katılımcıların informal ödemelere yönelik genel düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmıştır; ancak informal ödeme yapmaya yönelen kültür boyutu açısından katılımcıların informal ödemelere yönelik genel düşünceleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hem hizmet kalitesi hem de sağlık sistemi ile ilgili unsurların, informal ödemelere ilişkin düşünceleri olumlu olanları, düşünceleri ne olumlu ne olumsuz olanlara, olumsuz olanlara ve fikir belirtmek istemeyenlere göre daha çok yönelttiği tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık sistemi ile ilgili unsurların informal ödemelere ilişkin fikir belirtmek istemeyenleri, informal ödemelere ilişkin düşüncesi olumsuz olanlara göre daha çok yönelttiği saptanmıştır.

Daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ancak daha önce informal ödeme yapmış olup olmama durumu ile informal ödemelere yönelik sosyal tutum ve bireysel tutum boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit

edilmemiştir. Daha önce informal ödeme yapmayanların ahlaki tutum ortalamalarının, daha önce informal ödeme yapanlara daha yüksek olduğu; daha önce informal ödeme yapanların ise hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamalarının daha önce informal ödeme yapmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Daha önce informal ödeme yapmayanların, informal ödemelere yönelik tutumları daha önce informal ödeme yapanlara göre daha olumsuzdur. Daha önce informal ödeme yapmayanlar, informal ödemelerin ahlaki açıdan yanlış, etik dışı ve yasalara aykırı olduğunu düşünürken; daha önce informal ödeme yapanlar, informal ödemelerin hizmet kalitesi ve hızını artıracağını düşünmektedir.

İnformal ödemelere ilişkin genel düşünce ile informal ödemelere yönelik ahlaki tutum ve hizmet sürecine ilişkin tutum boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Ancak informal ödemelere ilişkin genel düşünce ile informal ödemelere yönelik sosyal tutum ve bireysel tutum boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. İnformal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumsuz olanların ahlaki tutum ortalamalarının informal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumlu olanlara, ne olumlu ne de olumsuz olanlara ve fikir belirtmek istemeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İnformal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumlu olanların hizmet sürecine ilişkin tutum ortalamalarının, informal ödemelere yönelik genel düşüncesi olumsuz olanlara ve ne olumlu ne de olumsuz olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. İnformal ödemelere ilişkin genel düşüncesi olumsuz olanların, informal ödemelere ilişkin tutumlarının da olumsuz olduğu ve informal ödemelerin hem ahlaki açıdan yanlış, etik dışı ve yasalara aykırı olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Ancak ödemelere ilişkin genel düşüncesi olumlu olanların, informal ödemelere ilişkin tutumlarının da olumlu olduğu ve informal ödemelerin hizmet kalitesi ve hızını artıracağını düşündükleri saptanmıştır.

Ayrıca çalışmanın sonucunda sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya yönelten unsurların, sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemelere ilişkin tutumlarını etkilediği saptanmıştır.

### ***Öneriler***

Çalışmanın bulguları hizmet kalitesine ilişkin faktörlerin kişileri informal ödeme yapmaya daha çok motive ettiğini göstermektedir. Hızlı bir şekilde tedavi

edilmek, daha iyi ekipman/ilaçlara erişebilmek, kaliteli bir hizmet almak, özellikli alanlarda (ameliyat, MR vb.) hizmet alırken sıra beklememek, tanınan/bilinen bir doktor tarafından muayene edilmek, iyi ve tam sağlık hizmeti alamamaktan korkmak, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları tarafından özel ilgi görmek ve asistan hekimler tarafından muayene edilmemek gibi sebeplerin sağlık hizmeti kullanıcılarını informal ödeme yapmaya motive ettiği saptanmıştır. İnfomal ödemelere yönelik tutum incelendiğinde sağlık hizmeti kullanıcılarının informal ödemeleri yasalara aykırı, etik dışı, ahlaki açıdan yanlış, mesleki yozlaşma unsuru ve yolsuzlukla eş değer olduğunu düşündükleri, ancak yine de bu tür ödemelerin daha kaliteli ve hızlı bir sağlık hizmeti almada etkili olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Yani sağlık hizmeti kullanıcıları informal ödemeleri, daha kaliteli ve hızlı hizmet alma aracı olarak görmektedirler. Sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konudaki tutumlarını değiştirmek için, bilgilendirme kampanyaları yapılmalıdır. Ayrıca hastaların, sağlık hizmetini kullanmadan önce, hizmet için ödemek zorunda olacakları resmi ücretin ne kadar olduğu konusunda da bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Çünkü hastalar, resmi ücretin ne kadar olduğunu bilmezlerse, resmi ve gayri resmi ödemeler arasında bir ayırım yapamazlar. Ayrıca, aldığı hizmet karşılığında informal ödeme yapması talep edilen hastaların, şikayette bulunabileceği resmi kanalların oluşturulması ve bu kanalların tanıtılması gerekmektedir.

Bu çalışmada, informal ödemelerin daha çok sağlık personelinin talebi üzerine yapıldığı görülmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları genellikle düşük olan maaşlarını desteklemek amacıyla hastalardan informal ödeme talep etmektedirler. Türkiye’de doktorların maaşlarının iyileştirilmesine yönelik olarak “performansa dayalı ödeme sistemi” geliştirilmiştir. Ancak yine de informal ödeme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri sunumunda, dürüstlüğü ve etiği geliştirecek mekanizmaların oluşturulması, doktorlar ve diğer sağlık çalışanları için tıbbi ve tıbbi olmayan faaliyetlerle ilgili davranış kuralları geliştirilmesi gerekmektedir. Bu tür kuralların temel amacı, herhangi bir informal ödemenin (nakit veya ayni olarak) talep ve kabul edilmesini yasaklamak olmalıdır.

