

**T.C. İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ KARŞILAŞTIĞI
FİNANSAL SORUNLARIN TESPİTİ VE SORUNLARA ÇÖZÜM
ÖNERİLERİ: HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**EDA ÖZEN
1600004222**

**Anabilim Dalı: İşletme
Programı: İşletme**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Emine Müge ÇETİNER

MAYIS, 2019

**T.C. İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ KARŞILAŞTIĞI
FİNANSAL SORUNLARIN TESPİTİ VE SORUNLARA ÇÖZÜM
ÖNERİLERİ: HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EDA ÖZEN

1600004222

Anabilim Dalı: İşletme

Programı: İşletme

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Emine Müge ÇETİNER

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Peyami ÇARIKÇIOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Meltem ULUSAN POLAT

MAYIS, 2019

ÖNSÖZ

Çalışmalarında bana yol gösteren, hiçbir zaman yardımını esirgemeyen, değerli görüş ve önerilerini paylaşan tez danışmanım Prof. Dr. Müge ÇETİNER'e teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Mayıs, 2019

Eda ÖZEN



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT	xvi
GİRİŞ	xviii

BİRİNCİ BÖLÜM SAĞLIK HİZMETLERİ, DÜNYADA ve TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İLE İLGİLİ SON DÖNEM REFORM ÇALIŞMALARI

1.1.SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HAKKI	1
1.2.SAĞLIK HİZMETLERİ.....	2
1.2.1.Sağlık Hizmetleri Kavramı	2
1.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	3
1.2.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.2.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	6
1.2.3.3. Esenlendirici (Rehabilitate Edici) Sağlık Hizmetleri.....	8
1.2.3.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	8
1.3.DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ.....	8
1.4.TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ.....	9
1.4.1.Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960.....	9
1.4.2.Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960-1980.....	10
1.4.3.İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980 Sonrası Dönem	12
1.4.4.Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2000 Sonrası Dönem	13

1.5.TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İLE İLGİLİ SON DÖNEM REFORM ÇALIŞMALARI.....	13
1.5.1.Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı	13
1.5.1.1.Programın Amaçları.....	15
1.5.1.2.Programın Temel İlkeleri	15
1.5.1.3.Programın Bileşenleri	16
1.5.1.4. Hastanelerdeki Değişim Uygulamaları	20
1.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS).....	22
1.5.3.Sağlıkta Dönüşüm Reformlarının Değerlendirilmesi.....	25
1.6.SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI.....	30
1.6.1.Sağlık Hizmetleri Finansmanı.....	30
1.6.2. Sağlık Sistemi Finansmanının İşlevi.....	31
1.6.3.Sağlık Sistemi Finansman Yöntemleri.....	33
1.6.3.1.Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları	34
1.6.3.1.1.Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası (Primler/Bismarck Modeli)	34
1.6.3.1.2.Genel Vergi Gelirleri (Bütçeden/ Beveridge Modeli)	35
1.6.3.2.Özel Finansman Kaynakları.....	37
1.6.3.2.1.Cepten Ödemeler.....	37
1.6.3.2.2.Özel Sağlık Sigortacılığı.....	37
1.6.4.Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı	38
1.6.5.Türkiye’de Sağlık Kurumlarına Ödemeler	38

İKİNCİ BÖLÜM HASTANELERDE FİNANSAL YÖNETİM

2.1. HASTANELERDE FİNANSAL YÖNETİM.....	42
2.1.1. Hastanelerde Finansman Fonksiyonu	42
2.1.2. Hastanelerde Finansal Yönetimin Gelişimi	43
2.1.3. Hastanelerde Finansal Amaçlar	43
2.1.4.Hastanelerde Finansal Yöneticilerin Görevleri.....	43
2.1.5.Türkiye’deki Kamu Hastanelerinde Mevcut Finansal Yönetim Uygulamaları	44
2.1.5.1. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri.....	44
2.1.5.1.1. Genel Bilgiler	44
2.1.5.1.2. Finans Kaynakları	45
2.1.5.1.3.Kamu Hastanesi Bünyesindeki Muhasebe İlişkili Temel Birimler	45

2.1.5.1.4. Finansal Yönetim Açısından Tabi Olunan Mevzuat.....	46
2.2.5.2. Üniversite Hastaneleri.....	47
2.2.5.2.1. Genel Bilgiler.....	47
2.2.5.2.2. Finans Kaynakları.....	48
2.2.5.2.3. Üniversite Hastanesi Bünyesindeki Muhasebe İlintili Temel Birimler.....	48
2.2.5.2.4. Finansal Yönetim Açısından Tabi Olunan Mevzuat.....	48
2.1.6. Özel Hastanelerde Mevcut Finansal Yönetim Uygulamaları.....	48
2.1.6.1. Özel Hastane Kavramı, Türleri ve Amaçları.....	48
2.1.6.2. Finans Kaynakları.....	49
2.1.6.3. Özel Hastane Bünyesindeki Muhasebe Departmanı.....	49
2.1.6.4. Finansal Yönetim Açısından Tabi Olunan Mevzuat.....	49

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM UYGULAMA

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	51
3.2.ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	51
3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	51
3.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLARI.....	56
3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	56
3.6. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ (VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ).....	57
3.7.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER.....	57
3.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ..	59
3.8.1. Anketi Cevaplayanlara Ait Genel Bilgiler.....	59
3.8.2. Kamu ve Özel Hastanelerin Karşılaştığı Finansal Sorunların Analizi.....	63
3.8.2.1. Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Bulgular.....	63
3.8.2.2. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmasına Ait Bulgular.....	70
3.8.2.3. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlarına Ait Bulgular.....	75
3.8.2.4. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ait Bulgular.....	80
3.8.2.5. Katılımcıların Sorunlara Çözüm Önerilerine İlişkin Bulgular.....	86

3.9. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN TEST EDİLMESİ	87
3.9.1. Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi.....	87
3.9.2. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi	96
3.9.3. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlara Ait Hipotezlerin Test Edilmesi	103
3.9.4. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi	111
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	119
KAYNAKÇA	126
EKLER.....	134
EK 1: Anket Formu.....	134
EK 2: Araştırma İzin Formları.....	138

KISALTMALAR

GSS:	Genel Sağlık Sigortası
AEP:	Acil Eylem Planı
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
WHO (World Health Organization):	Dünya Sağlık Örgütü
KİT:	Kamu İktisadi Teşebbüs
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
DB:	Dünya Bankası
SB:	Sağlık Bakanlığı
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
ILO (International Labour Organization):	Uluslararası Çalışma Örgütü
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
SUT:	Sağlık Uygulama Tebliği
İTS:	İlaç Takip Sistemi
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı
GSYİH:	Gayrisafi Yurt İçi Hasıla
TOBB:	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1: Sağlık İşletmelerinin Hizmet Türüne Göre Sınıflandırılması.....	5
Tablo 1.2: Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	7
Tablo 1.3: Sağlık Finansmanın Genel Politikaları	32
Tablo 3.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	59
Tablo 3.2: Katılımcıların Finansal Yönetim Bilgi Seviyesine Göre Dağılımı.....	60
Tablo 3.3: Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Genel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı	61
Tablo 3.4: Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Sağlık Bakanlığının Yürütmekte Olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı	62
Tablo 3.5: Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Günümüzde Uygulanmakta Olan Sağlık Mevzuatı İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı	62
Tablo 3.6: Hastanenin Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 3.7: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Madde Analizi Sonuçları	63
Tablo 3.8: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri	65
Tablo 3.9: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu	66
Tablo 3.10: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu.....	66
Tablo 3.11: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı.....	67
Tablo 3.12: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları	69
Tablo 3.13: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Normallik Testleri Sonucu.....	69
Tablo 3.14:Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	70
Tablo 3.15: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programına Ait Madde Analizi Sonuçları.....	70

Tablo 3.16: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmasına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri.....	71
Tablo 3.17: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu	72
Tablo 3.18: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu.....	73
Tablo 3.19: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı.....	74
Tablo 3.20: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları	74
Tablo 3.21: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmasına Ait Normallik Testleri Sonucu	75
Tablo 3.22: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlarına Ait Madde Analizi Sonuçları.....	75
Tablo 3.23: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Sorunlarına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri.....	76
Tablo 3.24: Finansal yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu.....	77
Tablo 3.25: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu	78
Tablo 3.26: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı	79
Tablo 3.27: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlar Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları.....	79
Tablo 3.28: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlarına Ait Normallik Testleri Sonucu	80
Tablo3.29:Sağlıkta Mevzuat Sorunları İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	80
Tablo 3.30: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunlarına Ait Madde Analizi Sonuçları.....	81
Tablo 3.31: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunlarına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri.....	82
Tablo 3.32: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu	83
Tablo 3.33: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu	83

Tablo 3.34: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı.....	84
Tablo 3.35: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları	85
Tablo 3.36: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorununa Ait Normallik Testleri Sonucu.....	86
Tablo 3.37: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	87
Tablo 3.38: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	88
Tablo 3.39: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	89
Tablo 3.40: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	89
Tablo 3.41: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	90
Tablo 3.42: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	91
Tablo 3.43: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	91
Tablo 3.44: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	92
Tablo 3.45: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	93
Tablo 3.46: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları.....	94
Tablo 3.47: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları.....	94
Tablo 3.48: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	95
Tablo 3.49: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	96

Tablo 3.50: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	96
Tablo 3.51: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	97
Tablo 3.52: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	97
Tablo 3.53: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	98
Tablo 3.54: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	98
Tablo 3.55: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	99
Tablo 3.56: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	99
Tablo 3.57: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	100
Tablo 3.58: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları.....	101
Tablo 3.59: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	101
Tablo 3.60: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları.....	102
Tablo 3.61: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	103
Tablo 3.62: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları. 103	
Tablo 3.63: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	104
Tablo 3.64: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	105
Tablo 3.65: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	105

Tablo 3.66: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	106
Tablo 3.67: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	107
Tablo 3.68: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	108
Tablo 3.69: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	108
Tablo 3.70: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	109
Tablo 3.71: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	110
Tablo 3.72: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimi Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları.....	110
Tablo 3.73: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	111
Tablo 3.74: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	112
Tablo 3.75: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	112
Tablo 3.76: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	113
Tablo 3.77: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	113
Tablo 3.78: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları.....	114
Tablo 3.79: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları	114

Tablo 3.80: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	115
Tablo 3.81: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	115
Tablo 3.82: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları ...	116
Tablo 3.83: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	116
Tablo 3.84: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları	117
Tablo 3.85: Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Analiz Sonuçları.....	118



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Sağlıkta Dönüşümün Başlıca Kontrol Mekanizmaları	14
Şekil 1.2: (4/a) Zorunlu Sigortalı Sayıları.....	23
Şekil 1.3: (4/b) Zorunlu Sigortalı Sayıları	23
Şekil 1.4: (4/c) Zorunlu Sigortalı Sayıları.....	24
Şekil 1.5: Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış.....	25
Şekil 1.6: Hizmet Alan Türüne Göre Sağlık Harcamaları (2009-2015)	26
Şekil 1.7: Hizmet Sunucularında Toplam Sağlık Harcamaları (İlaç Hariç).....	27
Şekil 1.8: Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (2014 Yılı)	27
Şekil 1.9: 100.000 Kişi Başına Sağlık Personeli/Yatak sayısı (Kamuya ait ve özel hizmet sunucuları dahil tüm sistem) (2014 yılı)	28
Şekil 1.10: Sağlık Hizmetleri Talebinin Sektörler Genelinde Dağılımı (2015 Yılı) .	28
Şekil 1.11: Sektöre Göre Hastane Sayısı (2009-2015).....	29
Şekil 1.12: Hizmet Sunucuları Genelinde Sağlık Profesyonellerinin Dağılımı (2015 Yılı)	29
Şekil 1.13: Sağlık Hizmetleri Üçgeni	30
Şekil 1.14: Sağlık Finansman Yöntemleri	33
Şekil 1.15: Sağlık Hizmetlerinin Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansmanı	35
Şekil 3.1: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu.....	67
Şekil 3.2: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu.....	73
Şekil 3.3: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu	78
Şekil 3.4: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu.....	84

ÖZET

Enstitüsü : Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Anabilim Dalı : İşletme
Programı : İşletme
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Emine Müge ÇETİNER
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Mayıs 2019

KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ KARŞILAŞTIĞI FİNANSAL SORUNLARIN TESPİTİ VE SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ: HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA

Eda ÖZEN

Sağlık kuruluşları, ülkede uygulanmakta olan sağlık sisteminin yapı taşı olup finansal açıdan etkin yönetimi sağlık reformlarının etkisiyle günümüzde daha çok önem kazanmıştır. Sağlık kuruluşlarının temel amacı, kişileri herhangi bir hastalık durumundan koruma amacını taşıyan koruyucu sağlık hizmetlerinin gerektirdiği önlemlere rağmen kişilerin hasta olmaları durumunda zamanında erken tanı ve hedefe uygun tedavisini gerçekleştirerek kişinin en kısa vakitte sağlıklı olmasını sağlamaktır. Ancak bu hedefine ulaşmak isteyen sağlık kuruluşları, eldeki sınırlı olan kaynaklarını etkili ve verimli bir şekilde kullanması gerekmektedir.

Bu tez çalışmasının amacı, sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özel sağlık kuruluşlarının mevcut uygulamalardan kaynaklanan finansal yönetim sorunlarını incelemek ve önem derecelerini ortaya koyarak finansal yönetim sorunlarının çözümüne yönelik önerilerde bulunmaktır.

Mevcut uygulamada bulunan sağlık sisteminin son dönem reform çalışmaları olan Genel Sağlık Sigortası, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu reform çalışmalarının yasal düzenlemelerini içeren Sağlık Mevzuatını konu alan bu çalışmada evrenimizi Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa bölgesinde faaliyet gösteren kamu hastaneleri ile özel hastanelerin yöneticileri ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanları oluşturmaktadır. Saha aşamasında, hastane yöneticilerine ve finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanlarına anket uygulanmıştır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Veriler ise Bağımsız Örneklem T-Testi ve ANOVA Tekniği ile analiz edilmiştir. Analiz bulgularına göre, bir takım reform girişimleri sonucunda ortaya çıkan Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile bu reform çalışmalarının yasal düzenlemelerini içeren Sağlık Mevzuatı ile ilgili sorun görme düzeyi orta ve yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık sistemine ilişkin bir takım öneriler sunulmuştur. Araştırma sonuçları, devletin ileriye yönelik sağlık alanında uygulamaya koyacağı politikalara yön vermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Dönüşüm, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Uygulama Tebliği, Sağlık Mevzuatı.



ABSTRACT

University : İstanbul Kültür Üniversitesi
Institute : Graduate Education Institute
Department : Business Administration
Program : Business Administration
Supervisor : Prof. Dr. Emine Müge ÇETİNER
Degree Awarded and Date : MA – May 2019

DETERMINATION OF THE PROBLEMS OF THE PUBLIC AND PRIVATE HEALTH INSTITUTIONS AND THE PROBLEMS OF THE SOLUTION FOR THE PROBLEMS: A RESEARCH IN HOSPITALS

Eda ÖZEN

Health institutions are the cornerstone of the health system being implemented in the country and financially effective management has gained more importance with the effect of health reforms. The main aim of health institutions is to ensure that the person is healthy in the shortest period of time by performing early diagnosis and appropriate treatment in case of illness, despite the precautions required by preventive health services, which aim to protect people from any illness. However, healthcare organizations wishing to achieve this goal need to use their limited resources effectively and efficiently.

The aim of this thesis is to examine the financial management problems of public and private health institutions operating in the health sector and to make suggestions for the solution of financial management problems by revealing their importance.

In this study, which covers the recent reform studies of the health system in the current practice, the General Health Insurance, the Health Transformation Program and the Health Legislation, which includes the legal regulations of these reform studies, we have been working in the field of public hospitals, private hospitals and managers of private hospitals operating in the area of other financial and administrative units. During the field stage, questionnaires were administered to hospital managers and other financial and administrative unit employees working in finance. The sample was not selected in the research and the whole universe was tried to be reached. Data were analyzed with Independent Sample T-Test and ANOVA Technique. According to the findings of the analysis, it was determined that the level of problems related to the Health Legislation including the General Health Insurance and Health Implementation Communiqué, the Health Transformation Program and the legal arrangements of these reform efforts, which were the result of a number of reform initiatives, were found to be moderate and high. In line with the results obtained from the study, a number of recommendations were made regarding the health system. The results of the research are important in terms of directing the policies that the state will implement in the field of health in the future.

Key Words: Health Transformation, Social Security and General Health Insurance, Health Services Finance, Health Implementation Communiqué, Health Legislation.



GİRİŞ

Finansman fonksiyonu, bir işletmenin gereksinin gördüğü kaynakları (fonları) en elverişli şartlarda sağlaması ya da elde var olan kaynaklardan en elverişli bir biçimde yararlanması gayretine yönelik işletme fonksiyonlarından bir tanesidir.

Finansal Yönetim, bütün kurumlar için oldukça önemlidir. Bu kurumlar, kâr amacı taşıyan kurumlar olabileceği gibi kâr amacı taşımayan okul ve kamu hastaneler gibi kurumlar da olabilir. Bu bağlamda, diğer işletmelerin finans yönetimine ilişkin olan temel amaç ve vazifeler sağlık kuruluşları için de geçerli olduğundan sağlık kuruluşlarını soyutlamak mümkün değildir. Sağlık kuruluşları girdi olarak insan kaynakları, ilaç, tıbbi malzeme, cihaz, arsa, bina vb. unsurları tedarik ederek bunları üretim sürecinde bulunan ameliyathaneler, poliklinikler, laboratuvarlar vb. yerlerde kullanmaktadır. Sağlık kuruluşlarının çıktıları ise muayene edilen hasta sayısı, taburculuğu yapılan hasta sayısı, tetkik sayısı, hastalara yapılan ameliyat sayısı vb.dir. Sağlık kuruluşları, herhangi bir sorunla karşılaşmadan bu süreci yürütebilmek ve giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanını nasıl sağlanacağını bilmek için finansmana ihtiyaç duyarlar.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyen kişiler özel ya da devlet sağlık kuruluşlarına, özel kliniklere ve muayenehanesi olan hekimlere, özel laboratuvarlara ve görüntüleme merkezlerine, bakım evlerine ve eczanelere başvururlar. Hastaneler sağlık hizmeti veren işletmeler arasında en önemli yerdir. Hastanelerin sağlık hizmeti verebilmesi için, modern yönetim ve organizasyon çerçevesinde idare edilmesi gerekmekte ve verilen hizmetlerin ileri düzeyde verilebilmesi için de var olan sıkıntıların çözüme kavuşturulması çok önemlidir. Daha sağlıklı bir toplum yaratmanın en etkili yolu ise sağlık hizmetinin etkin bir şekilde verilmesiyle mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı mekanizmalar ve düzenlemeler uygulanmaktadır. Bunun sonucunda kamu ve özel olmak üzere iki ayrı boyutun

ortaya çıkarmakta ve bunun sonucunda; sunulan hizmetin kimin kullandığı, kim tarafından sunulduğu ve finansmanın sağlama yolu gibi unsurlar baş göstermektedir. Kamusal nitelikli sağlık hizmetinde hizmet anlayışı koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanırken, toplumun bütünü hedeflenmektedir. Bunun yanında koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından karşılıksız olarak gerçekleştirilmektedir.

Elbette kamu ya da özel sağlık kurumlarının karşılaştığı sıkıntılar sadece krizin yol açtığı sorunlarla sınırlı olmayıp finansman, sağlık mevzuatı ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) olmak üzere birtakım yerlerde de sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Bu nedenle sağlık kurumlarının durumuna farklı boyutlardan bakılmalıdır ve finansal yönetim yönünden yaşanan sorunları tespit etmek gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özelsağlık kurumlarının mevcut uygulamalardan kaynaklanan finansal yönetim sorunlarını incelemek ve önem derecelerini ortaya koyarak bu finansal yönetim sorunlarının çözümüne yönelik önerilerde bulunmaktır.

Çalışma üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde Sağlık kavramı ve Sağlık hakkı, Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi, Türk Sağlık Sistemi İle İlgili Son Dönem Reform Çalışmaları ve Sağlık Hizmetleri Finansmanı konusuna değinilmiştir. İkinci bölümde, Hastanelerde Finansal Yönetimin irdelenmiş, tanım ve kavramlar, Kamu ve Özel Hastanelerde Mevcut Finansal Yönetim Uygulamalarında yaşanan sorunlar ele alınmıştır. Araştırmanın uygulamaya ayrılan üçüncü bölümünde ise araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ele alınmış olup, araştırmaya katılım gösteren kişilerden elde edilen veriler yorumlanmıştır. Araştırmanın sonuç bölümünde ise kişilerden elde edilen verilerden genel yargılara ulaşılmaya çalışılmış ve öneriler sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK HİZMETLERİ, DÜNYADA ve TÜRKİYEDE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İLE İLGİLİ
SON DÖNEM REFORM ÇALIŞMALARI

Birinci bölümde sağlık hizmeti kavramı ve türleri tanımlandıktan sonra Dünya’da ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişim süreci, Türk sağlık sistemi ile ilgili son dönem reform çalışmaları ve sağlık hizmetleri finansmanı konuları hakkında bilgi verilecektir.

1.1.SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HAKKI

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın sağlığı olmadan varlığını devam ettirebilmesi düşünülemez. Kişinin bulunduğu ortamda sağlıklı bir şekilde yaşaması, sağlığına zarar verebilecek etkenlerin yok edilmesi, hasta olması halinde ise iyileşmesine yönelik tedavisinin sağlanması, kişinin sahip olduğu en esas haklardan bir tanesidir. Bu bağlamda pek çok ülke sağlık hakkının korunması ve sağlık hizmetlerine yönelik düzenlemelere anayasalarında yer vererek, devletin temel görevleri arasında saymışlardır. Ülkemizde de sağlık hakkına ilişkin ilk düzenleme 1961 Anayasasının 49.maddesinde:“*Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini sağlamakla görevlidir*” ibaresiyle sağlık hakkının korunmasında devletimiz sorumlu tutulmaktadır¹.

Sağlık kavramı hakkında farklı tanımlamalar yapılmış olup tanımlanması zor olan kavramlar arasında yer almaktadır. Sağlığın tanımlanmasına ilişkin ilk yaklaşımlara göre; sağlık, hastalık kavramı ile ele alınmakta, sağlığın hastalığın zıttı olduğu açıklanmaktadır².

¹Murat Şen, Türkiye’de Sağlığın Finansmanı ve Kamu Hastanelerinin Etkinlik Analizi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2010, s.10.

²Sinem Somunoğlu, “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi” Sağlık Kurumları Yönetimi-1, (Derleyen: Mehtap Tatar), Eskişehir, 2012, s. 3-4.

Dünya Sağlık Örgütü'nün anayasasında sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımının da anlaşılacağı üzere psikolojik ve zihni iyilik halini de içermektedir³. Ülkemizdeki resmi tanımlamaya bakılacak olursa; 1961 yılı 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki kanununun 2. maddesine göre sağlık; “Yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde ifade edilmiştir⁴.

1.2.SAĞLIK HİZMETLERİ

1.2.1.Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık hizmetleri, insanların sağlıklarını korumak, onları hasta olduklarında tedavi altına almak, tedavi sonrasında iyileşemeyen, sakat kalanların birilerine bağımlı kalmadan yaşamlarını sürdürmesi ve toplumu oluşturan bireylerin sağlık seviyesini arttırmak amacıyla yapılmış olan planlı çalışmalara denilmektedir⁵.

Dünya Sağlık Örgütüne göre; “Belirli sağlık kuruluşlarında, sağlık personelinin yararlanarak toplumun ihtiyacına göre değişen hedefleri gerçekleştirmek, bireylerin ve toplumun sağlığını koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak amacıyla ülke çapında yaygınlaşmış olan organizasyondur”⁶.

Ülkemizde 05.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanununun 2. Maddesine göre sağlık hizmetleri; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”

Amacı, tanımında belirtildiği üzere; çevresel olarak sağlıklı bir ortam hazırlamak, vatandaşlara sağlık hizmetlerini sosyal, coğrafi, maddi-manevi ve diğer imkânlarla

³Emel Başol ve Abdülkadir Işık, Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler, Social Science, Namık Kemal Üniversitesi, İİBF Maliye Bölümü, Tekirdağ, 2015, s.3.