İnfomal ödemeler, politika yapıcılar tarafından, özellikle mali kapasitesi çok düşük olan ve kamu sağlık sektörünün yeterince finanse edilmediği ülkelerde olumsuz bir olgu olarak görülmemektedir. Hatta bu ülkelerde, informal ödemeler

kamu sağlık sisteminin hayatta kalmasını sağlayan ve bu kurumlarda çalışan doktorları elde tutan tek faktör olarak görölmektedir. İnfomal ödemeleri önlemek için, öncelikle politika yapıcıların bu ödemelere yönelik tutumlarının değiştirilmesi gerekmektedir.



## KAYNAKÇA

Aarva, P., Ilchenko, I., Gorobets, P. ve Rogacheva, A. (2009). Formal and informal payments in health care facilities in two Russian cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*, 24(5): 395-405.

Aboutorabi, A., Ghiasipour, M., Rezapour, A., Pourreza, A., Asiabar, A. S. ve Tanoomand, A. (2016). Factors affecting the informal payments in public and teaching hospitals. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 30: 315.

ACT Alliance (2009). Anti-Fraud And Corruption Policy [http://actalliance.org/wp-content/uploads/2015/07/Policy\\_Anti-Fraud-and-Corruption.pdf](http://actalliance.org/wp-content/uploads/2015/07/Policy_Anti-Fraud-and-Corruption.pdf) (Erişim tarihi: 25.10.2017)

Adam, G. (1989). Gratuity for doctors and medical ethics. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 14(3): 315-322.

Akçay, S. (2001). *Gelişmekte olan Ülkelerde Yolsuzlukların Ekonomik Analizi*. Doktora Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.

Akdur, R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara. [http://www.recepakdur.com/upload/ab\\_turkiye\\_kiyaslama.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf) (Erişim Tarihi: 28.08.2017).

Aktan, C. C. (1997). Yolsuzluk türleri, siyasallaşma, siyasal patronaj, rant, kollama, rüşvet, lobicilik, korumacılık, kayırmacılık. *Yeni Türkiye*, 14: 1063-1075

Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2007). *Sağlık Hizmetlerinin sunumu ve alternatif yöntemler*. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (Erişim Tarihi: 31.07.2017).

Allin S, Davaki K, Mossialos E. (2006). Paying for 'free' health care: The conundrum of informal payments in post-communist Europe. Transparency International. Global Corruption Report 2006. Special Focus – Corruption in Health:62-75.

Andvig, J. C., Fjelstad, O.H., Amundsen, I., Sissener, T. ve Soreide, S. (2000). *Research on corruption*. A policy oriented survey. Chr. Michelsen Institute and Norwegian Institute of International Affairs, Oslo.

Atasever, M. (2014). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi*. Sağlık Bakanlığı Yayını, Yayın No: 983.

Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... ve Dilmen, U. (2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886): 65-99.

Avacı, M. ve Teyyare, E. (2012). Sağlık sektöründe yolsuzluk: teorik bir değerlendirme. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2): 199-221.

Avdyli, H. (2010). *Informal Payments In Kosovo Hospitals*. Master Thesis, University For Peace, Prizren.

Avşar, F. (2007). *Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Beck Depresyon Envanteri Üzerine Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Baji, P., Pavlova, M., Gulácsi, L. ve Groot, W. (2013). Exploring consumers' attitudes towards informal patient payments using the combined method of cluster and multinomial regression analysis-the case of Hungary. *BMC Health Services Research*, 13(1): 62.

Balabanova, D. ve McKee, M. (2002). Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria. *Health Policy*, 62(3): 243-273.

Baldemir, E., Özkoç, H. ve İşçi, Ö. (2009). MIMIC Model ve yolsuzluk üzerine Türkiye uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(2):49-63.

Bat, A. T. (2013). OECD ve Avrupa Ülkelerinde sağlık harcamalarının finansmanı. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 16(87): 6-17.

Bayın, G. (2013). *Hastanelerde Kurumsal İmaj Ve Hasta Bağlılığı İlişkisi: Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İle İbni Sina Hastanesi'nde Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Belli, P. (2002). *Formal and informal household spending on health: a multicountry study in Central and Eastern Europe*. Harvard School of Public Health.

Belli, P. ve Shahriari, H. (2002). Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion PaperSeries*: World Bank, Washington, DC.

Belli, P., Gotsadze, G. ve Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: Evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1): 109-123.

Bilgili, E., ve Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2): 201-228

Bozdoğan, A. E. ve Öztürk, Ç. (2008). Coğrafya ile ilişkili fen konularının öğretimine yönelik öz-yeterlilik inanç ölçeğinin geliştirilmesi. *Balıkesir Üniversitesi Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 2(2): 66-81.

Bozkurt, Ö., Sezen, S. ve Ergun, T. (1998). *Kamu Yönetimi Sözlüğü*. Ankara: TODAİE Yayınları.

Chawla, M., Berman, P. ve Kawiorska, D. (1998). Financing health services in Poland: new evidence on private expenditures. *Health Economics*, 7(4): 337-346.

Cockcroft, A., Andersson, N., Paredes-Solis, S., Caldwell, D., Mitchell, S., Milne, D., Merhi, S., Roche, M., Koncevičute, E. ve Ledogar, R. (2008). An intercountry comparison of unofficial payments: Results of a health sector social audit in the Baltic States. *BMC Health Services Research*, 8(1): 15.

Creese, A. (1997). User fees. *BMJ: British Medical Journal*, 315(7102), 202-203.

Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çoban, O. (1999). Bir siyasal yozlaşma türü olarak rüşvet ve ekonomik etkileri. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 13(1): 173-195.

Dabaleni, A. ve Wane, W. (2008). *Informal Payments and Moonlighting in Tajikistan's Health Sector*. World Bank Policy Research Working Paper Series, No:4555.

Delcheva, E., Balabanova, D. ve McKee, M. (1997). Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health policy*, 42(2): 89-100.

Deloitte (2015). Uzun Dönemli Sağlık Sigortası Ülke İncelemesi Raporu. [https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/Uzun\\_D%C3%B6nemli\\_Sa%C4%B1k\\_Sigortas%C4%B1-F%C4%B0NAL.pdf](https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/Uzun_D%C3%B6nemli_Sa%C4%B1k_Sigortas%C4%B1-F%C4%B0NAL.pdf) (Erişim Tarihi: 14.02.2018).

Dinçköklü Çakır, Ö. (2016). *Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Uygulanan Sağlık Finansman Politikalarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Dixon, A. (2002). Are medical savings accounts a viable option for funding health care. *Croatian Medical Journal*, 43(4): 408-416.

Dürrü, Z. (2012). *OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (1966). BM Genel Kurulu, 16 Aralık 1966 tarihli ve 2200 A (XXI) sayılı Karar.

Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science and Medicine*, 58(2): 237-246.

Ensor, T. ve Duran-Moreno, A. (2002). Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. Saltman R., Busse R. ve Mossialos E. (Ed.), *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems* (ss. 106-124) Buckingham-Philadelphia: World Health Organisation, Open University Press

Ensor, T. ve Savelyeva, L. (1998). Informal payments for health care in the Former Soviet Union: Some evidence from Kazakhstan. *Health Policy Plan*, 13 (1): 41-49.

Ensor, T. ve Witter, S. (2001). Health economics in low income countries: Adapting to the reality of the unofficial economy. *Health Policy*, 57(1): 1-13.

Erdem, R. ve Yıldırım, H. H. (2003). Sağlık hizmetlerinde vekâlet ilişkisi ve arzın talep yaratması problemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 6(2): 3-26.

Erdem, Ş. (2007). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.

Ertürk Atabey, S. (2012): *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

European Commission (2013). Study on Corruption in the Healthcare Sector. HOME/2011/ISEC/PR/047-A2

Evans, R. G. (2002). Financing health care: Taxation and the alternatives. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.), *Funding health care: Options for Europe* (ss. 31-58), Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

Falkingham, J. (2004). Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: Evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*, 58(2): 247-258.

Fărcășanu, D. (2010). Population perception on corruption, informal payments and introduction of co-payments in the public health system in Romania. *Management in Health*, 14(1): 8-13.

Gaal, P. ve McKee, M. (2005). Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science and Medicine*, 60(7): 1445–1457.

Gaal, P., Belli, P., McKee, M. ve Szocska, M. (2006). Informal payments for health care: definitions, distinctions and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2): 251-293.

Gaal, P., Belli, P.C., McKee, M. ve Szocska, M. (2006). Informal payment for health care: Definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2): 251- 291.

Gerni, M., Emsen, Ö. S., Özdemir, D. ve Buzdağlı, Ö. (2012). *Yolsuzluğun Belirleyicileri ve Büyüme ile İlişkileri*. International Conference on Euroasian Economies, Almaty – Kazakhstan, 11-13 October 2012: 131-139

Gorta, A. ve Forell, S. (1995). Layers of decision: Linking social definitions of corruption and willingness to take action. *Crime, Law and Social Change*, 23(4): 315-343.

Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*. Washington DC: World Bank Publications.



Gupta, M. S. (2000). Corruption and the provision of health care and education services. *International Monetary Fund (IMF)*.

Güvercin, A., Mil, H.İ. ve Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13): 80-94.

Habibov, N. ve Cheung, A. (2017). Revisiting informal payments in 29 transitional countries: The scale and socio-economic correlates. *Social Science and Medicine*, 178: 28-37.

Hussmann, K. (2011). *Addressing Corruption in the Health Sector; Securing Equitable Access to Health Care for Everyone*. Working Paper No. 1, Anti-Corruption Resource Centre.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2): 86-99.

Jain, A. K. (2001). Corruption: A review. *Journal of Economic Surveys*, 15(1): 71-121.

Johnston, M. (1997). Public officials, private interests and sustainable democracy: When politics and corruption meet. Elliot, K. A. (Ed.), *Corruption and the Global Economy* (ss. 61-82), Washington, DC: Institute for International Economics.

Kaitelidou, D. C., Tsirona, C. H., Galanis, P. A., Siskou, O. C., Mladovsky, P., Kouli, E. G., . . . Liaropoulos, L. L. (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 109(1): 23–30.

Kalaycı, Ş. (2017). Faktör analizi. *Kalaycı, Ş. (Ed.), SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*, (ss. 321-331), Ankara: Dinamik Akademi.

Karakaş M. (2007). Yolsuzluğun nedenleri, etkileri ve yolsuzlukla mücadelede alternatif bir yaklaşım olarak yönetim. *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları*, 0(50): 43-66.

Karakaş, M. ve Çak, M. (2007). Yolsuzlukla mücadelede uluslararası kuruluşların rolü. *Maliye Dergisi*, 153: 74-101.

Kıdak, L.B. ve İnal, C. (2009). *Sağlık Hizmetlerinde Performans*. İzmir: İzmir Güven Kitabevi.

Kline, P. (1994). *An Easy Guide To Factor Analysis*. New York: Routledge.

Kohler, J. C. (2011). *Fighting Corruption In The Health Sector: Methods, Tools and Good Practices*. New York: United Nations Development Programme.

Kornai, J. (2000). Hidden in an envelop: gratitude payments to medical doctors in Hungary. Dahrendorf, L., Elkara, Y., Neier, A., Smith, W. N., Rev, I. (Ed.). *The*

*Paradoxes of Unintended Consequences* (ss. 195-212), Budapest and New York: Central European University Press.