⁴Şen, s.10.

⁵Mehmet Tokat, Hastanelerde Maliyet, Etkinlik ve Performans Analizi, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınlar, Ankara, 1991, s.1.

⁶Azım Öztürk, “Sağlık Sektöründe Özelleştirme: Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme”, MPM Verimlilik Dergisi, Sayı 3, Ankara, 1993, s.5.

takılmadan ihtiyacı kadar verebilmek, eşit ölçüde ve kaliteli olarak verilmesi, sağlığı geliştirmek yoluyla bireylerin sağlıklı olmasını sağlamaktır⁷.

Sağlık hizmetlerinin diğer amaçlarına bakacak olursak; toplumu oluşturan bireylerin genel sağlık standardını yükseltmek, ortaya çıkabilecek hastalık türleri için önleyici tedbirler almak, hastalığa yakalanmış bireylerin sağlıklarına kavuşturulması ve iyileştikten sonra topluma adaptasyonlarını sağlamaktır⁸.

Ülkemizde kişilerin sağlık durumunu korumak ve sağlık düzeyini arttırmak için sunulan hizmetin çeşidini, ölçüsünü, kaideleri ve çerçevesini oluşturmak ve kurallar kapsamında faaliyet gösteren sağlık sistemini kontrol etmek Sağlık Bakanlığının vazifesidir. Bu bağlamda vatandaşlara sağlık hizmeti sunmak üzere sağlık hizmet sunucularını tek bir elden planlayıp hizmet vermelerini sağlamak Sağlık Bakanlığının en büyük görevidir⁹.

1.2.2.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin amaçlarına ulaşabilmesi için bazı özellikleri taşıması gerekmektedir. Sahip olduğu genel özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz:

- **Talebin Tahmin Edilememesi (Rastlantısal Olması):**Hastalık veya rahatsızlık durumu, önceden tahmin edilmesi zor olan bir durum olup bireylerin bu yönde yapacakları harcamalarda da belirsizlik söz konusu olacaktır. Bu bağlamda sağlık hizmetinin tüketimi rastlantısaldir¹⁰.
- **Kamusallık Özelliği:** Bireylere sunulan sağlık hizmetleri bireysel olarak sunulabileceği gibi toplumun tamamına yönelik olarak da sunulabilmektedir. Bu ise koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Bu hizmetler fiyatlandırılıp kişilere satılamaz. Dolayısıyla vatandaşların ücret vermesi beklenemez¹¹.

⁷Erdal Zorlu, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1996, s.8.

⁸Cemil Sözen, Sağlık Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara, 2003, s.75.

⁹Başol ve Işık, s.3.

¹⁰Melahat Çamcı, “Sağlık Yönetimi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2007, s.3.

¹¹Fazıl Tekin, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Eskişehir, 1987, s.263.

- **Dışsalılık Özelliği:** Tam kamusal mal ve hizmetler (koruyucu sağlık hizmetleri) toplumu oluşturan bireylerin tamamına dışsal fayda sağlamaktadırlar. Örneğin, vatandaşlara yapılan aşilar sadece kişilere değil, ortaya çıkabilecek bir salgını önleyerek tüm toplum için dışsal fayda oluşturmaktadır¹².
- **Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemezlik Özelliği:** Sağlık hizmetleri o anda karşılanması gerekmekte olup, nitelikleri gereğince çoğu zaman ertelenmesi mümkün olmayabilmektedir. Ayrıca diğer mal ve hizmetlerle ikame edilemez ve farklı bir sağlık hizmeti de gereksinim duyulan sağlık hizmetinin yerine kullanılamaz¹³.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda farklı mekanizmalar ve düzenlemeler uygulanmaktadır. Bunun sonucunda kamu ve özel olmak üzere iki ayrı boyutun ortaya çıkarmakta ve bunun sonucunda; sunulan hizmetin kimin kullandığı, kim tarafından sunulduğu ve finansmanın sağlama yolu gibi unsurlar baş göstermektedir. Kamusal nitelikli sağlık hizmetinde, toplumun tamamı hedeflenmekte hizmet anlayışı ise koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır¹⁴.

¹²Olgun Şener, Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005, s.54.

¹³Elif Özlem Özçatal, “Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliği”, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 1999, s.9.

¹⁴Somunoğlu, s.10.

1.2.3.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık Hizmetleri dört ana başlık altında incelenir.

Tablo 1.1: Sağlık İşletmelerinin Hizmet Türüne Göre Sınıflandırılması

SAĞLIK HİZMETLERİ			
KORUYUCU		TEDAVİ EDİCİ	REHABİLİTASYON
ÇEVRESEL	KİŞİSEL	1.Basamak (Ayakta Tedavi)	Tıbbi Rehabilitasyon (BedenselÖzürlüler)
	Vektör Denetimi		
Besin Denetimi	Kişisel Hijyen	2.Basamak (Genel Hastaneler)	Sosyal Rehabilitasyon (Uyum, Moral ve Kazandırma)
	Aşılama		
	Sağlık Eğitimi		
Çevre Sağlığı	Yeterli Beslenme	3. Basamak (İleri Tıp Merkezleri)	
	İlaçla Koruma		
Temiz İçme Suyu Sağlama	Erken Tanı		
	SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ		Sağlık Eğitim Birimleri Fitness Merkezleri

Kaynak: Şahin Kavuncubaşı, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No:1778, 1.Baskı, Eskişehir, 2007, s.27.

1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyleri ve toplumu hastalıktan korumak amacını taşıyan bu hizmetler, kişilerin tümünün sağlığının korunup geliştirilerek bunlara yönelik alınması gereken önlemlerin tümüne denir. Koruyucu sağlık hizmeti, bireye ve çevreye yönelik

hizmetleri kapsar¹⁵. Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığa yol açan riskleri ortadan kaldırmayı ya da belli bir seviyeye indirmeyi hedefler.

Bireylere yönelik sağlık hizmetleri doğrudan bireylere yöneliktir. Bireylerin hastalık etkenlerine karşı dirençli olmasını, hasta olmaları halinde ise erken teşhis ve tedavileri ile iyileşmelerini sağlamak üzere ilaç verme, aşılama, sağlık eğitimi, yeterli beslenme hizmetlerini oluşturur. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri ise, insanın bulunduğu ortamda insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen etkenleri yok etmek ve bir takım tedbirler alarak çevreyi olumlu hale getirme çalışmalarına denir. Örneğin; temiz su temini, gürültü, hava ve toprak kirliliğini nleme çalışmaları, katı-sıvı atıkların yok edilmesi hizmetleri vs. kapsamaktadır¹⁶. Koruyucu sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar; Aile Sağlığı Merkezleri, Dispanserlerdir.

1.2.3.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerin hastalanmaları veya sakatlanmaları halinde verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta bireyleri tedavi etmek için uygulamaya konulan hizmetlerdir. Temel amaç, alınan önlemlere rağmen ortaya çıkan hastalıkların teşhisinin en erken bir şekilde yapılması, hızlı ve etkili bir şekilde vatandaşların sağlığına kavuřturulmasıdır¹⁷.

Ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetleri üç şekilde sunulmaktadır¹⁸:

¹⁵amcı, s.56.

¹⁶Semanur Talakacı, Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Belirlenmesi, zel Sektör ile Kamu Hastane İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009, s.12.

¹⁷Dilaver Tengilimoğlu ve C.alık, Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve üzüm nerileri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Sayı 3, Ankara, 2000, s.12.

¹⁸Trkan Temel, zel Hastaneler Sektör Profili, İstanbül Ticaret Odası Yayınları, İstanbül, 2003,s.2.

Tablo 1.2: Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

SAĞLIK BAKANLIĞI	
ÜÇÜNCÜ BASAMAK	Üniversite Hastaneleri Eğitim Hastaneleri Araştırma Merkezleri
İKİNCİ BASAMAK	Devlet Hastaneleri Özel Hastaneler Askeri Hastaneler
BİRİNCİ BASAMAK	AÇS-AP Merkezi(Ana-Çocuk Sağlığı) Dispanserler Bağımsız Kuruluşlar

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004,
Erişim Tarihi: 23.04.2018 <<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>>

Birinci basamak sağlık hizmetleri; kişilerin hasta olmaları durumunda aile sağlığı merkezlerine, verem hastalığına yakalanmaları halinde tedavisinin yapılmak üzere verem savaş dispanserlerine, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerine başvurarak ayaktan tanı ve tedavisinin yapıldığı, yine kişilerin evlerinde sunulan hizmetleri kapsamaktadır.

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Devlet hastaneleri, özel hastaneler, dal hastaneleri gibi kuruluşlarda kişilerin hastalıkların teşhis edilmesi ve yatışının yapılarak tedavisi için sunulan hizmetleri kapsamaktadır.

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Eğitim ve araştırma hastaneleri, onkoloji hastaneleri vb. hastanelerde kişilere sunulan ileri düzeydeki hizmetleri ifade etmektedir.

Hastaların bu hizmetlerden verimli bir şekilde yararlanması ve hastaların amacına uygun bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanması için basamaklar arasındaki sevk zincirine önem verilmesi ile mümkündür. Sağlık hizmeti talep eden kişilerin sağlık

kuruluşlarında yığılmalarının önlenmesi sevk zincirine uygun hareket edilmesi ile mümkündür.

1.2.3.3.Esenlendirici (Rehabilitate Edici) Sağlık Hizmetleri

Bireyin herhangi bir hastalık durumunda veya geçirdikleri kaza sonucunda bedensel ve psikolojik açıdan başkalarına bağımlı olmadan yaşamını sürdürmesi için sunulan hizmetlerdir¹⁹. Bu hizmetlerin sağlıkla ilgilenen boyutuna tıbbi rehabilitasyon, toplumsal ve sosyal boyutuna ise sosyal rehabilitasyon denilmektedir²⁰.

1.2.3.4.Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlık durumu iyi olan vatandaşların sağlık düzeyinin daha ileri düzeye arttırmak için verilen hizmetlere denir. Bu verilen sağlık hizmeti; kişinin bedensel ve zihinsel sağlık durumunu, yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırma amacını taşımaktadır. Fakat burada temel sorumluluk bireye düşmektedir²¹.

1.3.DÜNYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Sanayi devrimi 1850-1920 yılları arasında gerçekleşmiş ve bu yıllarda sağlık hizmetleri nüfus hareketliliğinden, kentleşmeden ve sanayileşmeden etkilenmiştir. Yine bu dönemde her ülkenin kendine özgü sağlık sistemini oluşturmasını sağlayan bir takım unsurlar ortaya çıkmış olup bu unsurlar; bilim ve hastalık konusundaki düşüncelerin değişmesi, uzmanlaşmanın ve işbölümünün sağlık alanında önem kazanması, Batı Avrupa kıtasında risk bölüşümü düşüncesinden yola çıkılarak sigortacılık kavramının ön plana çıkması, hayırsever olma ve idareciliğin birbiri yerine kullanılmaya başlamaması vb. unsurlardır. Yirminci yüzyıla sağlık alanında bilime dayanan uzmanlıklar, sağlık meslekleri gelişim göstermiş ve önem kazanmıştır. Bu itibarla mesleklerin bazı kaidelere göre yapılması ve organize edilmesi tertip durumunu beraberinde getirmiştir. Eskiden hasta bakım hizmetleri uzman olmayan hayırseverler tarafından yürütülmüş olup bu dönemden itibaren uzman kişilerin yönetimine verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yönetiminde diğer sosyal konularda var olan yönetim araçları ve bilgiler de kullanılmaya başlanmıştır.

¹⁹Metin Yerebakan, Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul, 2000, s.21.

²⁰Şen, s.15.

²¹Bengü Savaşayen, Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Denetimi ve Bir Uygulama Örneği, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2012, s.6.

1910 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hazırlanan bir rapor ile tıp eğitiminin sağlık kuruluşları ile bağlantılı olarak yapılmasına karar vermişlerdir. Bunun sonucunda ilk kez John Hopkins Hastanesinde bilimselliğe dayanan bilginin bakımevi uygulama ile birlikte uygulanması sağlanmıştır. Bunu ABD ve Kanada örnekleri takip etmiştir.19. Yüzyılın sonlarında Avrupa bölgesinde yer alan ülkelerde genel sağlık sigortası ortaya çıkmış olup sağlık sektöründe yer alan sunucularına bir kaynak oluşturmuş ve iktidarların sağlığa ilişkin hizmetlerin sunumu ve sağlığa ilişkin harcamaları hususunda denetimci bir rol almasını da sağlamıştır. Genel sağlık sigortasının ilk örneği 1883 yılında Almanya’da ortaya çıkmıştır. Buna Bismarck modeli denilmektedir. İşveren kişilerce oluşturulan bu uygulama kısa zamanda diğer Avrupa bölgesinde yer alan ülkelere yayılmış olup Avusturya, İngiltere, Fransa, İsveç genel sağlık sigortasını uygulamaya koymuşlardır²².

1.4.TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Ülkemizde sağlık hizmetlerini topluma sunma görevi Sağlık Bakanlığına ait olup, Sağlık Bakanlığı ise 9 Haziran 1936 yılında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığının görevi; sağlık hizmetlerini yürütmek, sağlık çalışanlarını nitelikli hale getirmek, kurumda hizmet içi eğitim yapmak, özel tarafa sağlık kurumları kurma ve işletme imkânı sağlamak ve bunları denetim yapmaktır²³.

Türkiye’deki sağlık reform girişimleri dört başlıkta ele alınmaktadır.

1.4.1.Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960

İlk sağlık sisteminin kurumsallaşması Sağlık Bakanlığının kurulmasına dayanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Mayıs 1920 yılında kurulmuş olup ilk adı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıdır. Temelleri atıldığından bu günümüze kadar sağlık politikalarının oluşturulmasında ve sağlığa ilişkin hizmetlerin vatandaşlara ulaştırılmasından temel kurum Sağlık Bakanlığı olmuştur. Bakanlık dışında bazı aktörler de sağlık alanında görev almıştır. Bu aktörler; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, sağlık evi, dispanserler, mülga sağlık ocakları, nüfusun tümünü kapsamayan sağlık hizmeti finansmanı ve sunumunda rol alan SSK ve Emekli

²²Haydar Sur, Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, Erişim Tarihi: 23.04.2018, <<http://www.merih.net/ml/whaysur12.htm>>

²³Hediye Ünver, Hastanelerin Kuruluş Sorunları, Kuruluş Tanıtımı, İstanbul İlinde Faaliyet Gösteren Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001, s. 12.

Sandığı gibi. Türk sağlık sisteminin ana hukuksal çerçevesi ve temelleri de bu dönemde oluşturulmuştur ve zamanla çok sayıda değişimler yaşanmıştır²⁴.

Kurumsallaşma dönemi;²⁵

1. Yapılanma dönemi
2. Koruyucu sağlık hizmetleri
3. Ulusal Sağlık Politikası dönemini kapsamaktadır.

1950 yılından önce ulusal sağlık politikası ve hastalığı önleyici sağlık hizmetlerine önem verilmiş olup, tedavi edici sağlık hizmetleri ise Sağlık Bakanlığının sorumluluğuna verilmemiştir. Bu sorumluluk belediyelerin sorumluluğuna verilmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda bu sorumluluk belediyelerden alınarak Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Yine bu dönemde 15 yıl Sağlık Bakanı olarak görev yapan Refik Saydamın kurumsallaşma adına yaptığı çalışmalar Türk Sağlık Politikası ve sağlık sisteminin belirli bir şekil almasında rol oynamıştır²⁶.

1950 yılında Türkiye önemli bir gelişme göstererek yeni devlet hastaneleri kurulmuş, özel muayene yapma ve yüksek ücret verildiği görülmüştür. Yalnız bu dönemde önemli bir sorun ortaya çıktığı görülmüştür. Bu sorun insan kaynağının dengesi dağılım göstermesiydi²⁷.

1.4.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960-1980

Bu dönemde ortaya çıkan en önemli gelişme 1960 darbesidir. Bu darbe ile birlikte yaygın devlet müdahalesi olmuş ve bu müdahale sağlık alanında da görülmüştür. Yine bu dönemi şekillendiren diğer bir unsur ise Devlet Planlama Teşkilatı altında başlatılan Beş Yıllık Kalkınma Planıdır. Beş Yıllık Kalkınma Planı, sağlık politikalarının belirlenmesinde ön plana çıkmıştır²⁸.

1961 yılında 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” çıkarılmıştır. Kabul edilen bu kanun ülkemizin bugünkü sağlık sistemini

²⁴Gül Ergör ve Zafer Öztekin, Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi, 2000, Erişim Tarihi: 15.05.2018, <<http://www.un.org.tr/ana-sayfa/>>

²⁵Ünal Hülür, Sağlık Bakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2008, Erişim Tarihi: 15.05.2018, <<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/okulsagligi.pdf>>

²⁶Yıldırım, Nasıl Bir Sağlık Reformu?, Erişim Tarihi: 15.05.2018 <<http://www.absaglik.com/>>

²⁷Ergör ve Öztekin, Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi, Erişim Tarihi: 15.05.2018, <<http://www.un.org.tr/ana-sayfa/>>

²⁸Yıldırım, Nasıl Bir Sağlık Reformu?, Erişim Tarihi: 23.04.2018, <<http://www.absaglik.com/>>

oluşturmaktadır. Sosyalleştirme kanununun ortaya çıktığı dönemin bakanlık müsteşarı Nusret Fişektir. 1961 yılında kabul edilip 1963 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu kanunun temel amacı; yaygın, entegre, kademeli ve sürekli sağlık hizmetlerinin tüm bireylere ulaşmasını sağlamaktır²⁹. Kanunun temel hedefi, tüm bireylerin sağlık düzeyini artırmaktır ve bu amaçla halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmiştir³⁰.

Bu kanunun gerektirdiği uygulamalar öncelikle pilot çalışmalarla başlatılmıştır. İlk kez Muş ilinde başlatılmıştır³¹. Sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon reformu iki ana ayağa sahiptir. Bunlar finansman ayağı ve örgütlenme ayağıdır. Bu reformun finansman modeli karma bir yapıyı öngörmüş olup bu karma yapının da primler, bireylerin katkıları ve devlet kurumlarının bütçesinden oluşması öngörülmüştür. Örgütlenme ayağı ise kamuda çalışan sağlık personelleri için tam zamanlı çalışma, basamaklandırma sistemi, sevk zinciri, sürekli eğitim, alt yapı sağlama ve sektörler arası işbirliği unsurlarını kapsamaktadır³². Sosyalleştirmenin ikinci beş yılında sağlık personel sayısının yetersiz olması nedeniyle programda yavaşlık görülmüştür. Yetersizliğin azaltılması amacıyla 1978 yılında Tam gün çalışma yasası” çıkarılmıştır. Kanuna göre kamuda çalışan personellerin serbest çalışması yasaklanmıştır. Yine bu dönemde ortaya çıkan diğer bir unsur ise Devlet Planlama Teşkilatı kapsamında başlatılan Beş Yıllık Kalkınma Planıdır. Beş Yıllık Kalkınma Planında yer alan programlar ise koruyucu hekimlik, halk sağlığı, çevre sağlığı, nüfus planlaması, personel sıkıntısı, idari yapı, işçi sağlığı, sağlık sigortası ve özel hastanelere yönelik programlardır. Ülkemizde şuan uygulanmakta olan kalkınma planı ise Onuncu Kalkınma Planıdır (2014-2018). Ancak sistem planlandığı gibi olmamış ve uygulanamamıştır. Finansman ve örgütlenme ile ilgili yapılması istenen amaçlar uygulamaya konulamamıştır.

²⁹T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, T.C.Sağlık Bakanlığı-Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Yayın No:12, Ankara, 2007, s.100.

³⁰Recep Akdur, Sağlık Sektörü (Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum), Ankara Üniversitesi, Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Araştırma Dizisi No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2007, s.32.

³¹Çamcı, s.55.

³²Neval Kaya, Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008, s.26.

1.4.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980 Sonrası Dönem

Bu dönemde 1980 Askeri darbe yaşanmış olup Turgut Özal'ın kurmuş olduğu hükümet döneminde liberal politikalar benimsenmiştir. Sosyal amaçlarla uygulanan politikalardan vazgeçilerek özel sektör teşvik edilmiş, yani ağırlıklı olarak özelleştirme politikaları uygulanmıştır.

1961 Anayasası sağlık hizmetlerini devletin temel görevi olarak görürken, 1982 Anayasası ile devlet düzenleyici ve denetleyici olarak yer almıştır. Tam gün yasası, maddi açıdan devleti zorlaması gerekçesi ile kaldırılmıştır. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından "Sağlık Sektörü Master Planı Etüd" projesi başlatılmış, bazı reformlar planlanmıştır. 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır. 1993 yılında sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili bazı düzenlemeler yapılmasını öngören Ulusal Sağlık Politikası kararları alınmıştır.

Bu politikanın temel ilkeleri şunlar olmuştur:

1. Sağlık hizmeti sunumu ile finansmanın ayrılması.
2. Genel Sağlık Sigortası (Nüfusun tamamını kapsamı).

Ancak bu plandan beklenen sonuçlar alınamamıştır³³.

1990 yılından itibaren Dünya Bankası ile sağlık alanında bazı projeler yapılmak üzere anlaşma yapılmıştır. Bu projeler birinci ve ikinci sağlık projeleridir. 1998 yılında birinci sağlık projesi tamamlanmıştır. Bu projenin amaçları; temel sağlık hizmetlerine vatandaşların ulaşabilirliğinin sağlanması, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık sektörü yönetiminde etkinliği arttırmak ve Sağlık Bakanlığının yönetim kapasitesini arttırmaktır. İkinci projenin amaçları ise yukarıda saydığımız amaçları destekler nitelikteki amaçları kapsamaktadır³⁴. 1992 yılından sonra sosyal sigortalar kurumu, emekli sandığının ve Bağkur kurumlarının tek çatı altında toplanması, genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesi, aile hekimliği uygulaması ve hastanelerin özerk sağlık kurumlarına dönüştürülmesi çalışmaları başlatılmak istense de

³³İlker Belek, Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul, 2001, s.438.

³⁴Hülya Görgün, "Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri" Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2009, s.112.

uygulamaya konulamamıştır. Bunun nedeni ise o dönemde koalisyon hükümetinin etkili ve hızlı karar alamamaları ve ekonomik krizdir.

1.4.4.Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2000 Sonrası Dönem

2002 tarihindeki genel seçimlerden tek parti hükümeti olarak Ak Parti hükümeti çıkmış ve sağlık alanındaki reformu ise Sağlıkta Dönüşüm Programı olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması, genel sağlık sigortasının kurulması, devlet hastanelerine mali ve yönetsel özerklik sağlamak, birinci basamak sağlık sisteminin sağlamaştırılması ve aile hekimliğinin uygulamaya konulması amaçlanmıştır.

1.5.TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İLE İLGİLİ SON DÖNEM REFORM ÇALIŞMALARI

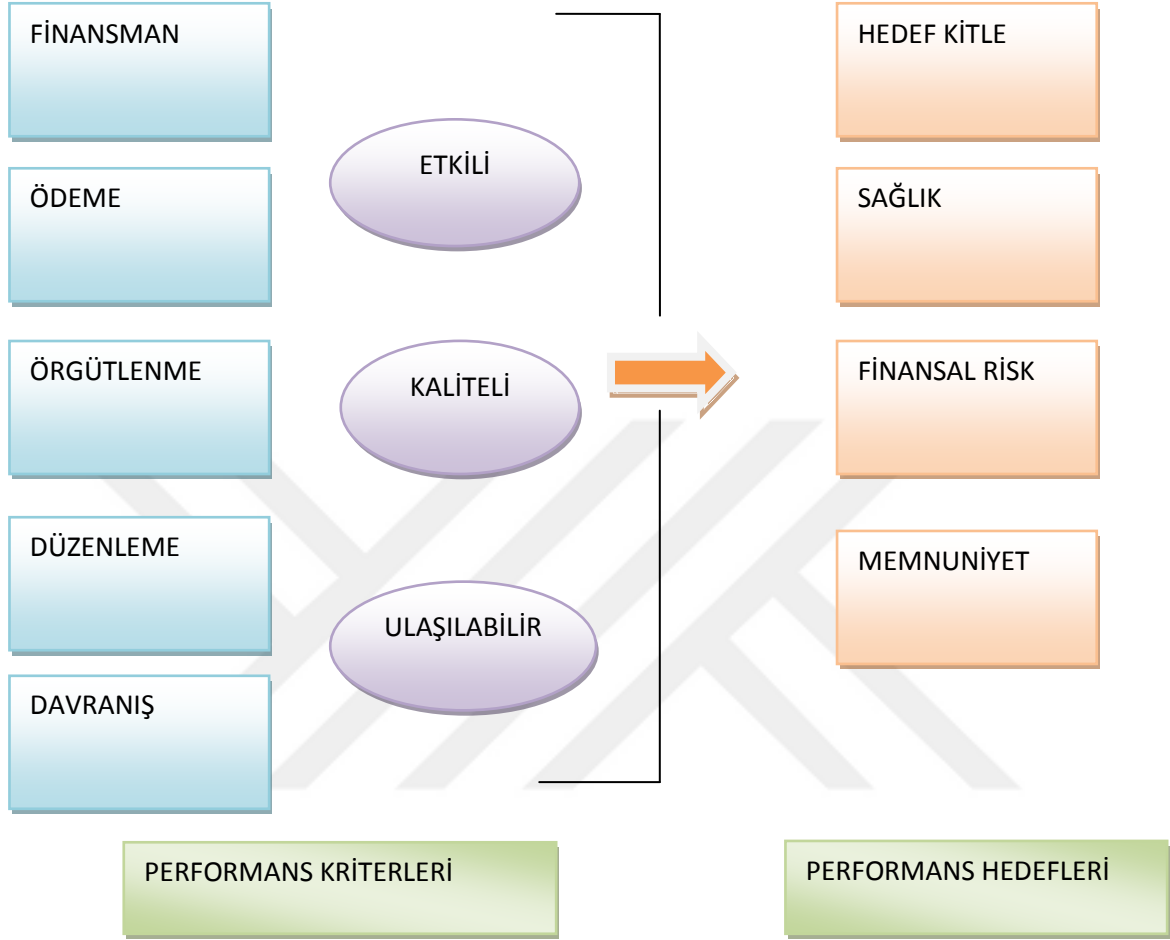
1.5.1.Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık Bakanlığı ile Mülga Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı düşünülmüş ve uygulanabilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Projesi hazırlanmıştır. Ocak 2003 yılında, 58. Cumhuriyet Hükümeti “Acil Eylem Planı” başlığıyla sağlık alanındaki önemli konuları kamuoyuna açıklamıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, “Herkes Sağlık” başlığı altında, sağlıktaki temel hedefler ortaya konulmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında başlatılmış, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulmasında önemli reformlar önermektedir. Programı bir “dönüşüm” olarak isimlendiren Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programını şu şekilde ifade etmektedir. Programın amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde, (i) organize edilmesi, (ii) finansmanının sağlanması ve (iii) sunulmasıdır. Bu amaçlara yönelik ilkeler ise “insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı ve hizmette rekabettir³⁵.

³⁵T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Tarihi:25.05.2018, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>>

Sağlıkta Dönüşüm Programında amaç; Kişilere sunulacak olan hizmetlerin etkililik, verimlilik ve eşit kriterler çerçevesinde sunulmasıdır.³⁶



Şekil 1.1:Sağlıkta Dönüşümün Başlıca Kontrol Mekanizmaları

Kaynak: Roberts ve Arkadaşları, Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008. Erişim Tarihi:25.05.2018.

Şekil 1.1.'den anlaşılacağı gibi belirlenmiş performans hedefleri ve bu hedefleri ortaya koyma amacını taşıyan performans kriterleri, sağlık sisteminin etkin ve finansal açıdan sürdürülmesini sağlayacaktır.

³⁶Seher Nur Sülkü, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara, 2011, s.31.

1.5.1.1.Programın Amaçları

Programın amaçları şu şekildedir:³⁷

- Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın elde edilmesi ve sunulmasıdır.
- Uygulanacak politikalarla vatandaşların sağlık seviyesinin yükselmesi sağlanacaktır.
- Doğumda beklenen ortalama ömrün uzatılması, anne ve çocuk ölüm oranlarının azaltılması temel arzulardır.
- Kaynakları verimli bir şekilde kullanarak maliyetlerde azaltma sağlanarak mevcut kaynakla daha çok hizmetin sunulmasının sağlanmasıdır.
- Bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamak ve hakkaniyet ilkesi doğrultusunda vatandaşların maddi imkanları oranında hizmetin sağlanmasıdır.

Hükümet programında Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaçları ise şunlardır:

- Sağlık Bakanlığının idari ve fonksiyonel bakımdan yeniden yapıya kavuşturulması.
- Sağlık kuruluşlarının idari ve mali açıdan bağımsız bir yapı oluşturulması.
- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesi (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur)
- Tüm bireylerin Genel Sağlık Sigortasından yararlanmasını sağlamak.
- Aile Hekimliği sürecine geçilmesi.
- Koruyucu hekimliği yaygın duruma getirmek.
- Yetki devrinin alt kademelere verilmesini sağlamak.

1.5.1.2.Programın Temel İlkeleri

Programın temel ilkeleri dokuz tane olup şu şekilde sıralayabiliriz:

- a) İnsan Merkezlilik: Sağlık hizmetlerinden faydalanacak olan bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini temel alan bir ilkedir.

³⁷T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Tarihi:05.06.2018, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>>

- b) Sürdürülebilirlik: Ülkemiz sisteminin kaynaklar açısından yeterli olması ve kendini besleyecek bir yapıda olmasıdır.
- c) Sürekli Kalite Gelişimi: Verilen hizmetleri ve ortaya çıkan sonuçları yetersiz görerek sürekli olarak daha iyiyi elde etmektir.
- d) Katılımcılık: Var olan sağlık sisteminde yer alan ilgili tüm tarafların fikir ve tavsiyelerinin alınması, sistemin kapsamına alınan bütün bileşenler ile kaynak bütünlüğünün sağlanmasıdır.
- e) Uzlaşmacılık: Sağlık sektöründe yer alan taraflar arasında birbirlerinin çıkarları gözetilerek ortak görüşlerde buluşma ilkesidir.
- f) Gönüllülük: Sistemde sağlık hizmetini veren kesimlerin, hizmet talep eden vatandaşlara veya kurumlara ayrımcılığa başvurmadan davranmaları ilkesidir.
- g) Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetinin finansmanı, planlaması, denetimi ve hizmetin üretiminde görevli olan güçlerin birbirlerinden ayrılmasıdır.
- h) Desantralizasyon: İdari ve mali açıdan bağımsız hale getirilen kuruluşların merkezi idare yönetiminden çıkarılarak yerinden yönetimin gerçekleştirilmesidir.
- i) Hizmette Rekabet: Sağlık hizmeti sunumunda farklı hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının sağlanmasıdır.

1.5.1.3. Programın Bileşenleri

Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri şu şekildedir:

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
- Herkesi tek çatı altında toplayan bir genel sağlık sigortası
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - Etkili, kademeli sevk zinciri
 - İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
 - Ulusal ilaç kurumu
 - Tıbbi cihaz kurumu

- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

1.Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı, sağlığa yönelik kuralları belirlemek ve denetlemekle görevli olup ülkemizde faaliyet gösteren özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşları kapsamında olan kaynakların hem etkililiğini arttırmak hem de verimli kullanılmasına yönelik stratejik planlamaları yapmakla görevlidir. Sağlık Bakanlığı, vatandaşlara sunulacak sağlık hizmetlerinin planlamasını yapmak ve sunumunu ise sosyal devlet anlayışı gereğince yerine getirmektedir. Bu bağlamda temel amacı, ülkenin sağlık politikalarını oluşturarak var olan düzeni denetlemelidir.

2.Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Bir Genel Sağlık Sigortası

Bağlı bulunan kuruma göre devlet veya özel sigortalar olmak üzere iki şekilde sınıflandırılabilir. Bunlar; Genel sağlık sigortası (GSS), Özel sağlık sigortası ve Tamamlayıcı sağlık sigortasıdır. Bunlardan Genel sağlık sigortası sonraki başlıkta detaylı olarak anlatılacaktır.

3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Sağlık hizmeti sunucularının birden fazla olmasıyla rekabetçi bir ortam sağlanmış olur ve böylece bu şekilde olmaları nedeniyle maliyetlerinin makul bir düzeye düşmesine katkı sağlar. Bunun sonucunda, sağlığa ayrılan kaynakların verimli kullanılmasıyla da bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlanmış olur.

3.1.Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

Bireylere hastalığı önleyici sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri temel sağlık hizmetleri grubunda olup kişilerin kendileri hekimlerini seçerek bu temel sağlık hizmetlerinin sunulmasını amaçlanmaktadır. Aile hekimliği uygulaması ile doktor ve hastalar arasında kişisel iletişim sağlanarak sunulan hizmetlerin amacına ulaşması sağlanmış olur. Aile hekimliği sistemi Ocak 2011 tarihinde uygulamaya başlanmıştır.

3.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Sevk sistemine geçilmek istenmesindeki amaç ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının iş yoğunluklarını azaltmaktır. Ayrıca bu sevk zinciri uygulamasının amacına ulaşabilmesi için kişilerden bu ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında belli miktarda katılım payları alınmaya başlanmıştır.

3.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Devlet ve özel hastaneler arasında hiçbir ayrımcılık yapılmaksızın Sosyal Güvenlik Kuruluşu (SGK) ile anlaşmaya vararak sözleşme yapmak ve sevk sisteminin gerektirdiği kurallara bağlı kalmak şartı ile topluma hizmet verebilmektedirler. Ancak kamu hastanelerinin daha verimli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için ve sektörde bulunan diğer kesimlerde rekabet edebilmesi için merkeze bağlı olmaması gerekmektedir. Bu bağlamda kamu kuruluşlarına Sağlık Bakanlığı denetimi altında idari ve mali yönden özerklik tanınması gerekmektedir.

4. Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Kuruma nitelikli insan kaynağı sağlayarak sağlıkta dönüşüm projesinin başarılı olması sağlanacaktır. Ayrıca sağlık sektöründe çalışan görevlilerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi etkili olacaktır. Diğer taraftan sağlık personellerinin kuruma bağlılığının ve motivasyonlarının yükseltilmesine yönelik bazı uygulamalar da yapılmaktadır. Örneğin; döner sermaye ödeneklerinin iyileştirilmesi.

5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Sağlık sektörüne yönelik analizlerin yapılması, hükümetlere danışmanlık hizmetlerini yürütecek ve ihtiyaç duyulan insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimlerin verilmesini sağlayacak kurumlara ihtiyaç vardır. Öncelikle sağlıkta dönüşüm programının başarılı olabilmesi için bu tarz kurumlarda yetişecek kişilerin sağlık işletmeciliği, sağlık planlaması ve sağlık ekonomisi vb. konuları bilmelerinde yarar vardır.

6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetler İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlıkta dönüşüm programının bu bileşen kapsamında temelleri atılan “Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi”nin geliştirilmesi ve yürütülmesinden Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı sorumludur.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı, sağlık hizmeti veren tüm devlet ve faaliyet gösteren kuruluşlarda, hasta ve personel memnuniyeti ile güvenliğinin sağlanması, yine sağlık hizmeti alan hastalara amaca uygun, beklentiye cevap veren zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde hizmetin sunulmasıdır³⁸.

7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

Ülkemizde tıbbi gereçler, ilaç ve demirbaşların standardizasyonu ile belli standartlar çerçevesinde idaresinde kurallara uyulması için kurumlara gereksinim vardır. Ulusal İlaç Kurumu; ilaçla ilgili ana araçların oluşturulması, ilaçlara izin verilmesi, reklamı, satışı, Ar-Ge faaliyetlerinin yönetimi gibi düzenleme ve destekleme amacıyla oluşturulmuştur. Ülkemizde ilaçlara yapılan harcamaları kontrol altına almakla görevlidir. Yine ülkemizde tıbbi sarf araç ve cihazların standardizasyonun sağlanması ve kontrol altına alınması, hizmetleri denetleyici ve sistem çerçevesinde yetkilere sahip bir Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur.

8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim; Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık Bilgi Sistemi; hastaneye başvuran kişilerin kişisel verilerinin kayıt altına alınması, basamaklandırma sistemine dayalı olarak kurumlar arasında bilgi transferi ve verilerin depolanması amacıyla kurulmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, bu amaca yönelik olarak 24 Kasım 2011 tarihinde kurulmuştur.

³⁸T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, Erişim Tarihi: 20.06.2018
<<http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,12454/hakkimizda.html>>

1.5.1.4. Hastanelerdeki Değişim Uygulamaları

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan değişim uygulamaları şunlardır:³⁹

- Tüm vatandaşlarımızın 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ücret ödemeksizin faydalanması imkanı sağlanmıştır.
- 112 Acil hizmetleri tamamen ücretsiz hale getirilmiştir.
- Kamu hastaneleri 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun” ile tek çatı altında birleştirilmiştir.
- 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kapsamında kişilerin sağlık sigortalarıyla özel sağlık kuruluşlarına ve tıp merkezlerine başvurmaları sağlandı.
- Kişilerin kamu ve özel tüm hastanelerde acil ve yoğun bakım tedavi hizmetlerinden ücretsiz bir şekilde yararlanması sağlanmıştır.
- Özel sağlık kuruluşlarında ilave ücret alınmasının önüne geçildi.
- Kişilerin acil durumlarda sigortasının olup olmadığı farketmeksizin her türlü sağlık hizmetine ücret ödemedi faydalanması sağlanmıştır.
- Ayaktan tedavi kapsamına giren hizmetlerin ödeme kapsamına alınmasını,
- Kişilerin dış tedavisine yönelik hizmetlerden ücret ödemedi yararlanmasının önü açılmıştır.
- İlaçta Referans Fiyat Sistemi uygulamasına geçilmiştir.
- Kişilerin ilaçlarını istedikleri eczaneden satın alabilmelerinin önü açılmıştır.

³⁹T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Tarihi: 20.06.2018, <<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>>

- Sağlık Uygulama Tebliği ile hastanelerin yatarak tedavi gören hastalar için ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz almalarının önü açılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan personellere performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir.
- Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile kamuda tam gün çalışma özendirilmiştir.
- 5018 sayılı “Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu” ile kamuya tahsis edilen kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak, kamu hizmetlerinin finansmanında mali disiplin, hesap verebilirlik ve mali saydamlık sağlanmak istenmiştir.
- Tüm sağlık kuruluşlarında performans esaslı bütçeleme uygulayarak hedef odaklı yönetime geçilmiştir.
- “Global Bütçe Modeli” geliştirilerek Bakanlığımızca sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanında uygulanmıştır.
- SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı sigortalısı olan kişilerin genel sağlık sigortası prim oranlarının eşitlenmesi sağlanmıştır.
- Özel hastaneler ve tıp merkezlerinden bütün herkesin sağlık sigortalarıyla hizmet alması sağlanmıştır.
- Genel Sağlık Sigortası kapsamına 18 yaşın altında bulunan tüm vatandaşlar sosyal güvencesi olsun ya da olmasın alınmıştır.
- Aile hekimliği sisteminde performansa dayalı ve kayıtlı olan kişi başına ödeme sistemi hayata geçirilmiştir.
- “Yönetici performansı” uygulaması ile hastane yöneticileri için ödemeye esas olmak üzere uygulamaya geçirilmiştir.
- İlaçta tek geri ödeme komisyonu kurulmuştur.
- Sağlıkla ilgili tüm bilgiler görülmesi için Sağlık-Net’ uygulaması geliştirilmiştir.

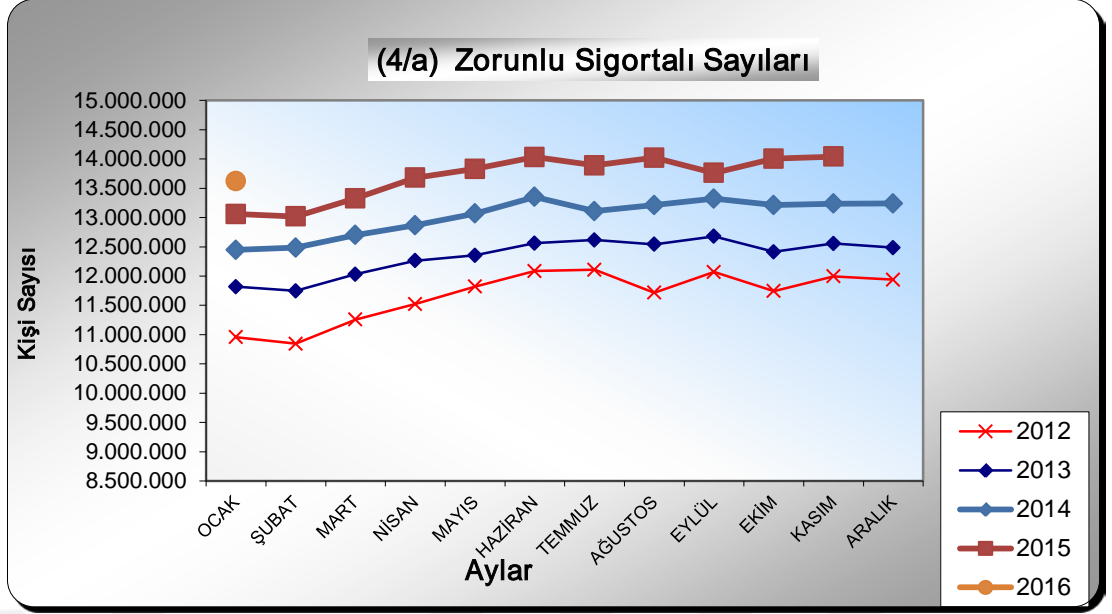
- ”Hekimlerin kamu ve özel sağlık işletmelerinde eř zamanlı çalışmalarını ortadan kaldırmak amacıyla “Tam Zamanlı alışma” çıkarılmıştır.
- Sağlık kuruluşlarında “Merkezi Hastane Randevu Sistemi” uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık işletmelerinde “Hasta Hakları Birimi” kurulmuş ve doktor seçme hakkı getirilmiştir.
- İlaç Takip Sistemi (İTS) ile ilacı geçtiği her aşamada izlenmesi amaçlanmıştır.
- Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlanmıştır.

1.5.2. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Sosyal Güvenlik Kurumu; Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli sandığı ve BAĞ-KUR kurumlarının 16 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal güvenlik kurumuna devredilerek kurulmuş olup, Mülga alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili bir kuruluřudur⁴⁰.

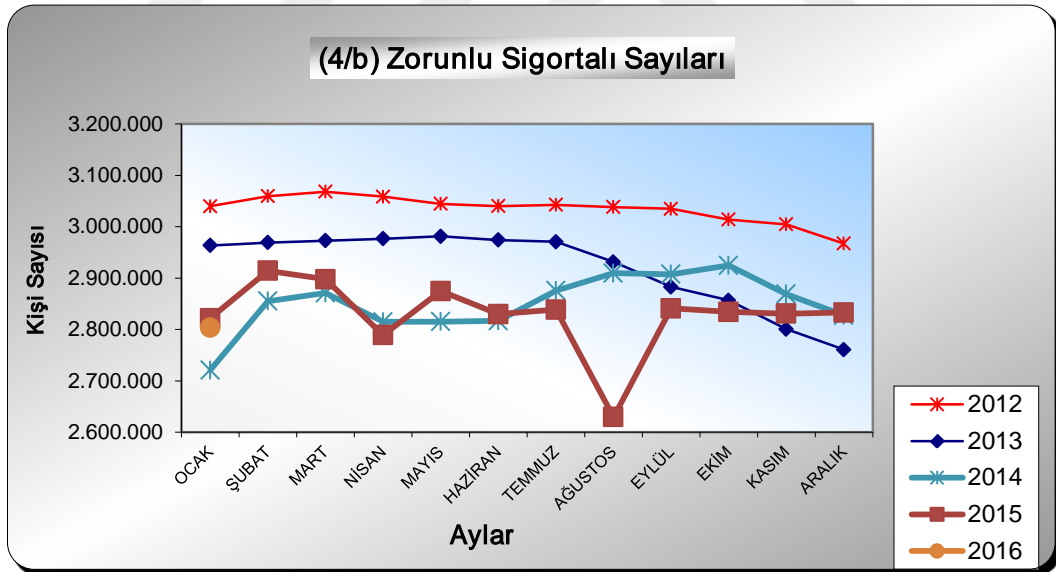
Kurumun temel amacı, hizmet sözleşmesi altında bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılan sigortalı kişileri iş hayatının öngörülemeyen risklerine karşı sigorta etmek amacıyla sosyal güvenliklerini sağlamaktır.

⁴⁰Gl Kırımlı, zel Hastanelerde zel Sağlık Sigortası İşleyişi ve Sorunları, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013, s. 15.



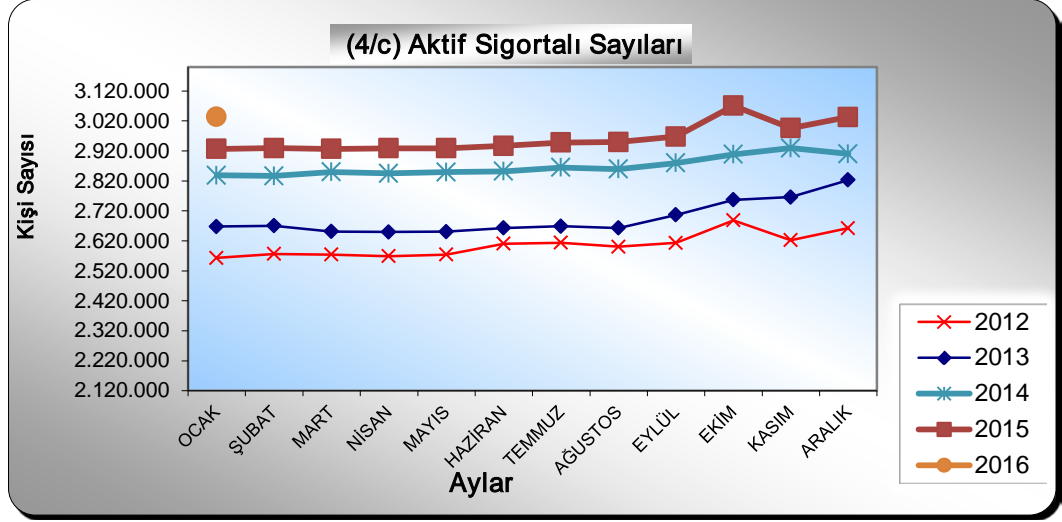
Şekil 1.2: (4/a) Zorunlu Sigortalı Sayıları

Kaynak:Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık İstatistik Bilgileri, Erişim tarihi: 20.06.2018
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri



Şekil 1.3: (4/b) Zorunlu Sigortalı Sayıları

Kaynak:Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık İstatistik Bilgileri, Erişim tarihi: 20.06.2018
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri



Şekil 1.4: (4/c) Zorunlu Sigortalı Sayıları

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık İstatistik Bilgileri, Erişim tarihi: 20.06.2018, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri>

Temmuz 2004 tarihinde Mülga Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi” taslağı kamuoyuna takdim edilmiştir. Böyle bir sistemin düşünülmesinin nedeni; Sağlık verilerinin tek bir merkezde ele alınmaması ve harcama finansmanının tek bir merkezden kontrol edilmemesi, giderlerin ölçsüzlüğü, bürokrasi işlemlere ve sağlık politikalarının oluşturulmasında yanlışlıklara neden olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda vatandaşlarımızın tümünü kapsayan bir Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması düşünülmüştür⁴¹.

Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve işlevsel oluşumu, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin düzenli olarak yürütülmesi gibi birtakım organize ve reform yapılmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmetin sunumundan ayrılmıştır. Bahse konu yasa ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve BAĞ-KUR kapsamında olan bireyler genel sağlık sigortası kapsamında sağlıklarına ilişkin bir güvence elde etmişlerdir. Yeşil kart sahibi vatandaşlar kapsama alınması için çalışmalar başlatılmıştır⁴².

⁴¹Emine Orhaner, Türkiye’de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara, 2000, s.40.

⁴²İlhan Serin, Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, Kazancı Kitabevi, İstanbul, 2004, s.15.