Kum, A. (2017). *Sağlık Kurumlarında Çalışan Personelin Motivasyonu*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Larsson, R. (2010). *Informal payments for health care: A threat to human security?* Master's Thesis, Lund University, Faculty of Social Sciences, Sweden.

Leahy, M. E. (2013). *Corruption In Healthcare: Analyzing The Impact Of Governance On Medical Corruption In The United States and Germany*. Master of Arts, University of North Carolina, Chapel Hill.

Lee, K. ve Goodman, H. (2002), Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s. Lee, K., Buse, K., Fustukian, S. (Ed.), *Health Policy in a Globalising World* (ss. 97-119): Cambridge University Press.

Lewis M. Aç (1999). *Informal health payments in Eastern Europe and Central Asia: Issues, trends and policy implications*. Paper prepared for the European observatory on health care systems meeting, December 3–4, Venice Italy. Mimeo. Washington, DC: The World Bank.

Lewis, M. A. (2000). *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?* World Bank. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. Washington DC

Lewis, M. A. (2002). Informal health payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, trends and policy implications. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (Ed.), *Funding Health Care, European Observatory on Health Care Systems Series*, (ss. 184–205), Buckingham: Open University Press.

Lewis, M. A. (2007). Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs*, 26(4): 984-999.

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M. ve Katostaras, T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1): 72-81.

Mackey, T. K. ve Liang, B. A. (2012). Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance. *BMC International Health and Human Rights*, 12(1): 23.

Mæstad, O. ve Mwisongo, A. (2007). Informal pay and the quality of health care: lessons from Tanzania. U4 Brief, No: 9

Mæstad, O. ve Mwisongo, A. (2011). Informal payments and the quality of health care: Mechanisms revealed by Tanzanian health workers. *Health Policy*, 99(2): 107–115.

Miller, K. ve Vian, T. (2010). Strategies for reducing informal payments. Vian, T., Savedoff, W. ve Mathisen, H. (Ed.). *Sterling anticorruption in the health sector: Strategies for transparency and accountability*: Kumarian Press.

Milovanovic, M. (2002). Endogenous corruption in privatized companies. [https://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCI\\_17\\_paper\\_01.pdf](https://iweb.cerge-ei.cz/pdf/gdn/RRCI_17_paper_01.pdf) (Erişim tarihi: 15.02.2017).

Moldovan, A. ve Van de Walle, S. (2013). Gifts or bribes? Attitudes on informal payments in Romanian health care. *Public Integrity*, 15(4): 385-402.

Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). *Funding health care: An Introduction*. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.), *Funding Health Care: Options for Europe* (ss. 1-30), Buckingham – Philadelphia: Open University Press.

Mumcu, A. (1969). *Osmanlı Devleti'nde Rüşvet*. Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını.

Mundial, B. (1997). Helping countries combat corruption: the role of the World Bank. <http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/corruptn/corrptn.pdf>

Najar, A. V., Ebrahimipour, H., Pourtaleb, A., Esmaily, H., Jafari, M., Nejatadegan, Z. ve Taleghani, Y. M. (2017). At first glance, informal payments experience on track: why accept or refuse? Patients' perceive in cardiac surgery department of public hospitals, northeast of Iran 2013. *BMC Health Services Research*, 17(1): 205.

Nekoeimoghadam, M., Esfandiari, A., Ramezani, F. ve Amiresmaili, M. (2013). Informal payments in healthcare: a case study of Kerman province in Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2): 157.

Nye, J. S. (1967). Corruption and political development: A cost-benefit analysis. *American Political Science Review*, 61(2): 417-427.

Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

OECD (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en)(Erişim Tarihi: 26.02.2018).

Organisation For Economic Co-Operation and Development(OECD) (1997). *Framework For The Measurement Of Unrecorded Economic Activities In Transition Economies*. <https://www.oecd.org/sdd/na/2463883.pdf> (Erişim Tarihi: 21.01.2017).

Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1: 1-22.

Orhaner, E. (2014). *Türkiye'de Sağlık Sigortası*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Özbek, M. A. (2007). *Sağlık Hizmetleri Sunumunda Yolsuzluk: Sağlık Personelinin Yolsuzluk Algulamaları*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özgen, H. ve Tatar, M. (2009). Sağlık hizmetleri finansmanında informal ödemeler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1): 103-132.

Özsemerci, K. (2002). Türk kamu yönetiminde yolsuzluklar, nedenleri, zararları ve çözüm önerileri. *Sayıştay Yayın İşleri Müdürlüğü, Araştırma/İnceleme/Çeviri Dizisi*, 27.

Öztek, Z. (2004). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*, Ankara: Palme Yayıncılık.

Parsa, M., Aramesh, K., Nedjat, S., Kandi, M. J. ve Larijani, B. (2015). Informal payments for health care in Iran: Results of a qualitative study. *Iranian Journal of Public Health*, 44(1): 79-88.

Pavlova, M., Stepurko, T., Gordeev, V. S., Tomini, S., Gryga, I., & Groot, W. (2010). Informal patient payments for health care services: policy challenges and strategies for solutions. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 8(1): 5-11.

Rechel, B. ve McKee, M. (2009). Health reform in central and eastern Europe and The Former Soviet Union. *The Lancet*, 374(9696): 1186-1195.

resmigazete.gov.tr

Ron, A., Abel-Smith, B. ve Tamburi, G. (1990). *Health Insurance In Developing Countries: The Social Security Approach*. International Labour Organization, Geneva.

Rose-Ackerman, S. ve Palifka, B. J. (1999). *Corruption and Government: Causes, Consequences, and Reform*. Cambridge: Cambridge University Press

Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Ankara.

Saltık A. (1995). Sağlık ekonomisinde yeni kavramlar. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 10(68): 38-44.

Saltman, R. B. ve Figueras, J. (1998). *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3): 420-428.