“Genel sağlık sigortası kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan, sağlık sigortasıdır”⁴³.

Genel sağlık sisteminin getirmiş olduğu en önemli yeniliklerden biri, bütün vatandaşları kapsamış olmasıdır. En önemli amacı, sistem dışında hiç kimsenin kalmaması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi amaçlanmıştır. 25 yaşına kadar sigortalının çocukları anne veya babası üzerinden, 25 yaşını doldurdıklarında ise Kurum tarafından sigortalı sayılacaklardır.

1.5.3.Sağlık Dönüşüm Reformlarının Değerlendirilmesi

Sağlıkta dönüşüm politikası bağlamında ortaya çıkan değişimler şu şekildedir.

➤ Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış (2015, milyar TL)

		Finansman kaynağı - Hizmet alanlar		Toplam
		Kamu harcamaları ²	Özel harcamalar ³	
Finansman hedefi - Hizmet Sunucuları	Kamuya ait hizmet sunucuları ⁴	53,8 (%51)	2,8 (%3)	56,6 (%54)
	Özel hizmet sunucuları	8,0 (%8)	11,3 (%11)	19,3 (%19)
	İlaç ¹	20,6 (%20)	7,9 (%7)	28,5 (%27)
Toplam		82,1 (%79)	22,4 (%21)	104,5 (%100)

1 Tıbbi ve dental ekipman gibi diğer harcamalar dahil.

2 Sağlık Bakanlığı merkezi bütçesi ve SGK.

3 Cepten yapılan sağlık harcamaları ve özel sağlık sigortası harcamaları.

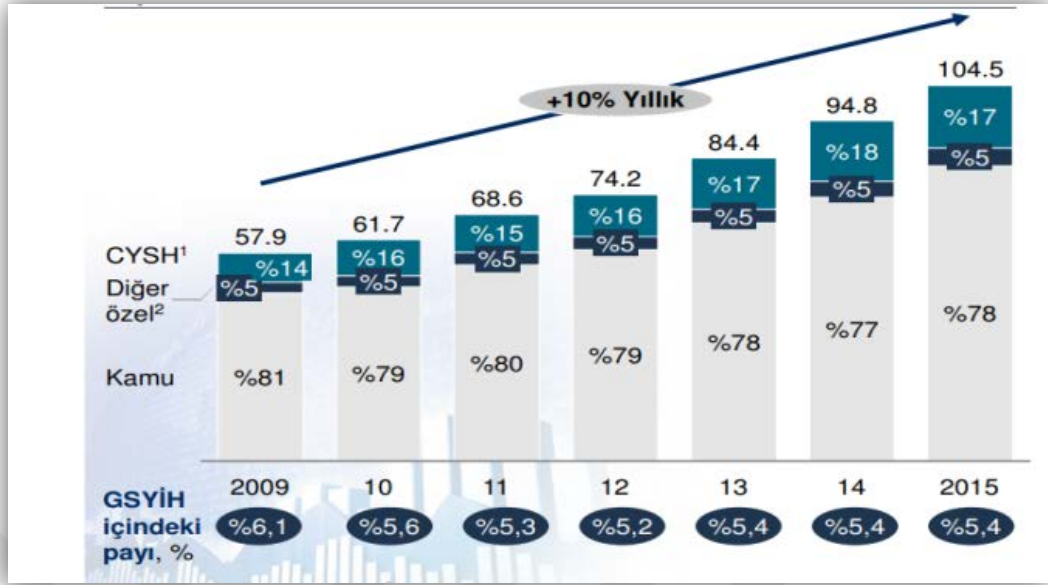
4 Üniversite hastaneleri dahil.

Şekil 1.5: Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış

Kaynak: Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

⁴³TTB, Genel Sağlık Sigortası, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2005, s.30.

➤ Hizmet Alan Türüne Göre Sağlık Harcamaları (2009-2015)



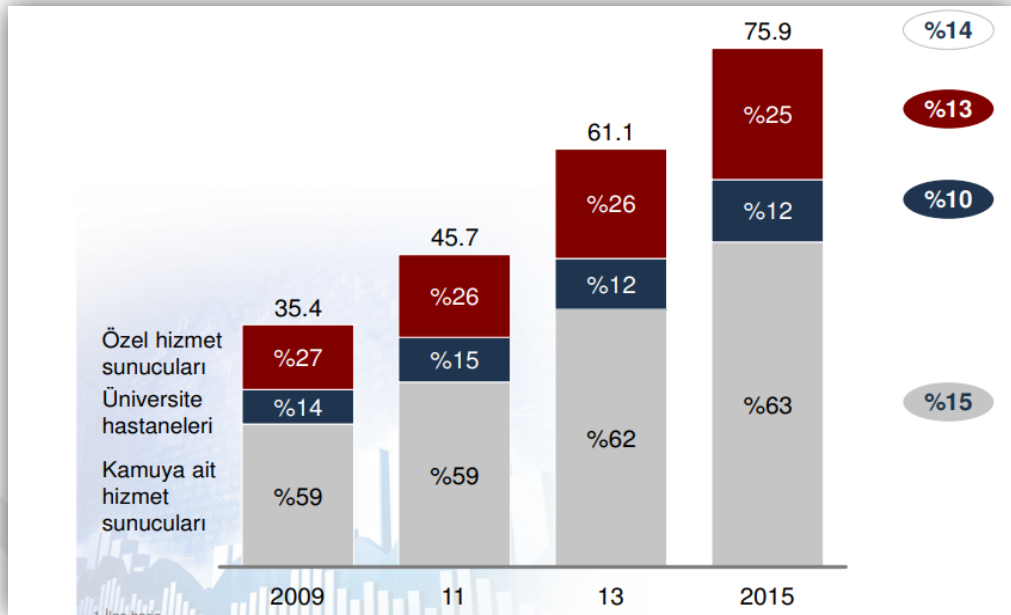
1 Cepten yapılan sağlık harcamaları
2 Özel sağlık sigortası

Şekil 1.6: Hizmet Alan Türüne Göre Sağlık Harcamaları (2009-2015)

Kaynak:2015 Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı, TÜİK, Erişim tarihi: 15.07.2018<<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

- Sağlık harcamaları 2009 yılından bu zamana kadar kararlı bir ekonomik ortama seyretmiştir.

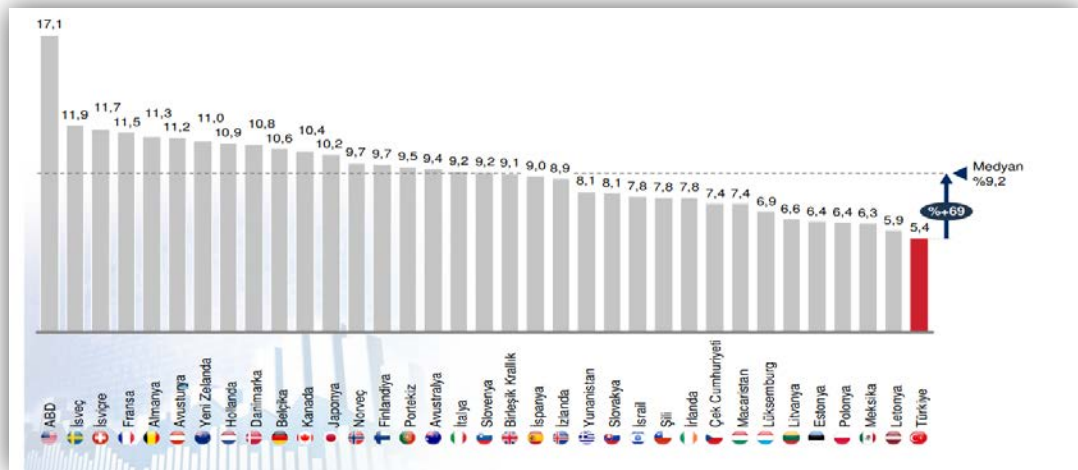
➤ **Hizmet Sunucularında Toplam Sağlık Harcamaları (İlaç Hariç) (2009-2015)**



Şekil 1.7: Hizmet Sunucularında Toplam Sağlık Harcamaları (İlaç Hariç)

Kaynak: Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

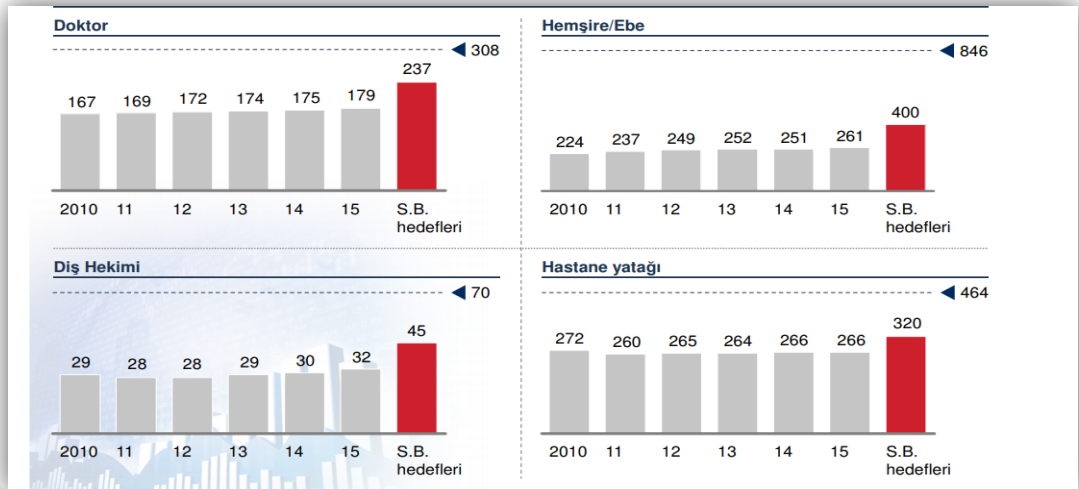
➤ **Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (2014 Yılı)**



Şekil 1.8: Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Payı (2014 Yılı)

Kaynak: WHO Küresel Sağlık Harcamaları Veritabanı, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

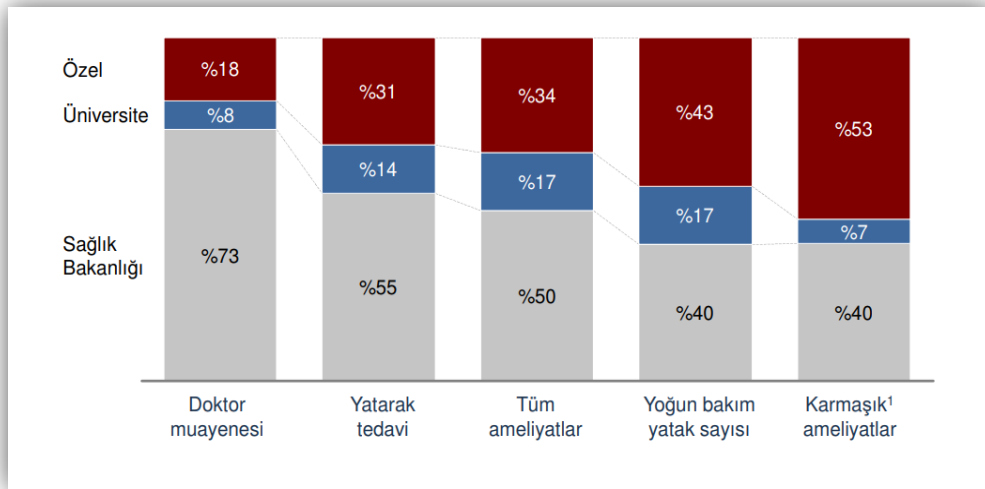
➤ **100.000 Kişi Başına Sağlık Personeli/Yatak sayısı (Kamuya ait ve özel hizmet sunucuları dâhil tüm sistem) (2014 yılı)**



Şekil 1.9: 100.000 Kişi Başına Sağlık Personeli/Yatak sayısı (Kamuya ait ve özel hizmet sunucuları dahil tüm sistem) (2014 yılı)

Kaynak: Türkiye Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, 2014-2017, 2015 Sağlık İstatistik Yıllığı, 2013, Sağlık İstatistik Yıllığı, TÜİK nüfus tahmini, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

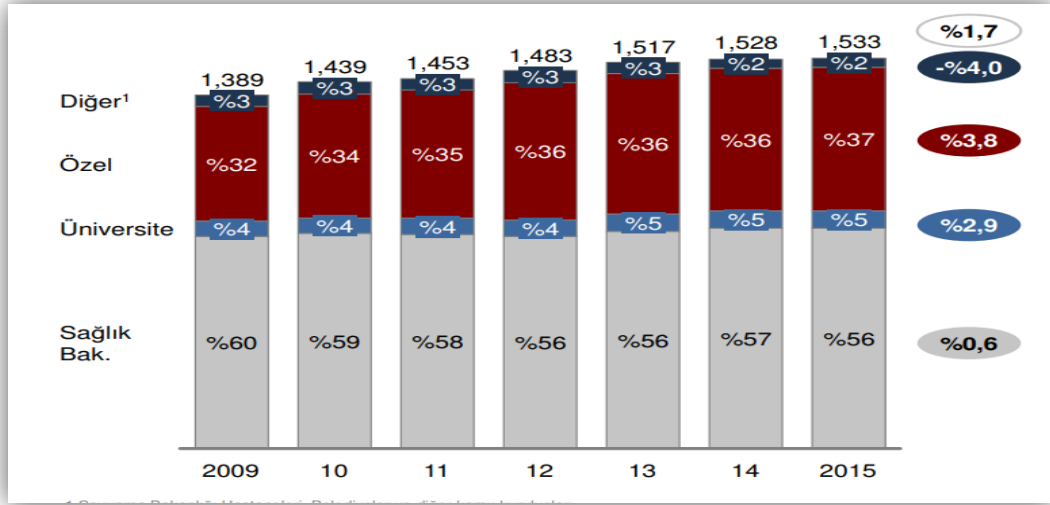
➤ **Sağlık Hizmetleri Talebinin Sektörler Genelinde Dağılımı (2015 Yılı)**



Şekil 1.10:Sağlık Hizmetleri Talebinin Sektörler Genelinde Dağılımı (2015 Yılı)

Kaynak:Sağlık Bakanlığı, 2015 Sağlık İstatistik Yıllığı, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

➤ Sektöre Göre Hastane Sayısı (2009-2015)



Şekil 1.11: Sektöre Göre Hastane Sayısı (2009-2015)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı 2015, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

➤ Hizmet Sunucuları Genelinde Sağlık Profesyonellerinin Dağılımı (2015 Yılı)

Sayısı	Profesyon	Dağılımı			
		Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer
Sağlık Profesyonelleri	Pratisyen	44	14	6	0
	Doktor	39	15	23	1
	Toplam	83	29	28	1
Diğer sağlık personeli	Hemşire	102	23	26	3
	Ebe	48	1	4	0
	Diğer sağlık çalışanları	102	11	32	0
	Diğer çalışanlar ve dış kaynak	206	13	20	3
	Toplam	458	48	82	6

Şekil 1.12: Hizmet Sunucuları Genelinde Sağlık Profesyonellerinin Dağılımı (2015 Yılı)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistik Yıllığı 2015, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

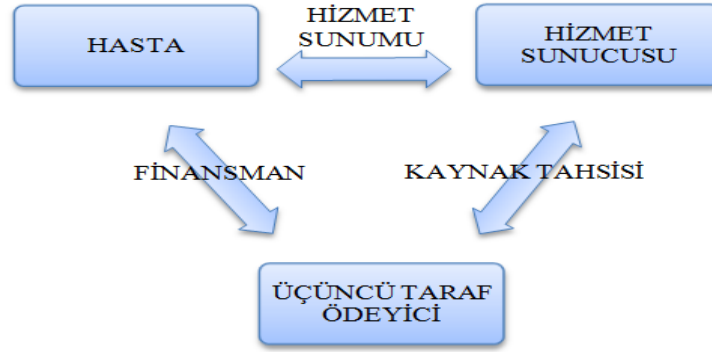
1.6.SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

1.6.1.Sağlık Hizmetleri Finansmanı Kavramı

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerini elde etmek için lazım olan finansal fonların piyasa ya da kamusal kaynaklarla finanse edilmesidir⁴⁴.

Sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili yapılan başka bir tanım ise, sağlık sektöründe vatandaşlara sunulan tüm sağlık hizmetlerine ait olarak yapılacak olan harcamaların hangi fonlardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağını, bu elde edilen fonların yapılacak olan sağlık alanında yapılacak olan projelere yeterli düzeyde, miktarda, zamanında ve etkili bir biçimde kullanılmasına ilişkin ilke ve esasların ne olduğunu belirleyen bir kavramdır⁴⁵.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmet sunan kurumlar ile bu hizmetleri finanse edenler arasında kaynak aktarımı sürecini ve sistemini ifade eder. Mossialos ve Dixon, sağlık hizmetleri üçgeni ile sağlık hizmetleri finansmanında rol oynayan unsurları ifade etmişlerdir.



Şekil 1.13: Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Kaynak: Elias Mossialos and Anna Dixon, "Funding Health Care: An Introduction", Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Optionsfor Europe, s.1-30, Open UniversityPress, Buckingham – Philadelphia, 2002, p.23

Sağlık hizmetleri üçgenine göre; üç taraf vardır. Birinci taraf, ikinci taraf ve üçüncü taraftır. Birinci taraf hastalardır. Hastalar tüketicidir. İkinci taraf hizmet sunanlardır.

⁴⁴Kocasoy, s.56.

⁴⁵Gürkan Duyuk, Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması, Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2015, s.29.

Hizmet sunucular devlet veya özel hastaneler başta olmak üzere sağlık hizmeti sunan diğer sağlık kuruluşlarıdır (Dal hastaneleri vs.) Üçüncü taraf ise kamu ve özel kuruluşlardır. Burada birinci taraf yani sağlık hizmeti alan kişiler ikinci tarafa yani hizmet sunuculara ödeme yaparlar. Ortaya çıkan hastalığın getirdiği finansal riske karşı güvence sağlanması için üçüncü taraf ödeme yapanlar kurulmuştur. Özel ve kamu kuruluşu olabilen üçüncü taraf ödeyicileri kapsamı altına aldığı kesimden doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplarlar. Toplanan gelirler ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için sağlık hizmeti talep eden hastalara geri ödeme ya da hastanelerin sundukları hizmete karşılık olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır⁴⁶.

Amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. Sağlık hizmetlerini alacak olan bireylere, yeterli düzeyde ve hakkaniyete uygun bir yöntemle finansal kaynak sağlamaktır.
2. Hastaların beklentilerini karşılamaktır.

Ülkelerde zaman içinde ekonomik ve demografik alanda yaşanan sorunlar kaynakların verimli ve etkili kullanılmalarını gerektirmiştir. Yeterli olmayan finansman, hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin organizasyonunda en çok beğenilmeyen konuların başında gelmektedir. Birden fazla finansman yöntemleri mevcuttur. Finansman yöntemleri ülkeden ülkeye göre değişmektedir. Bu finansman yöntemlerinin hangilerinin avantajlı hangilerinin dezavantaja sahip olduğu konusunda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır.

1.6.2. Sağlık Sistemi Finansmanının İşlevi

Sağlık sisteminde üç temel işlev söz konusudur. Bu temel işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme yapmadır. Bu üç temel işlevi gösteren tablo aşağıda sunulmuştur.

⁴⁶Mossialos ve Dixon, p.23.

Tablo 1.3: Sađlđın Finansmanın Genel Politikaları

Finansman Konusu İlgili Politika	İlgili Politika
Gelir Oluşturma	Hangi kesimlerden hangi oranda kaynak toplanması gereği
Kaynak biriktirme	Fonların biriktirilme ve sağlık sunucularına aktarma konusu
Sağlık hizmeti sağlayıcılarına Ödeme Yapma	Hizmet alınacak yerlerin belirlenmesi ve ödeme yöntemleri

Kaynak:Anna Dixon, Jack Langenbrunner and Elias Mossialos, “Facing the Challenges of Health Care”, Josep Figueras et al (eds), *HealthSystems in Transition: Learning From Experience*, European Observatory on Health Care Systems Series, 2004, p.53.

Gelir toplama işlevinde; birincil (halk ve şirketler) ve ikincil (devlet ve donör kuruluşlar) kaynaklardan toplama yapılır. Bu kaynaklardan toplanan parasal işlemler, fon biriktirme ve diğer yollardan elde edilen fonların bir havuzda toplanır. Kısacası, toplanan gelirlerin hangi kesim tarafından ödendiği, yapılan ödeme biçimi ve gelirlerin hangi kesim tarafından elde edildiğidir. Başlıca gelir toplama yöntemleri ise sosyal sağlık sigorta primleri, borçlar, yapılan bağışlar, cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası primleri ile vergilerdir. Bu elde edilen gelirleri toplayan kurumlar ise merkezi, bölgesel veya genel hükümet, bağımsız kamu kurumları veya sosyal güvenlik kurumları, kar amaçlı olmayan özel sigorta şirketleri ile hizmet sunuculardır⁴⁷.

Fon (risk) Havuzlama, elde edilen finansal kaynakların toplandığı yer ve bu kaynakların yönetimidir. Bu fon havuzunun amacı, ortaya çıkabilecek risklerin paylaşılması ve durumu iyi olmayan kişileri mağdur etmemektir. Bu işlev, sağlık risklerine karşı gelirlerin biriktirilmesini amaçlamaktadır. Fonların toplanmasında kar amacı taşıyan ve taşımayan özel kuruluşlar ile kamu kuruluşlarından meydana gelmektedir. Ancak, geliri toplayan kuruluşlar ile fonları biriktiren kuruluşlar aynı olabilmektedir⁴⁸.

Sağlık hizmeti sağlayıcılarından sağlık hizmeti satın alma işlevi ise havuzda (fonda) toplanan gelirlerin alınacak hizmetler karşılığında sağlık hizmeti sunucularına

⁴⁷Mossialos and Dixon, p.34.

⁴⁸Cořkun Can Aktan ve Abdülkadir Işık, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, Erişim tarihi: 25.07.2018, <www.canaktan.org/ekonomi/sağlık>

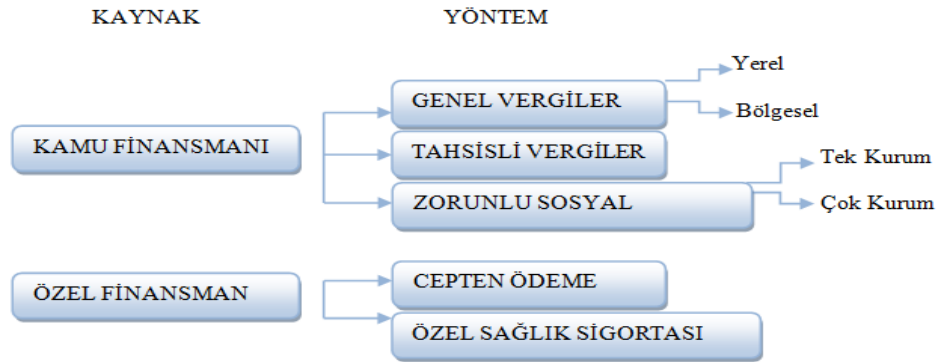
verilmesidir. Gelirleri oluşturan yani fon oluşturan ile ödeme yapan kesim aynıdır. Başlıca ödeme yöntemleri ise hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir⁴⁹.

1.6.3.Sağlık Sistemi Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, ülkede uygulanmakta olan sosyal güvenlik sistemine göre belirlenmekte ve yönlendirilmektedir. Sağlıkta birbirinden farklı finansman modelleri mevcuttur. Geliştirilen finansman modelleri ülkenin koşullarına göre tek tek ya da karma (piyasa+kamu ekonomisi) şekilde kullanılabilir. Karma şekilde kullanılmasının nedeni ise günümüz şartlarında bu modellerin birbirinden ayrılmasının zorlukta olmasıdır.

Sağlıkta başlıca finansman modelleri şunlardır; Beveridge modeli (Genel vergiler yoluyla), Bismarck Modeli (Sosyal Sağlık Sigortası) ve cepten ödemeler ilse özel sağlık sigortacılığını kapsayan özel finansman kaynaklarıdır. Beveridge ile Bismarck modelleri kamu ve yarı kamu finansal kaynaklar grubuna girmektedir⁵⁰.

Sağlık hizmetlerinin hangi kaynaklardan sağladığını şu şekilde gösterebiliriz:



Şekil 1.14: Sağlık Finansman Yöntemleri

Kaynak: John Appleby, Financing Health Care in the 1990, s.17, Open University Press, Buckingham, 1992, p.17.

⁴⁹Ali Güvercin, Halil İbrahim Mil ve Bülent Tarım, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Bartın Üniversitesi, İ.B.B.F Dergisi, Cilt 7, Sayı 13, Bartın, 2016, s.83-84.

⁵⁰Hüseyin Yıldırım, Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, AB Sağlık Araştırmaları Merkezi Derneği, Ankara, Erişim Tarihi: 25.07.2018, < <http://www.absaglik.com/sagreform.html> >

Sonuç olarak, toplumun talep ettiği sağlık hizmetlerini sunabilmek için olması gereken finansal kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklardan elde edilmektedir.

1.6.3.1.Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları

Kamusal finansman modeli, prim ve vergi usulü yöntemlerden oluşmaktadır. Bu modelin ortaya çıkışı XIX. yüzyılın sonlarıdır. Bu modelde ilk olarak XIX. yüzyılın sonunda sosyal sigortacılık yöntemi ortaya çıkmış olup XX.yüzyılın ilk çeyreğinde ise vergiler yoluyla sağlanan finansmandır⁵¹. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin finansmanı kişilerden toplanan genel veya özel vergiler yoluyla (Beveridge modeli) ya da kişilerden toplanan primler yoluyla (Bismarck modeli) idame ettirilir.

1.6.3.1.1.Zorunlu Sosyal Sağlık Sigortası (Primler/Bismarck Modeli)

Bismarck yöntemi olarak anılan zorunlu sosyal sigorta sistemi, 1883 yılında Otto Von Bismarck tarafından Almanyada temelleri atılmıştır. Zorunlu sosyal sağlık sigortacılığının Almanyada ortaya çıkmasının nedenlerinden biri toplumdaki yoksulluğu indirgemek, ikincisi ise o dönemde var olan toplumculuk baskı karşısında çalıştırılan kişilerin işverenlere ve devlete olan bağlılaşımını arttırmaktır⁵².

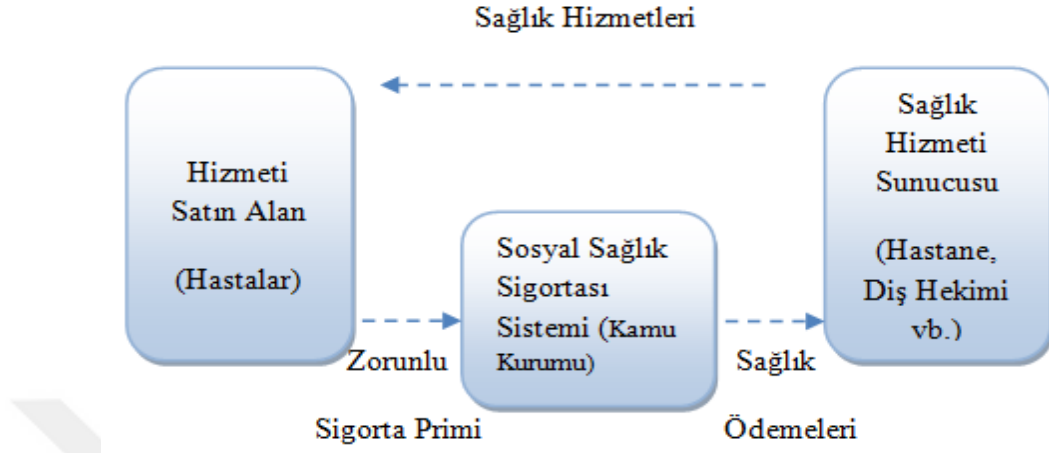
Sosyal sağlık sigortası, bireylerin belirli bir oranda prim ödemeleri karşılığında sigorta kapsamına alındığı bir sigorta türüdür⁵³. Bu modelin geçerli olduğu ülkelerde çalışanlar, işletmeler, kendi hesabına çalışanlar ile devlet, prim ödeyerek katkıda bulunurlar. Alınan maaşın miktarıyla ilişkili olarak çalışanlar ve şirketler tarafından ödemeler yapılır. Devlet ise ödeme konusunda yeterli mali gücü bulunmayan kişiler için katkı yapar. Böylece tüm vatandaşlar hem sigorta kapsamına alınarak sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları sağlanmış olur hem de sağlık güvencesinde olmuş olurlar. Bu sigorta yöntemi dünyanın birçok yerinde uygulama alanı bulmuştur. 60'tan fazla ülkede kullanıldığı bilinmektedir. 20'den fazla ülke, bu sağlık modelini kullanarak genel sağlık sigortasını işleve sokmuştur. Bismarck yöntemini uygulayan bazı ülkeler; Almanya, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, Belçika, İsviçre, Çek Cumhuriyeti, Hırvatistan, Estonya, Macaristan, Slovakya,

⁵¹ A. Ron, B. Abel-Smit hand C.Tamburi, Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach. Isted. Ceneva: ILO; 1990. p. 21-33.

⁵²B. Abel-Smith, An Introduction to Health. Policy, Planning and Financing, Longman Group Limited, New York, 1994, p.71.

⁵³Robert G. Evans, Financing Health Care: Taxation and The Alternatives, Elias Mossialos, Anna Dixon, JosepFigueras, J. Kutzın, (Eds.), Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham-Philadelphia: Open UniversityPress, 2002, p. 31- 58.

Slovenya, Avusturya, İsrail, Türkiye, Güney Kore, Meksika, Japonya, Şili, Endonezya, Fas, Tunus, Kenya⁵⁴.



Şekil 1.15: Sağlık Hizmetlerinin Zorunlu Sosyal Sigorta ile Finansmanı

Kaynak: Thomas E. Getzen, *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, New York: John Wiley&SonsInc. 1997, p.46.

Bu şekilde özetlemek gerekirse; zorunlu sosyal sağlık sigorta yönteminde, kişiler tarafından yapılan primler sosyal sigorta sistemi tarafından bir havuzda toplanır. Sonrasında tedaviye ihtiyaç duyan kişiler, havuzda biriken kaynakları kullanarak sunulacak sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlanır. Herhangi bir yerde aktif olarak çalışan kişiler bu sigorta sistemine kayıtlı olması ve primlerini ödemesi zorunludur.

1.6.3.1.2.Genel Vergi Gelirleri (Bütçeden/ Beveridge Modeli)

1941 yılında milletvekili olarak görev yapan W.Beveridge İngiltere Sosyal Güvenlik Sisteminin kurulması için rapor hazırlamakla görevlendirilmiş ve hazırlanan rapor ile İngilterenin sağlık sisteminin oluşmasına zemin hazırlamıştır. Ortaya çıkan sistem Beveridge sistemi adını almıştır⁵⁵.

Beveridge sistem, vergilerle finanse edilen bir sistemdir. Sağlığa yapılan harcamaların çoğunluğu yapılan vergi ödemeleri ile karşılanır. Devlet, ortaya

⁵⁴Mahmut Akbolat, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Erişim Tarihi: 20.08.2018, <http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/48358/46376/3_d%C3%BCnya_sa%C4%9Fl%C4%B1k_sistemlerine_genel_bir_bak%C4%B1%C5%9F_ve_uygulanmakta_olan_sa%C4%9Fl%C4%B1k_sistemi_modelleri.pdf>

⁵⁵Halil İbrahim Çiftçi, Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemleri ve Finansmanı, Erişim tarihi: 25.07.2018<www.tusad.net>

konulan genel vergi gelirleri ile sunulacak sağlık hizmetlerini finanse etmiş olur. Beveridge sistem, ülkede yaşayan nüfusun tamamını kapsam altına alarak katkı payı hariç ücretsiz bir şekilde sağlık hizmetlerini alması sağlanır. Katkı payları yasal olarak belirlenmektedir. Toplan vergi gelirleri, birincil ve ikincil kaynaklardan alınarak belli bir havuzda fon biriktirme şeklinde toplanır⁵⁶. Vergiler ile finansmanda doğrudan ve dolaylı vergi ayırımına dikkat edilmelidir. Doğrudan ve dolaylı vergi özel amaçlı vergiler grubuna girmektedir. Doğrudan vergiler, kişilerin gelir düzeyine göre doğrudan alınan vergi türüdür. Kişiler aldıkları sağlık hizmetlerin bedelini doğrudan kendileri öderler. Arda üçüncü taraf ödeme yapan yoktur⁵⁷. Dolaylı vergilerde ise kişinin gelir düzeyi ile ilişkisi olmayıp tüketilen mal ve hizmetlerden alınan vergi türüdür. Örneğin; katma değer vergisi⁵⁸. Sağlık dolaylı finansmanında, sağlık hizmetini almak isteyen vatandaş ile sağlık hizmetini sunan kurumlar arasında üçüncü taraf olan bir ödeyici kurum bulunmaktadır. Amaç hastalık riskinin taraflar arasında bölüşülmesidir. Yani aracı olan üçüncü tarafa katkı yapanlar tarafından da risk bölüşülmektedir. Yapılan primler, katkı payları ve bağışlarla bu sistem finanse edilmektedir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinde devlet hem hizmet üretici hem de bu hizmetleri düzenleyici taraftır⁵⁹. Sonuç olarak bu vergiler yalnızca sağlık ekonomisinde kullanılmak üzere toplanmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kişilerden toplanan vergilerdir⁶⁰. Toplanan genel amaçlı vergiler ile devlet, havuzda sadece sigorta primlerinin toplanmasını değil bunun yanında tüm kamu vergilerini de toplayarak daha büyük bir havuzu, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaktadır⁶¹.

Beveridge, yaptığı bu çalışmada üç amaca yönelik bir sosyal devlet politikası sunmaktadır; İngilterede yaşayan nüfusun tamamını kapsayan bir sosyal güvenlik, ulusal sağlık hizmetleri ağına önem kazanması ve kalkınmışlığı elde etmektir.

⁵⁶Evans, s.50.

⁵⁷Getzen, s.7.

⁵⁸Mossialos and Dixon, s.14.

⁵⁹Ayşegül Mutlu ve A. Kadir Işık, Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa, 2005, s.285.

⁶⁰T.C. Anayasası. Türk Anayasa Hukuku Sitesi web sayfası, Erişim Tarihi: 25.07.2018, <<http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.html>>

⁶¹Türkan Yalçın ve Hüseyin Yıldırım, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, Sayı 40, (Çevrimiçi), 2001, s.4, Erişim Tarihi: 25.07.2018, <http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf>

Bahse konu, İngiltere koyduğu bu model ile 2. Dünya savaşından sonra en üst düzeyde sağlık hizmeti sunan model ülkelerden biri olmuştur. 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmeti Teşkilatı (NHS) kurulmuştur. Bu sistem ile İngilterede yaşam sürdüren bütün vatandaşlar sunulan sağlık hizmetlerden ücretsiz bir şekilde yararlanmaktadırlar. Beveridge modelini uygulayan ülkeler; İngiltere, Finlandiya, İsveç, Danimarka, Portekiz, İtalya, İspanya vs⁶².

1.6.3.2.Özel Finansman Kaynakları

Bazı ülkeler sağlık hizmetlerinin finansmanını özel sağlık sigortacılığı, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesapları ile sağlıkta yapılacak olan harcamaları karşılarlar. Bu modele Özel Finansman Modeli denir.

1.6.3.2.1.Cepten Ödemeler

Cepten yapılan harcamalar, kişilerin sağlık hizmetini almak için direkt cepten ödeme yaparak yaptıkları harcamalardır. Cepten yapılan ödemeler üçe ayrılmaktadır. Bunlardan birincisi Doğrudan ödemedir. Doğrudan ödeme, herhangi bir geri ödeme kurumu tarafından ödemesi karşılanmayan sağlık hizmetleri olduğu zaman kişinin bu hizmet bedelini kendisinin ödemesidir. Katkı payı ise, kişinin sosyal güvencesi kapsamında aldıkları sağlık hizmeti bedelinin belirli bir kısmını ödedikleri ödemelerdir. İnfornel ödeme ise kişinin sağlık güvencesi kapsamında yapacağı ödeme dışında kalıp hizmet sunuculara yaptığı ödemelerdir. Örneğin, sağlık personeline verile çiçek, çikolata gibi verilen hediyelerdir⁶³.

1.6.3.2.2.Özel Sağlık Sigortacılığı

Özel sağlık kuruluşları tarafından kişilerin ya da kuruluşların sağlık riskleri sigortalanır. Bahse konu sistemde sağlık hizmeti satın alan kişiler ile sağlık hizmeti arz eden arasında özel sağlık kuruluşları yer almaktadır. Topladığı primler doğrultusunda yapılan sözleşmeye dayanarak kişilerin sağlık harcamalarını ödemektedir⁶⁴.

⁶²Çiftçi, s.50.

⁶³Mossialos ve Dixon, p.1-30.

⁶⁴Ece Öz, Ulusal Hane halkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2008, s.14.

Kişilerin sigorta kapsamına girmesi işverenleri aracılığı ile olmaktadır. Sağlık sigortası sözleşmesi yapılmaktadır. Bu sistem en başta ABD ve İsviçre gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Kişiler mali güçlerine göre prim ödemek ve sağlıklarında bir sorun çıkması halinde prim tutarına bakılmaksızın ücret ödemedi ya da az bir ödeme ile sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır⁶⁵. Ancak, fakir olan kesimin bu sistemden yararlanmasında birtakım güçlükler yaşanmıştır. Bu nedenle maddi yardım sağlamak amacıyla “Medicaid” kurulmuştur. Bunun yanında, 65 yaş ve üstünde olan tüm kişilerin parasal yönden sıkıntı görülüyorsa parasal engelleri ortadan kaldırmak amacıyla “Medicare” kurulmuştur⁶⁶.

1.6.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı

Ülkemizde sağlık sisteminin finansman yapısı karma özelliindedir. Hem zorunlu sosyal sağlık sigortacılığı (Bismarck modeli) hem de vergilere dayanan (Beveridge model) hem de özel harcamalar yer almaktadır. Ülkemizde verilen sağlık hizmetlerinin temel fon kaynağı Devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Sosyal sigorta sistemi ülkemizde çalışanlar, işverenler ve devlet yardımı ile uygulanmaktadır. Ülkemizde gelir düzeyi yüksek olan kişiler özel sağlık sigortasından da yararlanmaktadırlar⁶⁷.

1.6.5. Türkiye’de Sağlık Kurumlarına Ödemeler

Türkiye’de faaliyet gösteren hastanelere yapılan ödeme türlerine geçmeden önce genel olarak sağlık kurumlarına yapılan ödeme türlerinden bahsedeceğiz. Bu ödeme modelleri şunlardır:

- Harcama Kalemlili Bütçeler ve Genel (Global) Bütçeler
- Hizmet Başına Ödeme Yöntemi (HBÖ)
- Kişi Başına Ödeme (KBÖ)
- Vaka Başına Ödeme (VBÖ)
- Gün Başına Ödeme

⁶⁵Sevgi Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, 1998, s.118.

⁶⁶Türk Diş Hekimleri Birliği, Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı ve Diş Sağlığı, Erişim Tarihi: 20.08.2018, <http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php?pid=41>

⁶⁷Asuman Altay, Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Sayı 64, İzmir, 2007, s.49-50.

1.Harcama Kalemli Bütçeler ve Genel (Global) Bütçeler

Bütçeler harcama kalemli ve genel bütçeler şeklinde olabilmektedir. Genel olarak gelişmekte olan ülkeler harcama kalemlerine göre maaş, kırtasiye alımı, büro malzemeleri alımı, tıbbi cihaz alımı, yakıt vb. sağlık hizmetlerinin finansmanını belirlemektedir⁶⁸. Sağlık kurumlarında görev yapan yöneticiler 1 yıl içinde belirlenen bütçedeki kalemlere ayrılan kaynakların hepsini harcamalıdır. Çünkü belirlenen bütçeden fazla kaynak olmamalıdır⁶⁹. Genel bütçeler, kaynakların daha çok verimli kullanılmasını sağlamaktadır. Yapılan harcamaları kontrol altına almaktadır. Kalem bütçelerin gerçeğe uygun hazırlanmaması kaynakların israfına yol açacaktır. Bu nedenle hangi bütçeden olursa olsun verimin artması sağlık yöneticilerinin yeterli bilgi ve becerisine sahip olmasıyla mümkündür. Sağlık kuruluşları, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırarak genel bütçeden daha fazla pay almak isterler⁷⁰.

2.Hizmet Başına Ödeme Yöntemi (HBÖ)

Ayaktan veya yatarak tedavi gören hastalara sunulan her hizmet için yapılan ödeme türüdür. Gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu ödeme yönteminde sağlık kuruluşlarının yaptığı her tedavide verilen ürünler başına ödeme yapılmaktadır. Örneğin, hastayı muayene ve konsültasyon yapmasına göre hekimlere ödeme yapılır⁷¹.

⁶⁸John Langenbrunner and MiriamWiley , "Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice İn Transition Countries", *Hospital in a Changing Europe*, (der. Martin McKee, Judith Healy), Open UniversityPress, Buchingham, 2002, p. 152;Matilde Pinto ve Bernt Andersson, *Paying Health Çare Providers in the Caribbean*. PanAmerican Health Organization. Regional Office of the World Health Organization, Washington, D.C. ,2001, p.9.

⁶⁹HowardBarnum, JoesphKutzın ve Helen Saxinan, "Incentives and Provider Payment Methods", *IVorld Bank HRO tVorkingPapers*, HROWP 51, USA, 1995, p.3;Langenbrunner and Wiley, p. 152.

⁷⁰Pinto and Andersson, p.9.

⁷¹Langenbrunner and Wiley, p.154; Charles Normand ve Axel Weber, *Sociat Health Insurance: A Guide bookfor Planning* World Health Organization. WHG7SHS/94.3,1994, p.60; Pinto ve Andersson, p.15.

Hastalara ne kadar çok kaliteli hizmet sunulursa hastaların o hastaneyi o kadar çok tercih etme imkânı da artar. Hastanın tatmin olması demek verilen hizmetin o kadar çok artması demektir. Bu ödeme modelinin dezavantajı, hastalara gereksiz hizmetlerin sunulmasıdır. Amaç daha fazla kar elde etmektir. Gereksiz hizmetlerin sunulması sağlık hizmeti harcamalarının artmasına neden olmaktadır⁷².

3.Kişi Başına Ödeme (KBÖ)

Kişi sayısına göre ayaktan ve yatarak hizmetlerin verilmesidir. Bu ödeme yöntemi, Hizmet başına ödeme türünden farklı olduğundan hizmet sunumunun gereksiz olmasına neden olmamaktadır. Fakat bu modelin dezavantajı, hastaların ihtiyacı olan gerekli hizmet sunumunu zorlaştırmasıdır⁷³.

4.Vaka Başına Ödeme (VBÖ)

Hastalara konulan teşhise göre yapılan ödemelerdir. Hastaneleri daha pahalı vakaları seçip teşhis ve tedavisi daha ucuz olan hastaları tercih etmeyebilirler⁷⁴.

5.Gün Başına Ödeme

Hastaneler daha fazla para kazanabilmek için hastaları gereğinden daha uzun süre hastanede kalmasını sağlayabilirler.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yürürlüğe girmeden önce faaliyet gösteren üç ayrı kuruluş olan SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur hizmet başı ödeme ile ödeme yapmışlardır. Hizmet başı ödeme ile ülkemizde bu hastaneler, hastalara yapılan bütün işlemlere birim fiyatlar üzerinden ödemelerini almaktadır. Ancak uygulanan hizmet başına ödeme, kamu veya özel hastanelerin gereksiz yere hastalara tetkik ve tedavi hizmeti vermelerine sebep olacaktır.

2003 yılından itibaren, kamuda çalışanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler özel sağlık kuruluşlarından yararlanmasına izin verilmiştir. Ancak bahsedilen

⁷²World Bank, The Organization Delivery and Financing of Health Çare in Brazil. Report, Washington, D.C.'dan aktaran Barnum, Hovvard; Kutzin, Joesph and Saxenian, Helen (March1995), *Incentives and Provider Payment Methods*, World Bank Human Resources Development Operations Policy, HRO WorkingPapers, HROWP 51, 1993; Barnum vd., p.10.

⁷³Kaya, s.68.

⁷⁴David M. Drorand Alexander Preker, *Social Reinsurance A New Approachto Sustainable Community. Health Financing*. Washington: The World Bank, 2002. p. 89.

sıkıntılar ortaya çıkacağı için 2006 yılından itibaren sağlık hizmeti alınan kurumlara yapılan ödemelerde paket uygulama sistemine geçilmiştir. Ardından geçen birkaç zaman sonra özel sağlık kuruluşlarında tanıya dayalı tedavilere ait ödemelere başlanmıştır. Bu uygulama devlet hastanelerinde de görülmüştür. Ancak bu uygulamanın da sakıncalı olduğu görülmüştür. 2006 yılında yayımlanan bir Tebliğde değişiklik yapılarak hizmet başına ödeme yerine vaka başı ödeme sistemine geçilmesi kararlaştırılmıştır. Ancak hizmetlerin düşük fiyatlandırılması hasebiyle uygulamaya geçilememiştir. Kamu adına ödeme yapan sosyal güvenlik kuruluşlarından Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğüdür. Sağlık Bakanlığı ile merkez ve taşra teşkilatına bütçe yöntemi transferini yapmaktadır⁷⁵.

Genel Sağlık Sigortası ile “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” adlı bir komisyon tarafından belirlenen miktarlar üzerinden sözleşme yaptığı kurumlara ödeme yapılmaktadır. Ancak belirlenmiş olan bu miktarlar karşılığında fatura kesilerek ödeme yapılacağı ve hizmet başına ödemenin kaldırılmayacağına karar verilmiştir⁷⁶.

⁷⁵Gülbiye Yaşar Yenimahalleli, “Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi”, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007, s.117-120.

⁷⁶Şen, s.57.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE FİNANSAL YÖNETİM

İkinci bölümde hastanelerde finansman fonksiyonu tanımlandıktan sonra hastanelerde finansal yönetimin gelişim süreci, hastanelerde finansal amaçlar ve Türkiye’deki kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde mevcut finansal yönetim uygulamaları konuları hakkında bilgi verilecektir.

2.1. HASTANELERDE FİNANSAL YÖNETİM

2.1.1. Hastanelerde Finansman Fonksiyonu

Hastanelerde finansal yönetim; sağlık hizmetlerini sunan kurumların amaçlarını etkili, faydalı ve ekonomik olarak gerçekleştirmek için finansal planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarına özgü kuram, sistem ve yöntemlerin uyumlu ve bilinçli olarak uygulanması faaliyetlerinin tümüdür⁷⁷.

Hastanelerde finansman fonksiyonu; Bir hastanenin ihtiyaç duyduğu fiziksel ve mali olanaklarını tedarik etmesi ve faaliyetlerini aksatmadan yürütebilmesi için, gerekli olan fonların gerektiği zamanda en uygun koşullar ile sağlamaya yönelik finansal yönetim kararlarını kapsar⁷⁸. Buna göre gerekli fonlar sağlandıktan sonra finansal yönetici fonların kullanımı ile ilgilenir. Bu konuda yöneticilere önemli görevler düşmektedir.

Seçime göre; sağlık kurumlarında finans bölümünün işlevleri şu şekildedir: Hastaların tedavilerine ait masrafların faturalandırılması, faturaların sigorta şirketlerine ya da hasta adreslerine gönderilmesi, çalışanlara maaşlarının ödenmesi,

⁷⁷Yasemin Akbulut, Bayram Gökaş, İsmail Ağırbaş, Ece Uğurluoğlu Aldoğan ve Pınar Doğanay Payziner, Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Yayın No: 1820, 1.Baskı, Eskişehir, 2013, s.6.