SASAM (Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi) Enstitüsü (2017). Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi, Yıl 3, Sayı 10.

Savedoff W.D. ve Hussmann K. (2006). Why are health systems prone to corruption? Transparency International (Ed.), *Global Corruption Report 2006: Special Focus Corruption and Health*, (ss. 4-16), London: Pluto Press.

Sayım, F. (2015). Sağlık hizmetinin özellikleri. *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, 15(1): 1-12.

Setayesh, M., Nakhaee, N. ve Rowhani, A. (2007). A survey of public opinion on the informal payments to physicians in Kerman, Iran (I.R.). *Iranian Journal of Ethics in Science and Technology*, 2(3-4): 81-88.

SGK (2018). <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce> (Erişim Tarihi: 21.01.2018).

Shahriari, H., Belli, P. ve Lewis, M. (2001). *Institutional Issues In Informal Health Payments In Poland: Report On The Qualitative Part Of The Study*. Produced for the Health, Nutrition, and Population, Population Reproductive Health Thematic Group of the World Bank..

Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V. ve Liaropoulos, L. (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins. *Health Policy*, 88(2): 282-293.

Stepurko, T. (2013). *Informal Patient Payments in Central and Eastern European Countries*. Maastricht University.

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I. ve Groot, W. (2010). Empirical studies on informal patient payments for health care services: a systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Services Research*, 10(1): 273.

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I. ve Groot, W. (2013). Informal payments for health care services—Corruption or gratitude? A study on public attitudes, perceptions and opinions in six Central and Eastern European countries. *Communist and Post-Communist Studies*, 46(4): 419-431.

Stepurko, T., Pavlova, M., Gryga, I., Murauskiene, L. ve Groot, W. (2015). Informal payments for health care services: the case of Lithuania, Poland and Ukraine. *Journal of Eurasian Studies*, 6(1): 46-58.

Stringhini, S., Thomas, S., Bidwell, P., Mtui, T. ve Mwisongo, A. (2009). Understanding informal payments in health care: motivation of health workers in Tanzania. *Human Resources for Health*, 7(1): 53.

Sungur, O. (2017). Korelasyon analizi. *Kalaycı, Ş. (Ed.), SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*, (ss.116-125), Ankara: Dinamik Akademi.

Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. TC Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 414

Szende, A. ve Culyer, A. (2006). The inequity of informal payments for health care: the case of Hungary. *Health Policy*, 75 (3): 262-271.

Şahin, B., Tatar M., Karabulut E., Ergin Oğuzhan G. ve Çınaroğlu S. (2017). Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması (Nihai Rapor). [https://ecitydoc.com/queue/trkyede-hanehalklari-tarafindan-cepten-yapilan\\_pdf?queue\\_id=-1](https://ecitydoc.com/queue/trkyede-hanehalklari-tarafindan-cepten-yapilan_pdf?queue_id=-1) (Erişim Tarihi: 12.01.2017).

Tambor, M., Pavlova, M., Woch, P. ve Groot, W. (2010). Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians’ and hospital services in the 27 European Union countries. *The European Journal of Public Health*, 21(5): 585-590.

Tanzi, V. (1998). Corruption around the world: Causes, consequences, scope, and cures. *Staff Papers*, 45(4): 559-594.

Tarhan, B., Gençkaya, Ö. F., Ergül, E., Özsemerci, K. ve Özbaran, H. (2006). Bir olgu olarak yolsuzluk: nedenler, etkiler ve çözüm önerileri. TEPAV Raporu Ankara: Matsa Basımevi.

Tatar, M., Özgen, H., Sahin, B., Belli, P. ve Berman, P. (2007). Informal payments in the health sector: A case study from Turkey. *Health Affairs*, 26 (4): 1029-1039.

Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

Tengilimoğlu, D., Güzel, A., Toygar, A., Akinci, F. ve Dziegielewski, S. F. (2015). Informal payments in health systems: purpose and occurrences in Turkey. *Journal of Social Service Research*, 41(5): 684-696.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Thomas, M. A. ve Meagher, P. (2004). *A corruption primer: An overview of concepts in the corruption literature*. Center for Institutional Reform and the Informal Sector (IRIS) Discussion Papers on Institutions and Development, (04/03).

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.

Thompson, R. ve Witter, S. (2000). Informal payments in transitional economies: Implications for health sector reform. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(3):169–187.

Tomini, S. (2007). *The Impact and The Determinants of Informal Payments In Health Care: The Case Of Albania*. Master Thesis, Maastricht University, Holland.

Tomini, S. (2011). *Informal Payments For Healthcare Services In Albania*. PhD Thesis, Maastricht University, The Netherlands

Tomini, S. ve Maarse, H. (2011). How do patient characteristics influence informal payments for inpatient and outpatient health care in Albania: results of Logit and OLS models using Albanian LSMS 2005. *BMC Public Health*, 11(1): 375.

Topkaya, A. (2014). *Yolsuzluk ve Ekonomik Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tosun, M. U. (2001). *Bir Kamusal Başarısızlık Ürünü: Yolsuzluk*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Transparency International (2006). *Global Corruption Report 2006*. Pluto Press: London

tuik.gov.tr

Türk Ceza Kanunu (2004), T.C. Resmi Gazete, 25611, 12 Ekim 2004.

Türkiye Sigorta Birliği, <http://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909>, (Erişim tarihi: 12.11.2017).

Türkmendağ, N. (2012). Sağlık Kurumlarında Üretim Yönetimi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

U4 Anti-Corruption Resource Centre (2006). *Corruption In The Health Sector*

Vian, T. (2002). *Corruption and The Health Sector*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID) and Management Systems International (MSI).

Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2): 83-94.

Vian, T. (2017). *Corruption in the Health Sector*. U4 Anti-Corruption Training Course. <http://www.bu.edu/actforhealth/CorruptionInHealthforce/Reader%201.pdf> (Erişim tarihi: 30.10.2017).