⁷⁸Yasemin Yeğinboy, “Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi ve Hastane İşletmeleri İçin Bir Model Önerisi”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1992, s.58.

hastane gelir ve gider işlemlerinin kayıt altında tutulması, hastane bütçelerinin hazırlanması, personellere sigorta işlemlerinin yapılması, hastanelerin ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetlerin satın alınması, hastanelerin mali yapısını gösteren ayrıntılı finansal tabloların hazırlanması vb.⁷⁹

2.1.2. Hastanelerde Finansal Yönetimin Gelişimi

Hastanelerde finansal yönetimin iyi bir şekilde yönetilmesi bu kurumların varlıklarını devam ettirmesine paraleldir. Hastanelerde finansal yönetimin gelişimine etki eden birden fazla faktörleri sıralayabiliriz: Sağlık kurumlarının büyümeleri, sağlık kurumlarında hizmet ve Pazar eşitlendirmenin olması, Ar-Ge giderlerindeki artış, ekonomide büyümeye verilen önem vs.

2.1.3. Hastanelerde Finansal Amaçlar

Sağlık kurumlarının da diğer işletmeler gibi finans konusunda temel amaç ve görevleri vardır. Finansal amaç, kamu ve özel hastanelerde farklılık göstermektedir. Karlılık özel hastaneler için en önemli bir finansal amaç iken devlet hastaneleri için bir finansal amaç değildir. Karlılık yerine etkililik, ekonomiklik ve verimlilik kavramları önemlidir. Bu kavramlar hastanelerin firma değerini belirlemiş olup alınan finansal kararlar bu değeri belirler. Kamu hastanelerinin temel finansal amacını şu şekilde ifade edecek olursak; sağlık kuruluşlarının firma değerini verimlilik, etkililik ve ekonomiklik koşulları altında arttırmak, bu nedenle devletin giderlerini minimize etmektir.

2.1.4.Hastanelerde Finansal Yöneticilerin Görevleri

Önceden finansal yöneticilerden beklenen tek görev ve sorumluluk, kurumların ihtiyaç duyduğu kaynakları zamanında edinme ve dönen varlıkların yani işletme sermayesinin yönetimidir. Ancak günümüzde artık finansal yöneticilerden beklenen sorumluluklar artmıştır. Öncelik olarak firma değerini artırmak ve firma değerini artırabilmek için planlama, varlıkların yönetimi ve proje kararlarının verilmesi ve işletmenin gereksinim gördüğü kısa ve uzun süreli kaynakların elde edilmesi gibi

⁷⁹ Hikmet Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İşletme Fakültesi, Yayın No:252, İstanbul, 1991, s.84.

başarı ile bu görevleri yerine getirmesi beklenir. Finansal yöneticilerin görevlerini sayacak olursak⁸⁰;

- Mali planlama
- İşletme kaynaklarının yönetimi
- Fon (Kaynak) oluşturmak
- Karşı karşıya gelinen özel problemin çözülmesi
- Mali durum analizi ve denetim.

2.1.5. Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Mevcut Finansal Yönetim Uygulamaları

Bu başlıkta Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile Üniversite hastaneleri hakkında bilgi verilecektir.

2.1.5.1. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

2.1.5.1.1. Genel Bilgiler

Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasını yürütmekten sorumlu bir kuruluştur. Sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olarak benimsenmesi 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanun ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kurulmasıyla başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ülkede yaşayan nüfusun tamamına sağlık güvencesi olsun ya da olmasın bütün sağlık hizmetlerini sunmaktadır.

Sağlık Bakanlığının bazı görevlerini sıralayacak olursak⁸¹;

- Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık faktörlerinin azaltılması ve önlenmesi.
- Tanı, tedavi ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi.
- Uluslararası önem taşıyan toplum sağlığı faktörlerinin ülkede yayılmasının önlenmesi.
- Sağlık eğitimi ve araştırma süreçlerinin yürütülmesi.

Sağlık Bakanlığı bu saydığımız görevlerini kendisine bağlı merkez ve taşra teşkilatı ile yerine getirmeye çalışır. Kendisine bağlı merkez, taşra ve bağlı kuruluşlarda finansal örgütlenme biçimi farklıdır.

⁸⁰Akbulut, Göktaş, Ağırbaş, Uğurluoğlu Aldoğan ve Doğanay Payziner, s. 9-11.

⁸¹T.C.Sağlık Bakanlığı, Görev ve Yetkiler, Erişim Tarihi: 15.08.2018, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11464/gorev-ve-yetkiler.html>>

2.1.5.1.2. Finans Kaynakları

Hem genel bütçe hem de döner sermaye bütçesi Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda uygulanmaktadır. Bu nedenle bakanlığa bağlı kuruluşların finansmanı ile ilgilenen çeşitli birimler bulunmaktadır. Her birimin görevleri birbirinden farklıdır. Genel Bütçe ve Döner Sermaye bütçe işlemlerinden sorumlu birim Strateji Geliştirme Başkanlığıdır.

2.1.5.1.3. Kamu Hastanesi Bünyesindeki Muhasebe İlintili Temel Birimler

Devlet bünyesindeki hastanelerde muhasebe ile ilgili birimler Gelir Tahakkuk, Gider Tahakkuk, Maaş Mutemetliği, Taşınır Yetkilisi Servisleri ile Hastane vezneleridir. Bu birimlerin göreviyle ilgili düzenlemiş olduğu tüm evrakları Mülga Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine göndermektedir. Bu kurumun şimdiki adı ise Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı olmuştur. Adı geçen bu birimler Hastane İdari ve Mali İşler Müdürüne bağlı olarak görevlerini yerine getirmektedirler.

Birimlerin yapmış oldukları görevler şu şekildedir⁸²:

➤ Gider Tahakkuk:

- Kamu İhale Kanunu ve Satın alma mevzuatı ile ilgili evrakların hazırlanması.
- Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından sonuca bağlanan ihalelerin ödeme ile ilgili belgelerin hazırlanması.
- Hastanenin elektrik, yakıt, su vb. ödemelerinin yapılması.
- Satın alma yöntemlerinden doğrudan temin alımı yöntemine ait işlemlerin yapılması.

➤ Gelir Tahakkuk:

- Medula sistemi üzerinden SGK'ya ait işlemlerin faturalandırılması.
- SGK dışı protokollü ve protokol­süz kurumlara ait işlemlerin faturalandırılması (Suriyeli hastalar, Türkmenistan, Mısır, Irak uyruklu hastalar).

⁸²Ferhat Sayım, Kamu Hastanelerinde Muhasebe İlintisi Kurulan Faaliyetler ve Özel Hastane Karşılaştırması-Yalova Örneği, Yalova Üniversitesi, İ.İ.B.F.,Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, Sayı: 16, Yalova, 2016, s.676-678.

- SGK'sı olmayan ücretli hastaların takip edilmesi ve bunlara ait işlemlerin faturalandırılması.

➤ **Maaş Mutemetliği:**

- Genel bütçeye ait maaş ödemelerinin bordrolanması.
- Döner sermaye ek ödemelerinin bordrolanması.
- Çalışanlara ait SGK'ya prim ödemelerinin yapılması.
- Sağlık çalışanlarının nöbet ücretlerinin ödenmesi.

➤ **Taşınır Kayıt Kontrol:**

- Genel bütçe teminli ve Döner sermaye Bütçe Teminli Stokların kayıt ve takibi işlemleri.
- Taşınır kayıt; eczane, demirbaş ve tıbbi sarf konularına ait işlemlerin yapılması.

➤ **Hastane Veznesi:**

- SGK'nın belirlemiş olduğu katkı paylarının tahsil edilmesi.
- Ölümü gerçekleşmiş kişilerin ölüm ile ilgili evraklarının hazırlanması.
- SGK'sı olmayan hastalardan ücretlerinin tahsilatı.

2.1.5.1.4. Finansal Yönetim Açısından Tabi Olunan Mevzuat

Sağlık Mevzuatı; sağlık hizmetlerinde örgütlenmeyi, sağlık hizmetlerinin yönetimini, finansmanını, sağlık personellerinin, sağlık hizmetinden faydalanacak olan kişilerin hak ve görevleri, devletin görev ve yetkileri ile uygulanacak yatırımları düzenler⁸³. Mevzuatın kısımları; Tebliğler, Tüzükler, Yönergeler, Genelgeler, Yönetmelikler ve Kanunlardan meydana gelmektedir. Sağlık mevzuatı çok sayıda başlıktan oluşmaktadır. Örnek verecek olursak⁸⁴;

- Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

⁸³Ahmet Saltık, Sağlık Hukuku, Erişim Tarihi: 15.08.2018, <https://i1.wp.com/ahmetsaltik.net/arsiv/2016/10/Diderot_243_yil_obce.jpg>

⁸⁴T.C.Sağlık Bakanlığı, Görev ve Yetkiler,Erişim Tarihi: 15.08.2018, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11464/gorev-ve-yetkiler.html>>

- Bilgi Güvenliği Politikaları ve Yönergesi
- Elektronik Belge Yönetim Sistemi Yönergesi
- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
- Tıbbi Cihaz Yönetmeliği
- 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun
- 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu
- Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
- Döner Sermaye Kanunu

2.2.5.2. Üniversite Hastaneleri

2.2.5.2.1. Genel Bilgiler

Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) ile üniversite hastaneleri, araştırma ve uygulama merkezleri pozisyonunda tesis edilmiş olup tek tip bir organizasyon yapısı bulunmamaktadır. Üniversite hastaneleri, Rektör tarafından atanan Başhekim (Genel Direktör) tarafından yönetilmektedir. Organizasyon yapılarında farklılıkların olması finansal örgütlenmenin de farklı olmasına neden olmuştur. Çoğunluk olarak hastane müdürlüğünün yetkisi altında özel bütçe ile finansal örgütlenmenin olduğu görülmektedir. Döner sermaye işletme müdürlüğü ise döner sermaye bütçesine ilişkin işlemlerle ilgilenir. Bazılarında ise finansman direktörlüğünün olduğu görülür⁸⁵.

Üniversite hastanelerinde amaç, sunulacak sağlık uygulamalarına ilişkin tüm alanlarda eğitim, öğretim, araştırma ve uygulama yapmak, alanında uzman tıp ve sağlık çalışanı yetiştirmektir. Ayrıca hastalara ayaktan ve yatarak sağlık hizmetlerini sunmakta diğer bir amacdır⁸⁶.

⁸⁵ Akbulut, Gökaş, Ağırbaş, Uğurluoğlu Aldoğan ve Doğanay Payziner, s. 73.

⁸⁶ Nuran Günel, Sağlık İşletmelerinde Finansal Risk Yönetimi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015, s.22.

2.2.5.2.2. Finans Kaynakları

2547 sayılı Yüksek Öğrenim Kanunu 55.maddeye göre üniversite hastanelerinin finans kaynakları; genel bütçe ödemeleri, alınan harçlar, yayın ve satış gelirleri, döner sermaye işletmelerinden toplanan karlar ve bağışlar vs.dir.

2.2.5.2.3. Üniversite Hastanesi Bünyesindeki Muhasebe İlintili Temel Birimler

Üniversite Hastanesi Bünyesindeki Muhasebe İlintili Temel Birimler şunlardır:

- Muhasebe birimi
- Ayniyat Birimi
- Ek Ödeme ve Performans Birimi
- Finansal Analiz Birimi
- Gider Tahakkuk Birimi
- Satın Alma Birimi

2.2.5.2.4. Finansal Yönetim Açısından Tabi Olunan Mevzuat

Karma bütçede tabi olunan mevzuat 2547 sayılı Yüksek Öğrenim Kanunu Mali Hükümleridir. Döner Sermaye ile ilgili mevzuat ise 2547 sayılı Yüksek Öğrenim Kanununa göre kurulan Döner Sermayeli İşletmeler Hakkında Yönetmeliktir⁸⁷.

2.1.6. Özel Hastanelerde Mevcut Finansal Yönetim Uygulamaları

2.1.6.1. Özel Hastane Kavramı, Türleri ve Amaçları

T.C. Sağlık Bakanlığı “Özel Hastaneler Yönetmeliğinin” 5.maddesine göre özel hastaneler; faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre genel hastaneler ve özel dal hastaneleridir. Özel hastaneler 7/24kesintisiz hizmet sunan birden fazla uzmanlık alanda sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Kâr amacıyla kurulan özel hastanelerin karlarını arttırmanın yolu hastaların beklediği kalitede sağlık hizmetlerini sunmak, ekin bir ekip çalışmasıyla hasta memnuniyetinin arttırılmasıdır⁸⁸.

⁸⁷Nermin Özgülbaş, Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1995, s.49-54.

⁸⁸Kurtulmuş, s.245.

Özel hastane türleri mevcut olup bunlar; faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik durumlarına, uzmanlık dallarına, genel hastaneler ve dal hastaneleri olarak sınıflandırabiliriz.

Özel hastanelerin amaçları ise şunlardır:

- Özel hastanelerin öncelikli amacı kar elde etmektir. Bu nedenle devlet ve üniversite hastanelerinden ayrılmaktadır.
- Bir yandan sağlık hizmeti talep eden kişinin temel ihtiyaçlarını karşılarken diğer yandan da kurumun varlığını devam ettirmek ve kâr ortaklarının beklentilerini karşılamalıdır.

2.1.6.2. Finans Kaynakları

Özel hastanelerde finansal olarak işletme bütçesi uygulanmaktadır. İşletme bütçesi, kurumların belirlenen amaçlara ulaşmalarında gerekli sorumlulukların yerine getirilmek üzere ihtiyaç duyulan kaynakların nasıl sağlanacağı ve nerelerde kullanılacağı planlanmıştır⁸⁹.

2.1.6.3. Özel Hastane Bünyesindeki Muhasebe Departmanı

Muhasebe departmanı yapılması gereken görevlerini; muhasebe, satın alma, faturalama, anlaşmalı birimler, hasta yatış ve müşteri ilişkileri bölümleri aracılığıyla yapmaktadır.

2.1.6.4. Finansal Yönetim Açısından Tabi Olunan Mevzuat

Özel sağlık kuruluşları sağlık üzerine hizmet verdiklerinden dolayı özel bir mevzuata tabi değildirler. Sadece Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Sigorta kurumunun istediği şekilde istenen evrakların hazırlanması gerekmektedir. İstenen evrakların hazırlanması, dosyalarda muhafaza edilmesi ve kurumlara gönderilmesinden Medikal Muhasebe sorumludur⁹⁰.

⁸⁹Rasim İlker Gökbulut, İşletme Bütçeleri, Erişim Tarihi: 20.08.2018, <[http://www.giv.org.tr/userfiles/files/%C4%B0%C5%9Fletme%20B%C3%BCt%C3%A7eleri%20\(Do%C3%A7.%20Dr.%20R.%20C4%B0.%20G%C3%B6kbulut\).pdf](http://www.giv.org.tr/userfiles/files/%C4%B0%C5%9Fletme%20B%C3%BCt%C3%A7eleri%20(Do%C3%A7.%20Dr.%20R.%20C4%B0.%20G%C3%B6kbulut).pdf)>

⁹⁰ Sayım, s.680.

Özel hastanelerin hizmet sunum ilkelerini belirleyen temel yasal düzenlemeler şunlardır⁹¹:

- Hususi Hastaneler Kanunu ve Özel Hastaneler Tüzüğü
- Özel Hastaneler Yönetmeliği
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği



⁹¹Özgür Uğurluoğlu, Ece Uğurluoğlu Aldoğan, Oğuz Işık ve Mahmut Akboğa, Sağlık Kurumları Mevzuatı, Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Yayın No: 1817, 1.Baskı, Eskişehir, 2013, s.49.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM UYGULAMA

KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARININ KARŞILAŞTIĞI FİNANSAL SORUNLARIN TESPİTİ VE SORUNLARA ÇÖZÜM ÖNERİLERİ: HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA

3.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerin faaliyetleri süresince karşı karşıya kaldıkları finansal sorunların belirlenmesi ve belirlenen bu sorunlara dayanılarak çözüm önerilerinin ortaya konulmasına yönelik yapılan alan araştırması, araştırmamızın konusunu oluşturmaktadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu araştırmamızın amacı, sağlık sektöründe faaliyet gösteren kamu ve özel sağlık kurumlarında mevcut uygulamalardan kaynaklanan finansal yönetim sorunlarını incelemek ve sorunların önem derecelerini ortaya koyarak bu finansal yönetim sorunlarının çözümüne yönelik önerilerde bulunmaktır. Ülkemizde sağlık sektöründe finansal yönetim sorunlarını belirlemeye yönelik yapılan daha önceki çalışmalar kamu ya da özel sektörlerden sadece biri baz alınarak yapılmıştır. Bu araştırma ile hem kamu hem de özel sağlık kurumlarındaki mevcut uygulamalardan kaynaklanan finansal yönetim sorunları ortaya çıkarılmış olacaktır. Araştırma sonuçları, devletin ileriye yönelik sağlık alanında uygulamaya koyacağı politikalara yön vermesi açısından önemlidir.

3.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmada, anketi cevaplayanların dürüst davranarak doğru, güvenilir yanıtlar verdiği ve soruların hipotezleri test edebilecek bir şekilde hazırlandığı varsayılmaktadır.

H_{1.1}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{1.2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{1.3}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{1.4}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{1.5}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{1.6}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{1.7}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkeni göre farklılık göstermektedir.

H_{1.8}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri yaş değişkeni göre farklılık göstermektedir.

H_{1.9}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{1.10}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{1.11}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{1.12}: Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir.

H_{2.1}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{2.2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{2.3}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{2.4}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{2.5}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{2.6}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{2.7}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{2.8}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{2.9}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{2.10}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{2.11}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{2.12}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir.

H_{3.1}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{3.2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{3,3}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{3,4}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{3,5}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{3,6}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{3,7}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{3,8}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir

H_{3,9}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir

H_{3,10}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir

H_{3,11}:Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{3.12}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir

H_{4.1}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{4.2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{4.3}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{4.4}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

H_{4.5}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{4.6}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{4.7}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{4.8}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{4.9}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir.

H_{4.10}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{4.11}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

H_{4.12}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat soruları düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir.

H₅:Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

3.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLARI

Bu çalışmanın kapsamını İstanbul ili Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa Bölgesinde faaliyette bulunan devlet ve özel hastane yöneticileri ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanları oluşturmaktadır. Özel hastanelerle yapılan birçok görüşmeye rağmen çoğu hastanenin bilgilerini paylaşmaktan çekinmeleri bu araştırmanın önemli kısıtlarından birisidir. Kamu ve özel hastaneler olmak üzere toplamda **213** adet anket yapılmıştır. Yine özel hastaneler içerisinde yer alan özel tıp merkezleri ise yatarak sağlık hizmeti vermemeleri, birkaç dalda sağlık hizmeti vermeleri vb. nedenlerle özel hastanelerden ayrılmaktadırlar. Bu yüzden çalışmanın kapsamına alınmamıştır. Araştırma, 2018 yılı Haziran –Eylül ayları arasında yapılmıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini İstanbul İli Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa bölgesinde bulunan kamu ve özel sağlık kuruluşları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmada işletmelerin yatırım ve finans kararlarından sorumlu olan kişiler “finans yöneticisi” olarak kabul edilmiştir. Anketlerin uygulandığı yöneticiler; Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı, İdari/Mali Hizmetler Müdürü, İdari /Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı, Finans Müdürü, Muhasebe Müdürü, Kurumlar Döner Sermaye Birim Müdürü, Başhekim, Başhekim yardımcısı ile finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanları oluşturacaktır.

3.6. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ (VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ)

Bu araştırma, İstanbul ili Bakırköy, Bahçelievler ve Gaziosmanpaşa bölgesinde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında faaliyet gösteren hastane yöneticilerine ve finans alanında görev yapan diğer mali ve idari birim çalışanlarına uygulanmıştır. Araştırmada “Anket” formu kullanılmıştır. Anket çalışması 5 ana başlık altında toplanmış ve 28 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde anketi dolduran kişinin özellikleri ile ilgilidir. İkinci bölümde anketi dolduran kişinin Finansal Yönetim Bilgi Düzeyini ölçmeye yönelik sorular sorulmuştur. Üçüncü bölümde Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği konusunda sorular, cevapları önem derecesine göre sıralanacak şekilde oluşturulmuştur. Dördüncü bölümde Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları ilgili sorular, cevapları önem derecesine göre sıralanacak şekilde oluşturulmuştur. Beşinci bölümde ise Finansal Yönetim Açısından Sağlık Mevzuatı ilgili sorular, cevapları önem derecesine göre sıralanacak şekilde oluşturulmuştur. Sorulara verilmesi istenen cevaplar 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Üçüncü bölümde sorulara verilmesi istenen cevaplar “Çok Önemsiz, Önemsiz, Fikrim Yok, Önemli, Çok Önemli” ve diğer Dördüncü ve Beşinci bölümde ise sorulara verilmesi istenen cevaplar ise “Hiç Katılmıyorum, Kısmen Katılmıyorum, Emin Değilim, Kısmen Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum” şeklinde ölçeklendirilmiştir. Sonuncu bölümde ise anketi cevaplandırması istenen hastane yöneticisinin, finansal sorunlara dair görüşlerini yazmasına imkân veren açık uçlu bir soru sorulmuştur.

3.7.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS 22.0 ile analizleri yapılmıştır. Ankete katılan katılımcıların demografik özellikleri tablo halinde verilmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin dağılımlarını belirlemek için Frekans ve Yüzde analizi yanında ölçeklere ait betimsel analizler olan ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Verilerin dağılımlarını incelemek için normal dağılım analizlerinden Kolmogorov- Smirnova analizi yapılmıştır. Ayrıca ankette kullanılan likert ölçekli maddelerin güvenilirliği analiz edilmiştir. Daha sonra geçerlilik durumunu test etmek için Açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Gruplar arasında ortalamalara ve varyanslara göre farklılık olup olmadığını tespit etmek için parametrik testlerden “t-testi” ve “ANOVA” kullanılmaktadır. Ancak, bu iki test gözlem sayısının 30’dan

fazla olduğu ve normallik varsayımının geçerli olduğu durumlarda geçerlidir. Dağılımların normal çıktığı belirlendiği için 2' li gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde T-testi, 2'den fazla grupların arasındaki farklılıkların belirlenmesinde Anova testi uygulanmıştır. Testte anlamlı sonuç verenlerin anlamlılığının hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Post-Hoc analizlerinden LSD testi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson Kolerasyon Analizi kullanılmıştır.

Likert tipi ölçeklerde öncelikle i tutarlılığın test edilmesi gerekmektedir. Likert tipi bir ölçeğin güvenirliliğini test etmek için; Cronbach tarafından geliştirilen ve kendi adıyla α Cronbach katsayısının kullanılması gerekir. Ölçeğin α katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı ölçeğin unsurlarını tanımlamaya yönelik maddelerden oluştuğu söylenebilir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı mümkün olduğunca 1'e yakın olmalıdır. Alfa değer 0 ile 1 arasında yer alır ve kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,65 olması arzu edilir. Ancak, inceleme türü araştırmalarda bu değer 0,5'e kadar çekilebilmektedir. Çalışmamızda sorulan Likert lekli maddelerin çalışanlar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı Cronbach testi ile test edilmiştir. Hazırlanan leklere ait maddelerin i tutarlılıkları Cronbach's Alpa ile lmş ve anketin güvenilirlik katsayısı % 70'in üzerinde çıktığı için güvenilir bir anket olduğu ortaya çıkmıştır.