Vian, T. ve Burak, L. J. (2006). Beliefs about informal payments in Albania. *Health Policy and Planning*, 21(5): 392-401.

Vian, T., Grybosk, K., Sinoimeri, Z. ve Hall, R. (2006). Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 62(4): 877-887.

Williams, C. C., Horodnic, I. A. ve Horodnic, A. V. (2016). Who is making informal payments for public healthcare in East-Central Europe? An evaluation of socio-economic and spatial variations. *Eastern Journal of European Studies*, 7(1): 49-61.

World Bank (2010). *Fraud and Corruption Awareness Handbook. How it Works and What to Look For: A Handbook for Staff (English)*. Washington, DC: World Bank.

World Health Organization. (1995). Constitution of the world health organization.

World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems: improving performance*. [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf) (Erişim Tarihi: 21.01.2017).

Yalçın, T. ve Yıldırım, H. H. (2001). Sağlık hizmetleri finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 2(40): 1642-1656.

Yavuziğit, M. H. (1996). Türkiye'de rüşvet ve yolsuzlukların nedenleri ile çözüm yollarının tartışılması. *Sayıştay Dergisi*, 23: 11-36.

Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yerebakan, M. (2000). *Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. İstanbul Ticaret Odası, Yayın No: 2000-26.

Yıldırım, H. H., Yıldırım, T. ve Akbulut, Y. (2012). *Sağlık Sigortacılığı*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Yüceler, A. (2011). *Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta Ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Zarei, E., Palesh, M., Khodakarim, S. ve Nikkhah, A. (2018). Informal Payments for Inpatient Services and Related Factors: A Cross-Sectional Study in Tehran, Iran. *Health Scope*.





**EKLER**

# EK-1: İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİNİ



SOSYAL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Toplantı No:2018/05  
Karar No:02  
Tarih :03/04/2018

Yürütücü Araştırmacı Arş. Gör. İpek CAMUZ BERBER tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Gayri Resmi Ödemelere Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi: İzmir İli Örneği” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oybirliği** ile karar verilmiştir.

  
Prof. Dr. Şaffet KÖSE  
Etik Kurulu Başkanı

## EK-2: ANKET FORMU

Bu anket sağlık hizmeti sunumunda karşılaşılan informal ödemelerin (resmi olmayan faturasız ödeme, hediye, bıçak parası vb.) değerlendirilmesi için hazırlanmıştır. Ankette adınızı belirtmeniz gerekmemektedir. Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak ve araştırmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Bu nedenle soruları tarafsız ve eksiksiz olarak cevaplandırmanız çalışmanın bilimsel değeri açısından son derece önemlidir. Anketi yanıtalamanız yaklaşık 10 dakika surmektedir. İnfomal demeler,ücretsiz olarak sunulması gereken hizmetler için kişiler veya kurumlara resmi olmayan deme kanalları yoluyla yapılan nakit veya ayni (hediye) demelerdir.

Araş. Gr. İpek CAMUZ BERBER

Dr. ğr. yesi Elif Trkan ARSLAN

<b>1. Cinsiyetiniz?</b> <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	<b>2. Yaşınız?</b> <input type="checkbox"/> 18-25 <input type="checkbox"/> 26-35 <input type="checkbox"/> 36-45 <input type="checkbox"/> 46-55 <input type="checkbox"/> 56-65 <input type="checkbox"/> 65+
<b>3. Eğitim Dzeyiniz?</b> <input type="checkbox"/> Okuma-yazma yok <input type="checkbox"/> n Lisans <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lisansst <input type="checkbox"/> Lise	<b>4. Medeni durumunuz?</b> <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
<b>5. Aylık geliriniz nedir?</b> <input type="checkbox"/> Gelirim Yok <input type="checkbox"/> 3501- 4500 TL <input type="checkbox"/> 1300 TL'den az <input type="checkbox"/> 4501- 5500 TL <input type="checkbox"/> 1300 – 2500 TL <input type="checkbox"/> 5501- 6500 TL <input type="checkbox"/> 2501- 3500 TL <input type="checkbox"/> 6501 TL ve zeri	<b>6. Yaptığınız iş nedir ?</b> <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> İşi <input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Ev Hanımı <input type="checkbox"/> ğrenci <input type="checkbox"/> Sağlık Personeli <input type="checkbox"/> Akademisyen <input type="checkbox"/> ğretmen <input type="checkbox"/> Bankacı <input type="checkbox"/> Diğer.....
<b>7. Sağlık hizmeti almak iin kullandığınız finansman yntemi nedir?</b> <input type="checkbox"/> Sadece SGK <input type="checkbox"/> Sadece zel Sigorta <input type="checkbox"/> SGK ve zel Sigorta <input type="checkbox"/> Cepten deme/Sigortasız <input type="checkbox"/> Diğer.....	<b>8. İnfomal demeler (hediye, resmi olmayan faturasız deme, bıak parası vb.) konusundaki dşnceniz nedir?</b> <input type="checkbox"/> Olumlu <input type="checkbox"/> Ne Olumlu Ne Olumsuz <input type="checkbox"/> Olumsuz <input type="checkbox"/> Fikir Beyan Etmek İstemiyorum
<b>9. şimdiye kadar aldığınız sağlık hizmetinde hiç infomal ödeme (hediye, resmi olmayan faturasız ödeme, bıçak parası vb.) yaptınız mı? (Cevabınız Hayır ise 18. soruya geçiniz)</b> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<b>10. İnfomal ödemeyi hangi kurumda yaptınız? (<u>Birden fazla seçenek işaretleylebilirsiniz</u>)</b> <input type="checkbox"/> Kamu Hastanesi <input type="checkbox"/> zel Hastane

<p><b>11. İnfomal ödeme yapıldı mı?</b> (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</p> <input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Teknisyen <input type="checkbox"/> İdari Personel <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Sekreter <input type="checkbox"/> Diğer.....	<p><b>12. Ne tür bir infomal ödeme yaptınız?</b> (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</p> <input type="checkbox"/> Nakit para <input type="checkbox"/> Gıda ürünü <input type="checkbox"/> Hediyelik Eşya <input type="checkbox"/> Tatil-Seyahat ürünü <input type="checkbox"/> Diğer .....
<p><b>13. Yaptığınız infomal ödemenin parasal değeri ne kadardır?</b></p> <input type="checkbox"/> 500 TL'den az <input type="checkbox"/> 500 TL – 999 TL <input type="checkbox"/> 1000 TL – 1499TL <input type="checkbox"/> 1500 TL – 1999 TL <input type="checkbox"/> 2000 TL – 2499TL <input type="checkbox"/> 2500 TL ve üzeri	<p><b>14. İnfomal ödeme neden yaptınız?</b></p> <input type="checkbox"/> Zorunluluk hissettiğim için <input type="checkbox"/> Sağlık personelinin talebi üzerine <input type="checkbox"/> Gönüllü olarak/ İçimden geldiği için <input type="checkbox"/> Diğer.....
<p><b>15. İnfomal ödeme hangi tür hizmeti almak için gerçekleştirdiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</b></p> <input type="checkbox"/> Muayene <input type="checkbox"/> Laboratuvar Tetkiki <input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Ameliyat <input type="checkbox"/> Hemşirelik Hizmetleri <input type="checkbox"/> Hastaneye Kabul <input type="checkbox"/> Yatış <input type="checkbox"/> Ameliyat Sonrası Kontrol <input type="checkbox"/> Diğer.....	<p><b>16. İnfomal ödeme hizmeti alım sürecinin hangi aşamasında yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</b></p> <input type="checkbox"/> Hizmet Almadan Önce <input type="checkbox"/> Hizmet Sırasında <input type="checkbox"/> Hizmet Aldıktan Sonra
	<p><b>17. İnfomal ödeme hangi tıp dalında hizmet almak için yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</b></p> <input type="checkbox"/> Dahili Tıp Dalı <input type="checkbox"/> Cerrahi Tıp Dalı

18. Aşağıdaki ifadelerden size en uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. Her ifade için, lütfen yalnızca bir seçenek işaretleyiniz ve cevapsız ifade bırakmayınız.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İnfomal ödeme yapmadığım takdirde iyi hizmet alamamaktan korkarım.					
2	Toplumun büyük bir bölümünün infomal ödemeler yaptığını düşünüyorum.					
3	İnfomal ödeme yapma konusundaki kararı tek başıma alırım.					
4	İnfomal ödeme yapacağım miktar benim için önemlidir.					
5	İnfomal bir ödeme yapmam istendiğinde nereye ve nasıl şikayette bulunacağımı biliyorum.					
6	Sağlık hizmetine erişimde ve hizmetlerden yararlanmada adaletsizlikler ortadan kaldırıldığı için gayri resmi ödemelere gerek kalmamıştır.					
7	Sağlık Bakanlığı'nın bu tür ödemeleri engellemeye yönelik çalışmaları vardır.					

<b>19. Hangi durumlarda gayri resmi ödeme yapmayı kabul edebilirsiniz? Aşağıdaki ifadelerden size en uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. Her ifade için, lütfen yalnızca bir seçenek işaretleyiniz ve cevapsız ifade bırakmayınız.</b>		<b>Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>	<b>Kısmen Katılıyorum</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Kesinlikle Katılıyorum</b>
<b>1</b>	İnsan sağlığı çok önemli olduğu için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>2</b>	İnformal ödeme yapmak toplum tarafından kabul edilen bir durum olduğu için bu tür ödemeler yapmayı kabul edebilirim.					
<b>3</b>	Sahip olduğum hakları bilmediğim için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>4</b>	Ciddi bir sağlık sorununun ortaya çıkması nedeniyle informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>5</b>	Asistan hekimler tarafından muayene edilmek istemediğim için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>6</b>	Doktorlar ve diğer çalışanlar özel ilgi gösterdikleri için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>7</b>	Kaliteli bir hizmet almak için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>8</b>	Hızlı bir şekilde tedavi edilebilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>9</b>	Daha iyi ekipmanlara/ilaçlara erişebilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>10</b>	Özellikli alanlarda (ameliyat, MR vb.) hizmet alırken sıra beklememek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>11</b>	Tanınan/bilinen bir doktor tarafından muayene edilmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>12</b>	Başarılı bir sağlık hizmeti almaktan dolayı duyduğum memnuniyeti ve minneti belirtmek için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>13</b>	İnformal olarak ödemem istenen ücretin katlanılabilir düzeyde olduğunu düşündüğüm için ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>14</b>	İyi ve tam sağlık hizmeti alamamaktan korktuğum için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>15</b>	informal ödemelerin sağlık personelinin motive edeceğini düşündüğüm için ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>16</b>	Sağlık çalışanlarının ücretleri yeterli düzeyde olmadığı için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					
<b>17</b>	Sağlık sistemi yeterince gelişmediği için informal ödeme yapmayı kabul edebilirim.					