3.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

3.8.1. Anketi Cevaplayanlara Ait Genel Bilgiler

Tablo 3.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Cinsiyet	N	%
Kadın	127	59,6
Erkek	86	40,4
Toplam	213	100,0
Yaş	N	%
25-30	66	31,0
31-40	83	39,0
41-50	36	16,9
51 ve üzeri	28	13,1
Toplam	213	100,0
Hastane Mülkiyeti	N	%
Devlet	139	65,3
Özel	74	34,7
Toplam	213	100,0
Görev	N	%
Müdür	17	8,0
Müdür Yardımcısı	22	10,3
Diğer	174	81,7
Toplam	213	100,0
Eğitim Durumu	N	%
Doktora	15	7,0
Yüksek Lisans	55	25,8
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	44	20,7
Diğer	99	46,5
Toplam	213	100,0
Tecrübe	N	%
1 yıl veya altı	40	18,8
2-3 yıl	47	22,1
4-5 yıl	52	24,4
6 yıl veya üzeri	74	34,7
Toplam	213	100,0

Tablo 3.1’de katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %59,6’sının kadın, %40,4’ünün erkek, %31’inin 25-30 yaş, %39’unun 31-40 yaş, %16,9’unun 41-50 yaş aralığında olduğu belirlenirken %13,1’inin 51 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %65,3’ü devlet hastanesinde %34,7’si özel hastanede görev yaptığı belirlenirken, %8’inin müdür, %10,3’ünün müdür yardımcısı, %81,7’sinin diğer görev türlerinde birinde görev yaptıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %7’si doktora mezunu, %25,8’i yüksek lisans, %20,7’si sağlık bilimleri yüksek okulundan, %46,5’i ise diğer fakülte türleri veya yüksek okullardan mezun oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların %18,8’nin

1 yıl veya altı, %22,1'in 2-3 yıl, %24,4'ün 4-5 yıl, %34,7'nin ise 6 yıl veya üzeri tecrübeye sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 3.2: Katılımcıların Finansal Yönetim Bilgi Seviyesine Göre Dağılımı

Finans Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Durumu	n	%
Evet	138	64,8
Hayır	75	35,2
Toplam	213	100,0
Finans Muhasebe Alanında Ders Alındıysa Eğitimin Tamamlanma Şekli	n	%
Dört Yıllık Lisans Eğitimi	52	37,7
Yüksek Lisans Eğitimi	20	14,5
Meslek İçi Gelişim Ve Eğitim Sertifika Program	37	26,8
Finansal Yöneticilik Alanında Özel Eğitim Kursuna Katıldım.	15	10,9
Diğer	14	10,1
Toplam	213	100,0
Daha Önce Finans Konusunda Görev Yapma Durumu	n	%
Evet	77	36,2
Hayır	136	63,8
Toplam	213	100,0
Finans Yöneticiliği Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Duyma Durumu	n	%
Evet	125	58,7
Hayır	88	41,3
Toplam	213	100,0
Sağlık Kurumunun SGK İle Anlaşma Olması Durumu	n	%
Evet	213	100
Toplam	213	100,0
Sağlık Kurumunun Özel Sağlık Sigortası ile Anlaşmalı Olması Durumu	n	%
Evet	94	44,1
Hayır	119	55,9
Toplam	213	100,0
Sağlık Kurumunun Mali Yönden Zorluk Yaşama Durumu	n	%
Evet	120	56,3
Hayır	93	43,7
Toplam	213	100,0

Tablo 3.2’de katılımcıların finansal yönetim bilgi seviyelerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %64,8’i finansal muhasebe konusunda eğitim aldığı, %35,2’sinin eğitim almadığı, %37,7’si muhasebe eğitimini lisans eğitimi süresinde, %14,5’i yüksek lisans eğitiminde, % 26,8’i meslek için gelişim ve eğitim sertifika programında, %10,9’u finansal yöneticilik alanında özel bir eğitimde, % 10,1’i diğer yerlerden eğitim aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %36,2’si daha önce finans konusunda bir görev yaptığı, %63,8’inin görev yapmadığı, %58,7’sinin finans yöneticiliği konusunda eğitim görme ihtiyacı duyarken %41,3’ünün eğitim göremeye gerek duymadığı belirlenmiştir. Devlet ve özel hastanelerin %100’ünün SGK ile anlaşmalı olduğu, aynı zamanda %44,1’inin özel sağlık sigorta kuruluşu ile anlaşmalı olduğu, % 55,9’unun özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olmadığı belirlenirken katılımcıların %56,3’ünün sağlık kurumunun mali yönden zorluk yaşadığını düşündüğü %43,7’sinin ise bir zorluk yaşamadığını düşündüğü belirlenmiştir.

Tablo 3.3: Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Genel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Mülkiyet		Genel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Olarak Hastanenizin Sorunlar Yaşadığınızı Düşünüyor Musunuz ?		
		Evet	Hayır	Toplam
Devlet Hastanesi	N	102	37	139
	%	73,4	26,6	100,0
Özel Hastanesi	N	60	14	74
	%	81,1	18,9	100,0
Toplam	N	162	51	213
	%	76,1	23,9	100,0

Devlet hastanesinde görev yapanların olanların %73,4’ünün genel sağlık sigortası ve sağlık uygulama tebliği ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını belirtirken %26,6’sının sorunlar yaşamadığını belirttiği belirlenmiş, özel hastanede görev yapanlara göre ise genel sağlık sigortası ve sağlık uygulama tebliği ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını düşünenlerin oranı %81,1 sorun yaşamadığını düşünenlerin oranı ise %18,9 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.4: Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Sağlık Bakanlığının Yürütmekte Olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Mülkiyet	Sağlık Bakanlığının Yürütmekte Olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Olarak Hastanenizin Sorunlar Yaşadığını Düşünüyor Musunuz?			
		Evet	Hayır	Toplam
Devlet Hastanesi	N	94	45	139
	%	67,6	32,4	100,0
Özel Hastanesi	N	59	15	74
	%	79,7	20,3	100,0
Toplam	N	153	60	213
	%	71,8	28,2	100,0

Devlet hastanesinde görev yapanların olanların %67,6'sının sağlık bakanlığının yürütmekte olduğu sağlıkta dönüşüm programı ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını belirtirken %32,4'ünün sorunlar yaşamadığını belirttiği belirlenmiş, özel hastanede görev yapanlara göre ise sağlık bakanlığının yürütmekte olduğu sağlıkta dönüşüm programı ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını düşünenlerin oranı %79,7'i sorun yaşamadığını düşünenlerin oranı ise %20,3 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.5: Araştırmaya Katılanların Mülkiyetleri İle Günümüzde Uygulanmakta Olan Sağlık Mevzuatı İle İlgili Olarak Hastanelerinde Sorun Yaşadığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımı

Mülkiyet	Günümüzde Uygulanmakta Olan Sağlık Mevzuatı İle İlgili Olarak Hastanenizin Sorunlar Yaşadığını Düşünüyor Musunuz?			
		Evet	Hayır	Toplam
Devlet Hastanesi	N	102	37	139
	%	73,4	26,6	100,0
Özel Hastanesi	N	61	13	74
	%	82,4	17,6	100,0
Toplam	N	163	50	213
	%	76,5	23,5	100,0

Devlet hastanesinde görev yapanların olanların %73,4'ünün günümüzde uygulanmakta olan sağlık mevzuatı ile ilgili hastanelerinin sorunlar yaşadığını belirtirken %26,6'sının sorunlar yaşamadığını belirttiği belirlenmiş, özel hastanede görev yapanlara göre ise günümüzde uygulanmakta olan sağlık mevzuatı ilgili

hastanelerinin sorunlar yaşadığını düşünenlerin oranı %82,4 sorun yaşamadığını düşünenlerin oranı ise %17,6 olduğu belirlenmiştir.

3.8.2. Kamu ve Özel Hastanelerin Karşılaştığı Finansal Sorunların Analizi

3.8.2.1. Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorularına ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.6: Hastanenin Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Hastanenin Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği İle İlgili Sorun Yaşama	n	%
Evet	162	76,1
Hayır	51	23,9
Toplam	213	100

Katılımcıların %76,10' nun hastanelerinde genel sağlık sigortası ve sağlık uygulama tebliği ile ilgili sorunlar yaşadığı belirlenirken %23,90'nun herhangi bir sorun yaşamadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.7: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Madde Analizi Sonuçları

Finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları	ScaleMeanifItemDeleted	ScaleVarianceifItemDeleted	CorrectedItem- Total Correlation	Cronbach's Alpha ifItemDeleted
Genel sağlık sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği	33,636	33,798	0,614	0,905
Sağlık tesisine müracaat eden bireylerin tıbbi kayıtlarının korunmasına yönelik önlemlerin alınması	33,870	33,343	0,666	0,902
Finansal yönetim açısından fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik önlemlerin alınması	33,870	31,617	0,800	0,893

Ulusal ilaç bilgi bankası veritabanının günümüz koşullarına uygunluğu	33,765	32,976	0,683	0,901
Hastane yönetim bilgi sistemini destekleyecek enformasyon sistemlerinin kurulmasına yönelik çalışmalarının yeterliliği	33,870	33,778	0,509	0,914
Temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sisteminden beklenen verimin alınması	33,728	33,739	0,666	0,902
Finansal yönetim açısından sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunca ödenecek miktarların sağlık hizmetlerini karşılayacak bir yapıda olması	33,932	35,455	0,385	0,920
Sağlık uygulama tebliği (SUT) kapsamında olmayan SGK'lı hastaların tedavisine ilişkin işlemlerin faturalandırması	33,784	32,121	0,786	0,895
Hastane giderlerinin her yıl artış göstermesine rağmen sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarının artmaması	34,722	32,748	0,942	0,889
Sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtması	35,710	33,313	0,909	0,892
Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sorunları Genel Güvenirlilik:			0,911	

Tablo 3.7' de bulunan finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları ölçeğine ilişkin madde analizi sonuçları incelendiğinde, bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30'un altında olmaması gerektiğinden (Büyüköztürk, 2002), Finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları ölçeğinde maddelerin birbirleri ile ilişkilerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş, bu nedenle ölçekten madde çıkarımı yapılmamıştır. 10 maddelik Finansal yönetim açısından genel sağlık

sorunları ölçeğinin genel güvenilirlik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cronbach's Alpha= 0,911).

Tablo 3.8: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri

	r	p
Madde 1	0,695	0,000**
Madde 2	0,737	0,000**
Madde 3	0,849	0,000**
Madde 4	0,753	0,000**
Madde 5	0,620	0,000**
Madde 6	0,734	0,000**
Madde 7	0,508	0,000**
Madde 8	0,835	0,000**
Madde 9	0,954	0,000**
Madde 10	0,926	0,000**

**p<0.01

Finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları ölçeğinin madde-toplam korelasyonu değerleri incelendiğinden (Tablo 3.8) ölçekte bulunan 10 maddenin madde-toplam puan korelasyonunun $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunduğu ve maddelerin toplam korelasyon değerlerinin 0,508 ile 0,954 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu bulgular ölçekteki maddelerin toplam puanı ile ilişkisinin yüksek olduğu ve maddelerde tutarlılık açısından problem olmadığını göstermektedir.

Finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları ölçeğine ait toplam 10 sorudan oluşan ölçeğin faktör analizinin ön şartları olan, değişkenler arasında belli oranda korelasyon bulunması ve KMO değerinin kabul edilebilir alt değer olan 0.60'ın üzerinde olması gerekliliğine uymaktadır.(Pallant, 2001; Aktaran Kaya, 2005, s.224). KMO örnekleme katılan katılımcı sayısının faktör analizi için yeterli sayıya sahip olup olmadığını ölçmektedir.

Tablo 3.9: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0,851
Bartlett's Testi	Ki-kare	1583,63
	Sd	45
	p.	0,000

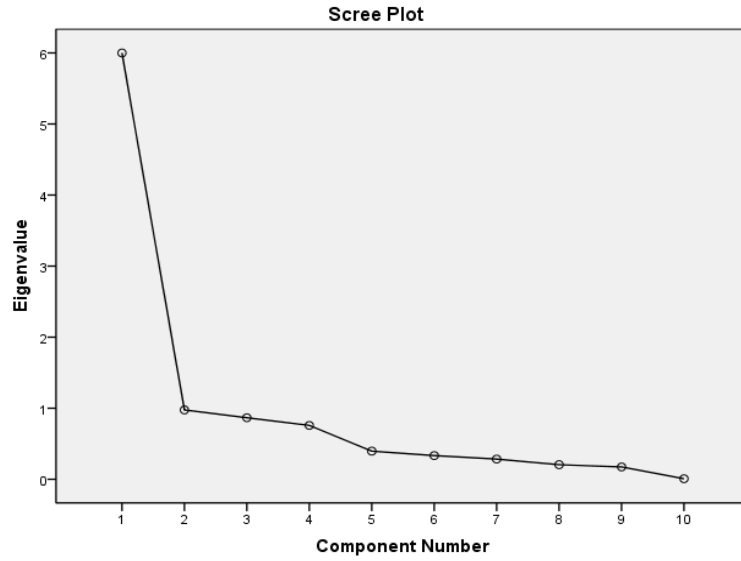
Tablo 3.9 incelendiğinde, KMO katsayısının 0,851 olduğu ve Bartlett's testi sonucunun ise $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılması için yeterli olduğunu ve normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (Kan & Akbaş, 2005). 10 maddelik finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları ölçeğine ait açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler analizi uygulanmıştır. 10 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın %59,994'ünü açıklayan ve 1 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı belirlenmiştir (Tablo 3.10).

Tablo 3.10: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu

Bileşenler	Başlangıç Öz değerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyansları n %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansları n %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansları n %	Yığılmalı %
1	5,999	59,994	59,994	5,999	59,994	59,994	5,999	59,994	59,994
2	0,976	9,757	69,751						
3	0,867	8,665	78,416						
4	0,758	7,583	85,999						
5	0,396	3,957	89,956						
6	0,333	3,333	93,288						
7	0,284	2,838	96,126						
8	0,205	2,052	98,178						
9	0,174	1,742	99,920						
10	0,008	0,080	100,000						

Tablo 3.10’ da görüldüğü gibi 10 maddelik finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları ölçeğinin öz değerleri 1’in üzerinde olan 1 faktörlü bir yapıda çıktığı belirlenmiş ve ölçeğin faktör yapısı 1 ile sınırlı kalmıştır.

Screeplot test grafiği incelendiğinde faktör sayısının 1 ile sınırlandırılabilmesinin yeterli olduğu görülmektedir. Faktöre göre dağılımları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yapıları bakımından mantıksal bütünlük sağladığı görülmüştür.



Şekil 3.1: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu

Tablo 3.11: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı

Maddeler	Faktör 1
Genel sağlık sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği	0,683
Sağlık tesisine müracaat eden bireylerin tıbbi kayıtlarının korunmasına yönelik önlemlerin alınması	0,751
Finansal yönetim açısından fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik önlemlerin alınması	0,866
Ulusal ilaç bilgi bankası veritabanının günümüz koşullarına uygunluğu	0,768
Hastane yönetim bilgi sistemini destekleyecek enformasyon sistemlerinin kurulmasına yönelik çalışmalarının yeterliliği	0,587
Temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sisteminden beklenen verimin alınması	0,722

Finansal yönetim açısından sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunca ödenecek miktarların sağlık hizmetlerini karşılayacak bir yapıda olması	0,457
Sağlık uygulama tebliği (SUT) kapsamında olmayan SGK'lı hastaların tedavisine ilişkin işlemlerin faturalandırması	0,854
Hastane giderlerinin her yıl artış göstermesine rağmen sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarının artmaması	0,967
Sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtması	0,944

Çokluk, Şekercioğlu & Büyüköztürk (2010, s.124) göre bir faktördeki maddelerin faktör yüklerinin 0,45 ve üstünde olmasının iyi bir seçim olacağını, ancak uygulamada az sayıda madde için bu sınır değer 0,30' a indirilebileceğini ifade etmiştir. Bu çalışma için faktör değerlerinin alt kesme noktası 0,45 olarak belirlenmiştir. Faktör analizi sonucuna göre madde çıkarımı yapılmasına gerek duyulmamıştır. Faktör 1'e ait faktör yüklerinin 0,457 ile 0,967 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçek tek boyutta belirlendiği için faktör adına ölçeğin genel adı olan **“FİNANSAL YÖNETİM AÇISINDAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI ve SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ SORUNLARI”** adı verilmiştir.

Tablo 3.12: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	\bar{x}	s.s
Genel sağlık sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği	162	4,24	0,86
Sağlık tesisine müracaat eden bireylerin tıbbi kayıtlarının korunmasına yönelik önlemlerin alınması	162	4,01	0,86
Finansal yönetim açısından fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik önlemlerin alınması	162	4,01	0,92
Ulusal ilaç bilgi bankası veritabanının günümüz koşullarına uygunluğu	162	4,11	0,88
Hastane yönetim bilgi sistemini destekleyecek enformasyon sistemlerinin kurulmasına yönelik çalışmalarının yeterliliği	162	4,01	1,00
Temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sisteminden beklenen verimin alınması	162	4,15	0,81
Finansal yönetim açısından sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunca ödenecek miktarların sağlık hizmetlerini karşılayacak bir yapıda olması	162	3,94	0,95
Sağlık uygulama tebliği (SUT) kapsamında olmayan SGK' lı hastaların tedavisine ilişkin işlemlerin faturalandırılması	162	4,09	0,88
Hastane giderlerinin her yıl artış göstermesine rağmen sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarının artmaması	162	3,15	0,69
Sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtması	162	2,17	0,66
Genel Ortalama:		3,79	

Finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($\bar{X}= 3,79$). En yüksek sağlık sorunları düzeyine ait maddenin 4,24 ortalama ile “Genel sağlık sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği” maddesi olduğu belirlenirken en düşük sağlık sorunu düzeyine ait maddenin 2,17 ortalama ile “Sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtması” maddesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.13: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Normallik Testleri Sonucu

Kolmogorov-Smirnova			\bar{X}	Median	Skewness	Kurtosis
Statistic	df	p				
0,112	162	0,000	3,790	3,800	-0,752	1,374

Verilerin dağılımı incelemek için katılımcı sayısı 50'nin üzerinde olduğundan normal dağılım analizlerinden Kolmogorov-Smirnova analizi yapılmıştır. Verilerin dağılımının Kolmogorov-Smirnova analizine göre normal olmadığı belirlenmesine

($p < 0,05$) rağmen, normal dağılımın diğer varsayımları olan ortalama-medyanın birbirine yakınlığı ve basıklık ile çarpıklığın -1.5 ile +1,5 arasında olması gerekliliği incelendiğinde; bu değerlerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında verilerin normal dağılımdan çok uzaklaşmadığı belirlenmiştir.

3.8.2.2. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmasına Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışmasına ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo3.14: Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Hastanenin Sağlıkta Dönüşüm İle İlgili Sorun Yaşama	n	%
Evet	153	71,8
Hayır	60	28,2
Toplam	213	100

Katılımcıların %71,8'inin çalıştığı kurumun sağlıkta dönüşüm programı ile ilgili sorunlar yaşadığı belirlenirken %28,2'sinde herhangi bir sorun yaşamadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.15: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programına Ait Madde Analizi Sonuçları

Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı İle İlgili Sorunlar	Scale Mean if İtem Deleted	Scale Variance if İtem Deleted	Corrected İtem-Total Correlation	Cronbach's Alpha if İtem Deleted
Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarına getirilen sevk sistemi esasları, vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından dolayı etkin bir şekilde işlememektedir.	9,177	7,238	0,542	0,571
Sağlık hizmet sunucularının SGK ile sözleşme imzalaması, hizmet sunucularına faydasından çok zararı olmaktadır.	10,248	8,806	0,423	0,708

Sağlıkta finansal yönetimi destekleyen eğitim ve bilim kurumlarının kurulması, sağlıkta dönüşümünde başarıyı yakalayamamıştır.	9,386	7,107	0,576	0,548
Sağlık tesisi yöneticiliğine kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.	9,150	8,023	0,446	0,635
Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Genel Güvenirlik:			0,786	

Tablo 3.15' te bulunan finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışmaları ölçeğine ilişkin madde analizi sonuçları incelendiğinde, bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30' un altında olmaması gerektiğinden (Büyüköztürk, 2002), Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışmaları ölçeğinde maddelerin birbirleri ile ilişkilerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş bu nedenle ölçekten madde çıkarımı yapılmamıştır. 4 maddelik Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışmaları ölçeğinin genel güvenirlilik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cronbach's Alpha= 0,786).

Tablo 3.16: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmasına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri

	r	p
Madde 1	0,770	0,000**
Madde 2	0,609	0,000**
Madde 3	0,788	0,000**
Madde 4	0,698	0,000**

** $p < 0.01$

Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışması ölçeğinin madde-toplam korelasyonu değerleri incelendiğinde (Tablo 3.16) ölçekte bulunan 4 maddenin madde-toplam puan korelasyonunun $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı bulunduğu ve maddelerin toplam korelasyon değerlerinin 0,609 ile 0,788 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu bulgular ölçekteki maddelerin toplam puanı ile ilişkisinin

yüksek olduğu ve maddelerde tutarlılık açısından problem olmadığını göstermektedir.

Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışması ölçeğine ait toplam 4 sorudan oluşan ölçeğin faktör analizinin ön şartları olan, değişkenler arasında belli oranda korelasyon bulunması ve KMO değerinin kabul edilebilir alt değer olan 0.60'ın üzerinde olması gerekliliğine uymaktadır. (Pallant, 2001; Aktaran Kaya, 2005, s.224). KMO örnekleme katılan katılımcı sayısının faktör analizi için yeterli sayıya sahip olup olmadığını ölçmektedir.

Tablo 3.17: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0,695
Bartlett's Testi	Ki-kare	106,448
	Sd	6
	p.	0,000

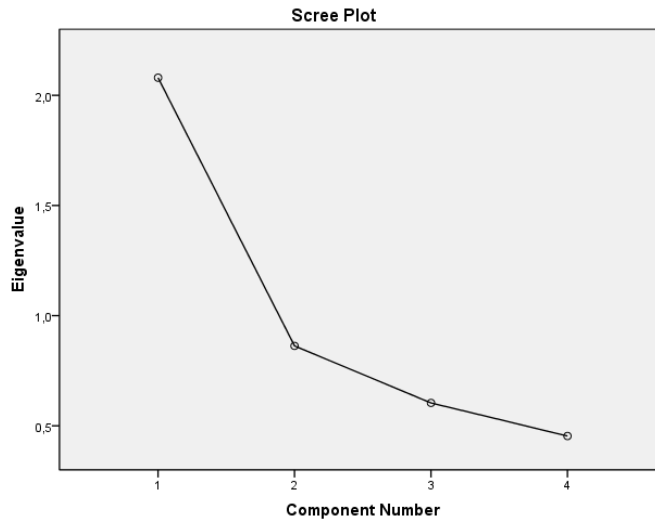
Tablo 3.17 incelendiğinde, KMO katsayısının 0,695 olduğu ve Bartlett's testi sonucunun ise $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılması yeterli olduğunu ve normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (Kan & Akbaş, 2005). 4 maddelik finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışması ölçeğine ait açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler analizi uygulanmıştır. 4 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın %51,999'unu açıklayan ve 1 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı belirlenmiştir (Tablo 3.18).

Tablo 3.18: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu

Bileşenler	Başlangıç Öz değerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %
1	2,080	51,999	51,999	2,080	51,999	51,999	2,080	51,999	51,999
2	0,863	21,566	73,565						
3	0,604	15,094	88,659						
4	0,454	11,341	100,000						

Tablo 3.18’de görüldüğü gibi 4 maddelik finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm çalışması ölçeğinin öz değerleri 1’in üzerinde olan 1 faktörlü bir yapıda çıktığı belirlenmiş ve ölçeğin faktör yapısı 1 ile sınırlı kalmıştır.

Screeplot test grafiği incelendiğinde faktör sayısının 1 ile sınırlandırılabilmesinin yeterli olduğu görülmektedir. Faktöre göre dağılımları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yapıları bakımından mantıksal bütünlük sağladığı görülmüştür.



Şekil 3.2: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu

Tablo 3.19: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışması Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı

Maddeler	Faktör 1
Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarına getirilen sevk sistemi esasları, vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından dolayı etkin bir şekilde işlememektedir.	0,782
Sağlık hizmet sunucularının SGK ile sözleşme imzalaması, hizmet sunucularına faydasından çok zararı olmaktadır.	0,550
Sağlıkta finansal yönetimi destekleyen eğitim ve bilim kurumlarının kurulması, sağlıkta dönüşümünde başarıyı yakalayamamıştır.	0,815
Sağlık tesisi yöneticiliğine kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.	0,709

Faktör analizi sonucuna göre madde çıkarımı yapılmasına gerek duyulmamıştır. Faktöre 1'e ait faktör yüklerinin 0,550 ile 0,782 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçek tek boyutta belirlendiği için faktör adının ölçeğin genel adı olan “**FİNANSAL YÖNETİM AÇISINDAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM ÇALIŞMALARI**” adı verilmiştir.