20. Aşağıdaki ifadelerden size en uygun olanı işaretleyerek belirtiniz. Her ifade için, lütfen yalnızca bir seçenek işaretleyiniz ve cevapsız ifade bırakmayınız.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	İnformal ödemeler hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlar.					
2	İnformal ödemeler sonuçların daha hızlı elde edilmesini sağlar.					
3	İnformal ödemeler sağlık sektörü çalışanlarının daha özenli davranmasını ve daha fazla çaba sarf etmesini sağlar.					
4	İnformal ödemeler aile bütçesine fazladan mali bir yük getirir.					
5	İnformal ödemeler kişinin kendini aşağılanmış hissetmesine sebep olur.					
6	İnformal ödemeler kişinin kanunlara uymama konusunda psikolojik olarak kendini rahatsız hissetmesine sebep olur.					
7	İnformal ödeme yapmamam durumunda kendimi suçlu hissederim.					
8	İnformal ödemeleri ahlaki açıdan yanlış buluyorum.					
9	İnformal ödemeleri yasalara aykırı buluyorum.					
10	İnformal ödemeleri sosyal ilişkiler açısından etik dışı buluyorum.					
11	Belirli miktarı aşmamak koşulu ile informal ödemeleri makul karşılıyorum.					
12	İnformal ödemelerin yolsuzlukla eş değer olduğunu düşünüyorum.					
13	İnformal ödemelerin mesleki yozlaşmaya sebep olacağını düşünüyorum.					
14	İnformal ödemelerin toplum tarafından kabul edilen, kınanmayan bir olgu olduğunu düşünüyorum.					
15	İnformal ödeme yapmam, başkaları tarafından olumlu görülmektedir.					
16	Önem verdiğim insanlar informal ödeme yapmam gerektiğinin düşünmektedir.					

21. İnfomal ödemelerin azaltılması konusunda öneriniz varsa lütfen belirtiniz.....

Anketimize zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

# ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** İpek CAMUZ BERBER

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 21.10.1988- Samandağ/HATAY

**İletişim Adresi ve Telefonu:** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Hizmetleri Anabilim Dalı, 35620, İzmir,

**İş Tel. No:** 02323293535-3256

**Email:** [ipek.camuz.berber@ikc.edu.tr](mailto:ipek.camuz.berber@ikc.edu.tr); [ipekcamuz@hotmail.com](mailto:ipekcamuz@hotmail.com)

## Eğitim Bilgileri

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Kurumları Yöneticiliği	Ankara Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Fakültesi	2007-2011
Yüksek Lisans	Sağlık Yönetimi ABD.	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü	2015-Devam

## **ESERLER**

### **Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler :**

Burmaoğlu, S., Sarıtaş, Ö., Kıdak, L.B., **Camuz Berber, I. (2017)**. Evolution of connected health: A network perspective. *Scientometrics*, 112 (3): 1419-1438. Doi 10.1007/s11192-017-2431-x (SSCI)

### **Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler :**

Nişancı, Z.N., Demir, H., Arslan, E.T., Kıdak, L.B., **Camuz Berber İ. (2017)**. The relationship between healthcare managers' work engagement and job satisfaction levels. 3rd International Congress on Social and Economic Sciences, 15-19 November, Athens, Greece.

Kıdak, L.B., Burmaoğlu, S., **Camuz Berber, İ. (2017)**. Hücetoğulları Z.O. A Research on management of sustainable technologies in hospitals. 1. International 11. Health and Hospital Administration Congress, 11-13 October, Trabzon.

Burmaoğlu, S., Kıdak, L.B., **Camuz Berber, İ. (2017)**. Examining growth of wearable technologies: What will be next? 1. International 11. Health and Hospital Administration Congress, 11-13 October, Trabzon.

### **Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler:**

**Camuz, İ.**, Kutlu, G., Akbulut, Y. (2014) “Geleceğin Hastanelerini Yönetmek: Teorik bir İnceleme”, 8. Hastane ve Sağlık İdaresi Kongresi, 10-12 Eylül, Lefke Avrupa Üniversitesi, Kıbrıs.

Arslan, D. T., **Camuz İ.**, Akbulut, Y. (2014) “Hastane Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Etkileri Üzerine Değerlendirme”, 8. Hastane ve Sağlık İdaresi Kongresi, 10-12 Eylül, Lefke Avrupa Üniversitesi, Kıbrıs.

Arslan, E. T., **Camuz Berber, İ.**, Hücetoğulları, Z. Ö. (2015) “Türkiye’de Verilere Dayalı Olarak İleri Yaş Turizminin Durumu”, 9. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 8-9 Ekim, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Kıdak, L.B., **Camuz Berber, İ.**, Hücetoğulları, Z.Ö., Burmaoğlu, S. (2016) “Hastanelerde Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”,10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 1-3 Aralık, Başkent Üniversitesi, Ankara.

### **Yazılan Ulusal Kitap veya Kitaplarda Bölümler :**

Yıldırım, T., Esatoğlu, A.E., Yeşilaydın, G., **Camuz Berber, İ.**, Arslan, D. T., Schafmeister, S. (2015). Türkiye ile Almanya Sağlık İnsan Gücünün Sayısal Yeterliliği ve Mesleki Beceri Dağılımındaki Dengesizliği, **Türkiye ve Almanya – Cilt III – Toplum, Sağlık ve Eğitimde Çeşitlilik**, Siyasal Kitabevi: 339-354, Ed. Borde Theda, Esen Erol, ISBN:978-605-136-233-5.

Yeşilaydın, G., Yıldırım, T., Arslan, D. T., **Camuz Berber, İ.**, Esatoğlu, A.E. (2015). Türkiye ve Almanya’da Hekim İşgücü, **Türkiye ve Almanya Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi**, Ankara Üniversitesi Yayınları: 119-141, Ed. Akbulut Yasemin, Yenimahalleli Yaşar Gülbiye, Yıldırım Türkan, ISBN:978-605-9221-12-2.

### **Yürütülen ve içinde yer alınan projeler**

Nişancı, Z.N., Demir, H., Arslan, E.T., Kıdak, L.B., **Camuz Berber İ.**, Yöneticilerin İşe Angaje Olma Ve İş Tatmin Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi: İzmir Kamu Hastaneleri Örneği 2016-2017 (Araştırmacı)