Tablo 3.20: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	\bar{x}	s.s
Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık kuruluşlarına getirilen sevk sistemi esasları, vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından dolayı etkin bir şekilde işlememektedir.	153	3,48	1,27
Sağlık hizmet sunucularının SGK ile sözleşme imzalaması, hizmet sunucularına faydasından çok zararı olmaktadır.	153	2,41	1,20
Sağlıkta finansal yönetimi destekleyen eğitim ve bilim kurumlarının kurulması, sağlıkta dönüşümünde başarıyı yakalayamamıştır.	153	3,27	1,26
Sağlık tesisi yöneticiliğince kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.	153	3,50	1,21
Genel Ortalama:		3,15	

Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin orta seviyede olduğu belirlenmiştir ($\bar{X}= 3,15$). En yüksek sağlıkta dönüşüm düzeyine ait maddenin 3.50 ortalama ile “Sağlık tesisi yöneticiliğince kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede

esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.” maddesi olduğu belirlenirken en düşük sağlıkta dönüşüm maddesinin 2,41 ortalama ile “Sağlık hizmet sunucularının SGK ile sözleşme imzalaması, hizmet sunucularına faydasından çok zararı olmaktadır” maddesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.21: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Çalışmasına Ait Normallik Testleri Sonucu

Kolmogorov-Smirnova			\bar{X}	Median	Skewness	Kurtosis
Statistic	df	p				
0,113	153	0,000	3,151	3,250	-0,087	-0,627

Verilerin dağılımı incelemek için katılımcı sayısı 50'nin üzerinde olduğundan normal dağılım analizlerinden Kolmogorov-Smirnova analizi yapılmıştır. Verilerin dağılımının Kolmogorov-Smirnova analizine göre normal olmadığı belirlenmesine ($p < 0,05$) rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan ortalama-medyanın birbirine yakınlığı ve basıklık ile çarpıklığın -1.5 ile +1,5 arasında olması gerekliliği incelendiğinde; bu değerlerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında verilerin normal dağılımdan çok uzaklaşmadığı belirlenmiştir.

3.8.2.3. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlarına Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunlarına ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.22: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlarına Ait Madde Analizi Sonuçları

Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlar	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Etkililik	20,046	13,518	0,773	0,848
Verimlilik	19,869	13,180	0,846	0,836
Sürdürülebilirlik	19,915	13,934	0,729	0,856

Sürekli kalite gelişimi	19,961	13,630	0,725	0,856
Gönüllülük	19,974	15,091	0,616	0,874
Hizmete rekabet	20,039	14,814	0,497	0,896
Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Sorunları Genel Güvenirlik:				0,882

Tablo 3.22’ de bulunan finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlar ölçeğine ilişkin madde analizi sonuçları incelendiğinde, bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30'un altında olmaması gerektiğinden (Büyüköztürk, 2002).Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları ölçeğinde maddelerin birbirleri ile ilişkilerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş bu nedenle ölçekten madde çıkarımı yapılmamıştır. 6 maddelik Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları ölçeğinin genel güvenirlilik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cronbach's Alpha= 0,882).

Tablo 3.23: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Sorunlarına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri

	<u>r</u>	<u>p</u>
Madde 1	0,851	0,000**
Madde 2	0,900	0,000**
Madde 3	0,818	0,000**
Madde 4	0,820	0,000**
Madde 5	0,725	0,000**
Madde 6	0,659	0,000**

**p<0.01

Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları ölçeğinin madde-toplam korelasyonu değerleri incelendiğinde (Tablo 3.23) ölçekte bulunan 6 maddenin madde-toplam puan korelasyonunun p<0,01 önem düzeyinde anlamlı bulunduğu ve maddelerin toplam korelasyon değerlerinin 0,659 ile

0,900 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu bulgular ölçekteki maddelerin toplam puanı ile ilişkisinin yüksek olduğu ve maddelerde tutarlılık açısından problem olmadığını göstermektedir.

Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan alışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları leğine ait toplam 6 sorudan oluşan ölçeğin faktör analizinin n şartları olan, değişkenler arasında belli oranda korelasyon bulunması ve KMO değerinin kabul edilebilir alt değer olan 0.60'ın üzerinde olması gerekliliğine uymaktadır. (Pallant, 2001; Aktaran Kaya, 2005, s.224). KMO rnekleme katılan katılımcı sayısının faktör analizi içi yeterli sayıya sahip olup olmadığını ölçmektedir.

Tablo 3.24: Finansal yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan alışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları leğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0,782
Bartlett's Testi	Ki-kare	575,273
	Sd	15
	p.	0,000

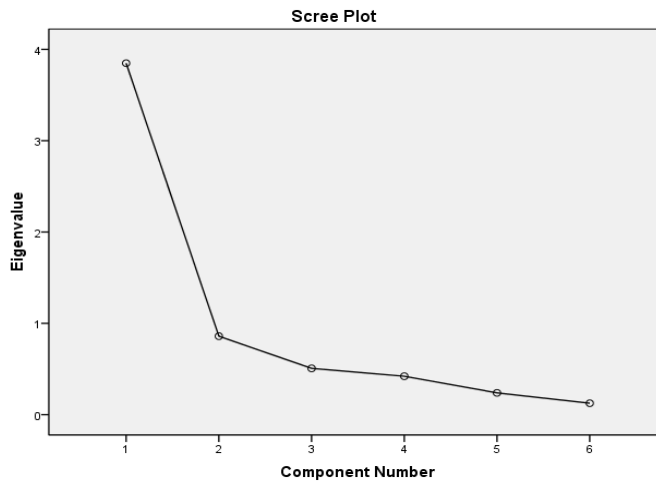
Tablo 3.24 incelendiğinde, KMO katsayısının 0,782 olduğu ve Bartlett's testi sonucunun ise $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular örnekleme büyüklüğünün faktör analizi yapılması yeterli olduğunu ve normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (Kan & Akbaş, 2005). 6 maddelik Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan alışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları leğine ait açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler analizi uygulanmıştır. 6 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın %64,138'ini açıklayan ve 1 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı belirlenmiştir (Tablo 3.25).

Tablo 3.25: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu

Bileşenler	Başlangıç Öz değerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %
1	3,848	64,138	64,138	3,848	64,138	64,138	3,848	64,138	64,138
2	0,859	14,323	78,461						
3	0,507	8,452	86,912						
4	0,421	7,019	93,932						
5	0,239	3,978	97,910						
6	0,125	2,090	100,0						

Tablo 3.25’de görüldüğü gibi 6 maddelik Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları ölçeğinin öz değerleri 1’in üzerinde olan 1 faktörlü bir yapıda çıktığı belirlenmiş ve ölçeğin faktör yapısı 1 ile sınırlı kalmıştır.

Screeplot test grafiği incelendiğinde faktör sayısının 1 ile sınırlandırılabilmesinin yeterli olduğu görülmektedir. Faktöre göre dağılımları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yapıları bakımından mantıksal bütünlük sağladığı görülmüştür.



Şekil 3.3: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu

Tablo 3.26: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı

Maddeler	Faktör 1
Etkililik	0,864
Verimlilik	0,909
Sürdürülebilirlik	0,840
Sürekli kalite gelişimi	0,824
Gönüllülük	0,719
Hizmete rekabet	0,612

Faktör analizi sonucuna göre madde çıkarımı yapılmasına gerek duyulmamıştır. Faktöre 1'e ait faktör yüklerinin 0,612 ile 0,909 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçek tek boyutta belirlendiği için faktör adının ölçeğin genel adı olan **“FİNANSAL YÖNETİM AÇISINDAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM KAPSAMINDA YAPILAN ÇALIŞMALARIN SAĞLIK HİZMETLERİNİN AMACINA ULAŞMASINDA YAŞANILAN SORUNLAR”** adı verilmiştir.

Tablo 3.27: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlar Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	\bar{x}	s.s
Etkililik	153	3,92	0,94
Verimlilik	153	4,09	0,93
Sürdürülebilirlik	153	4,05	0,91
Sürekli kalite gelişimi	153	4,00	0,97
Gönüllülük	153	3,99	0,83
Hizmete rekabet	153	3,92	1,02
Genel Ortalama:		4,00	

Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir ($\bar{X}=4,00$). En yüksek sağlıkta dönüşüm düzeyine ait maddenin 4,09 ortalama ile “Verimlilik” maddesi olduğu belirlenirken en düşük sağlıkta dönüşüm maddesinin 3,92 ortalama ile “Etkinlik” ve “Hizmette rekabet” maddeleri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.28: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlarına Ait Normallik Testleri Sonucu

Kolmogorov-Smirnova			\bar{X}	Median	Skewness	Kurtosis
Statistic	df	P				
0,125	153	0,000	4,007	4,000	-0,658	0,016

Verilerin dağılımı incelemek için katılımcı sayısı 50'nin üzerinde olduğundan normal dağılım analizlerinden Kolmogorov-Smirnova analizi yapılmıştır. Verilerin dağılımının Kolmogrov-Smirnova analizine göre normal olmadığı belirlenmesine ($p<0,05$) rağmen normal dağılımın diğer varsayımları olan ortalama-medyanın birbirine yakınlığı ve basıklık ile çarpıklığın -1.5 ile +1,5 arasında olması gerekliliği incelendiğinde; bu değerlerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında verilerin normal dağılımdan çok uzaklaşmadığı belirlenmiştir.

3.8.2.4. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ait Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunlarına ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 3.29: Sağlıkta Mevzuat Sorunları İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

Sağlıkta Mevzuat Sorunları İle İlgili Hastanenin Sorun Yaşama Durumları	n	%
Evet	163	76,5
Hayır	50	23,5
Toplam	213	100

Katılımcıların %76,5'inin çalıştığı kurumun sağlıkta mevzuat sorunları yaşadığı belirlenirken %23,5'inde herhangi bir sorun yaşamadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.30: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunlarına Ait Madde Analizi Sonuçları

Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları	ScaleMeanifItemDeleted	ScaleVarianceiffItemDeleted	CorrectedItem-Total Correlation	Cronbach's Alpha ifItemDeleted
Sağlık mevzuatı, uzun süre ihtiyacı cevap verecek şekilde ve günün şartlarına göre yeniden düzenlendiğinde sorunlar çözülebilir.	8,325	9,097	0,797	0,865
Sürekli değişen yönetim kadroları ve sağlık mevzuatları nedeniyle yeterince verim alınamamakta ve işin sahiplenmesi istenilen düzeyde olmamaktadır.	8,080	9,173	0,823	0,856
Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanılacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler.	7,902	8,892	0,803	0,863
Sektörde haksız rekabetin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler yeterli düzeydedir.	8,620	9,768	0,695	0,901
Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Genel Güvenirlik:			0,901	

Tablo 3.30' da bulunan finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları ölçeğine ilişkin madde analizi sonuçları incelendiğinde, bir maddenin diğer maddelerle olan ilişkisinin 0,30'un altında olmaması gerektiğinden (Büyüköztürk, 2002), Finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları ölçeğinde maddelerin birbirleri ile ilişkilerinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş bu nedenle ölçekten madde çıkarımı yapılmamıştır. 4 maddelik Finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları ölçeğinin genel güvenirlik seviyesinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Cronbach's Alpha= 0,901).

Tablo 3.31: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunlarına Ait Madde-Toplam Puan Korelasyonu Değerleri

	r	p
Madde 1	0,889	0,000**
Madde 2	0,902	0,000**
Madde 3	0,895	0,000**
Madde 4	0,826	0,000**

**p<0.01

Finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları ölçeğinin madde-toplam korelasyonu değerleri incelendiğinde (Tablo 3.31) ölçekte bulunan 4 maddenin madde-toplam puan korelasyonunun p<0,01 önem düzeyinde anlamlı bulunduğu ve maddelerin toplam korelasyon değerlerinin 0,826 ile 0,902 arasında değiştiği belirlenmiştir. Bu bulgular ölçekteki maddelerin toplam puanı ile ilişkisinin yüksek olduğu ve maddelerde tutarlılık açısından problem olmadığını göstermektedir.

Finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları ölçeğine ait toplam 4 sorudan oluşan ölçeğin faktör analizinin ön şartları olan, değişkenler arasında belli oranda korelasyon bulunması ve KMO değerinin kabul edilebilir alt değer olan 0.60'ın üzerinde olması gerekliliğine uymaktadır.(Pallant, 2001; Aktaran Kaya, 2005, s.224). KMO örnekleme katılan katılımcı sayısının faktör analizi için yeterli sayıya sahip olup olmadığını ölçmektedir.

Tablo 3.32: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Ölçeğine İlişkin KMO ve Bartlett Testi Sonucu

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0,839
Bartlett's Testi	Ki-kare	409,980
	Sd	6
	p.	0,000

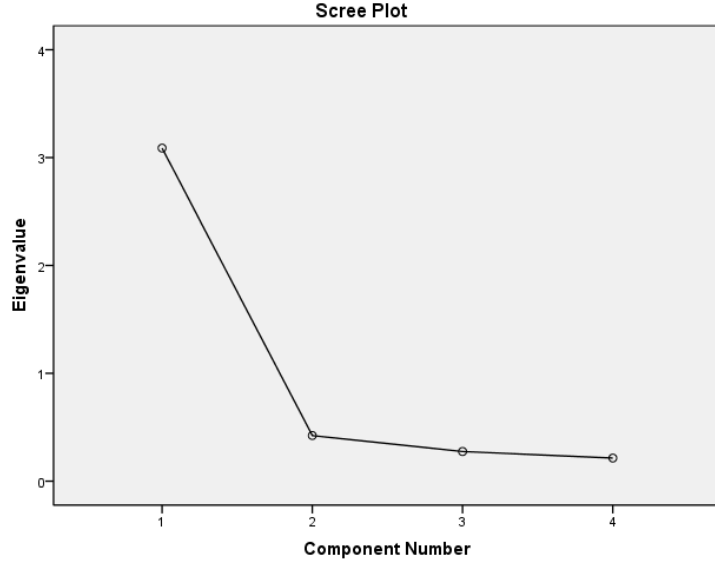
Tablo 3.32 incelendiğinde, KMO katsayısının 0,839 olduğu ve Bartlett's testi sonucunun ise $p < 0,01$ önem düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular örneklem büyüklüğünün faktör analizi yapılması yeterli olduğunu ve normal dağılımdan geldiğini göstermektedir (Kan & Akbaş, 2005). 4 maddelik finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları ölçeğine ait açıklayıcı faktör analizi olarak temel bileşenler analizi uygulanmıştır. 4 maddelik ölçekte faktör analizi sonucu toplam varyansın %77,202'sini açıklayan ve 1 faktörlü bir yapı ortaya çıktığı belirlenmiştir (Tablo 3.33).

Tablo 3.33: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine İlişkin Öz Değerler Sonucu

Bileşenler	Başlangıç Öz değerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %	Toplam	Varyansların %	Yığılmalı %
1	3,088	77,202	77,202	3,088	77,202	77,202	3,088	77,202	77,202
2	0,423	10,567	87,769						
3	0,275	6,871	94,640						
4	0,214	5,360	100,000						

Tablo 3.33' de görüldüğü gibi 4 maddelik finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları ölçeğinin öz değerleri 1'in üzerinde olan 1 faktörlü bir yapıda çıktığı belirlenmiş ve ölçeğin faktör yapısı 1 ile sınırlı kalmıştır.

Screeplot test grafiği incelendiğinde faktör sayısının 1 ile sınırlandırılabilceğinin yeterli olduğu görölmektedir. Faktöre göre dağılımları incelendiğinde tüm maddelerin faktör yapıları bakımından mantıksal bütünlük sağladığı görölmüştür.



Şekil 3.4: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine Ait ScreePlot Test Sonucu

Tablo 3.34: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine İlişkin Faktör Yapısına Göre Dağılımı

Maddeler	Faktör 1
Sağlık mevzuatı, uzun süre ihtiyacı cevap verecek şekilde ve günün şartlarına göre yeniden düzenlendiğinde sorunlar çözülebilir.	0,891
Sürekli değişen yönetim kadroları ve sağlık mevzuatları nedeniyle yeterince verim alınamamakta ve işin sahiplenmesi istenilen düzeyde olmamaktadır.	0,907
Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanılacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler.	0,895
Sektörde haksız rekabetin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler yeterli düzeydedir.	0,819

Faktör analizi sonucuna göre madde çıkarımı yapılmasına gerek duyulmamıştır. Faktöre 1'e ait faktör yüklerinin 0,819 ile 0,907 arasında olduğu belirlenmiştir. Ölçek tek boyutta belirlendiği için faktör adının ölçeğin genel adı olan “**FİNANSAL YÖNETİM AÇISINDAN SAĞLIKTA MEVZUAT SORUNLARI**” adı verilmiştir.

Tablo 3.35: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Ölçeğine Ait Tanımlayıcı Analiz Sonuçları

İfadeler	n	\bar{x}	s.s
Sağlık mevzuatı, uzun süre ihtiyacı cevap verecek şekilde ve günün şartlarına göre yeniden düzenlendiğinde sorunlar çözülebilir.	163	2,65	1,14
Sürekli değişen yönetim kadroları ve sağlık mevzuatları nedeniyle yeterince verim alınmamakta ve işin sahiplenmesi istenilen düzeyde olmamaktadır.	163	2,90	1,10
Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanılacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler.	163	3,07	1,17
Sektörde haksız rekabetin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler yeterli düzeydedir.	163	2,36	1,12
Genel Ortalama:		2,74	

Finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat soruları düzeyleri incelendiğinde genel düzeylerin orta seviyede olduğu belirlenmiştir ($\bar{X}= 2,74$). En yüksek sağlıkta mevzuat düzeyine ait maddenin 3,07 ortalama ile “Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanılacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler.” maddesi olduğu belirlenirken en düşük sağlıkta mevzuat maddesinin 2,36 ortalama ile “Sektörde haksız rekabetin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler yeterli düzeydedir” maddesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.36: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorununa Ait Normallik Testleri Sonucu

Kolmogorov-Smirnova			\bar{X}	Median	Skewness	Kurtosis
Statistic	df	p				
0,118	163	0,000	2,74	2,50	0,424	-0,608

Verilerin dağılımı incelemek için katılımcı sayısı 50'nin üzerinde olduğundan normal dağılım analizlerinden Kolmogorov-Smirnova analizi yapılmıştır. Verilerin dağılımının Kolmogrov-Smirnova analizine göre normal olmadığı belirlenmesine ($p < 0,05$) rağmen, normal dağılımın diğer varsayımları olan ortalama-medyanın birbirine yakınlığı ve basıklık ile çarpıklığın -1.5 ile +1,5 arasında olması gerekliliği incelendiğinde; bu değerlerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir. Bu bilgiler ışığında verilerin normal dağılımdan çok uzaklaşmadığı belirlenmiştir.

3.8.2.5. Katılımcıların Sorunlara Çözüm Önerilerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, anketin son aşamasında katılımcılara finansal sorunlar ile ilgili önerilerinin sorulduğu soruya alınan cevaplara yer verilmiştir.

- Alacak Tahsili,
- Geç gelen Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) ödemeleri,
- Sosyal Güvenlik Kurumunun ödemelerini süresinde yapmaması,
- SGK'nın SUT(Sağlık Uygulama Tebliği) ile ilgili işlemlerini mevzuata göre mutabakatlarını süresinde yapmaması,
- Nakit akışının yeterli olmaması,
- Özel kurumlara kesilen faturaların zamanında ödenmemesi,
- Gelir kodlarının ve muhasebe kodlarının değişmesi,
- Bedelli ilaçlarla ilgili kesilen faturaların zamanında ödenmemesi,
- SUT (Sağlık Uygulama Tebliği)'un takip edilmemesi, güncellenmemesi,
- Finansal yöneticilerin yeteri kadar tecrübe ve beceriye sahip olmaması,
- Rekabet şartlarının fazla olması ve sağlık mevzuatının özel hastanelere ve çalışmalarına uygun hale getirilmemesi,
- Teknolojiye ve tıbbi yeniliklere çok bağımlı olunmasından dolayı yatırım kararlarının geç alınmasına sebep olması,
- Bilimsel bir finansal yönetim şartlarının tam anlamıyla oturtulamaması,

- Hastaların giderlerinin SGK'dan karşılığının alınmaması,
- Gelir ve gider dengesizliği,
- Kaynak yetersizliği,
- Teknolojik gelişmeler ile mali üretimin paralel gitmemesi,
- Sosyal güvencesi bulunmayan ve yabancı ülke vatandaşlarına verilen sağlık hizmetlerine ilişkin tedavi bedelinin tahsil edilememesi,
- Günümüz koşullarını karşılayamayan fiyat politikaları,
- Liyakatın, sahiplenmenin sürdürülebilirliğin olmaması,
- Yeterli ve yetkin kadro eksikliği,
- Eğitimsizliğin olması.

Katılımcıların verdikleri cevaplardan anlaşılacağı üzere; Sosyal Güvenlik Kurumunun ödemelerini süresinde yapmaması, SGK'nın SUT ile ilgili işlemlerini mevzuata göre mutabakatlarını süresinde yapmaması, Rekabet şartlarının fazla olması ve sağlık mevzuatının özel hastanelere ve çalışmalarına uygun hale getirilmemesi, Finansal yöneticilerin yeteri kadar tecrübe ve beceriye sahip olmaması ve Günümüz koşullarını karşılayamayan fiyat politikaları temel sorunlar olarak belirtilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN TEST EDİLMESİ

3.9.1. Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Tablo 3.37: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Cinsiyet	N	\bar{X}	ss	sd	t	p
Kadın	97	3,83	0,61			
Erkek	65	3,73	0,68	160	0,954	0,342

H_{1,1}:Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeylerinin cinsiyet değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.342$].

Tablo 3.38: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Hastane Mülkiyeti	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Devlet Hastanesi	102	3,80	0,70			
Özel Hastanesi	60	3,77	0,53	160	0,269	0,788

H_{1,2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.788$].

Tablo 3.39: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	108	3,83	0,66			
Hayır	54	3,70	0,60	160	1,239	0,217

H_{1,3}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.217$].

Tablo 3.40: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Daha Önce Finans Görevi Üstlenme	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	32	3,69	0,66			
Hayır	130	3,81	0,63	160	0,991	0,323

H_{1,4}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları

düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.323$].

Tablo 3.41: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	32	3,69	0,66	160	0,857	0,392
Hayır	130	3,81	0,63			

H_{1,5}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.323$].

Tablo 3.42: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Özel Sağlık Sigortanız Var mı	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	78	3,87	0,58			
Hayır	84	3,71	0,69	160	1,576	0,117

H_{1.6}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olması değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.117$].

Tablo 3.43: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	69	3,23	0,48			
Hayır	93	4,20	0,37	160	14,641	0,000*

** $p < 0.01$

H_{1,7}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak % 99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [t(160)=14,641 p<0.01, p=0.000]. Sağlık tesisinin mali zorluklar yaşamayan katılımcıların (\bar{X} =4,20) finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları düzeylerinin mali zorluk yaşayanlara (\bar{X} = 3,23) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.44: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Yaş	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
25-30	45	3,93	0,59	Gruplar arası	1,332	3	0,444	1,093	0,354
31-40	67	3,71	0,68		Grup içi	64,183	158		
41-50	31	3,75	0,67	Toplam	65,515	161			
51 ve üzeri	19	3,78	0,50						

H_{1,8}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin yaş göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [p>0.05, p= 0.354].

Tablo 3.45: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Görev	N	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Müdür	17	4,69	0,03	Gruplar arası	32,181	2	16,091		0,000**
Müdür Yardımcısı	22	4,49	0,09	Grup içi	33,334	159	0,210	76,751	
Diğer	123	3,54	0,52	Toplam	65,515	161			

**p<0.05

1.Grup= Müdür, 2.Grup= Müdür Yardımcısı, 3.Grup= Diğer

H_{1,9}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin görev türüne göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir [F(2-161)=0 76.751, p<0.01, p= 0.000].Görevi diğer ($\bar{x}=3,54$) olan katılımcıların finansal yönetim açısından genel sağlık sorunu düzeylerinin görevi müdür ($\bar{x}=4,69$)ve müdür yardımcısı ($\bar{x}=4,49$) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı LSD testi ile test edilmiş, 3. Grup ile 1. ve 2.Gruplar arasında gözlemlenen fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3.46: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Öğrenim Düzeyi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Doktora	14	4,04	0,59	Gruplar arası	2,058	3	0,686		
Yüksek Lisans	46	3,64	0,74	Grup içi	63,457	158	0,402		
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	33	3,77	0,64	Toplam	65,515	161		1,708	0,168
Diğer	69	3,84	0,55						

H_{1.10}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.168$].

Tablo 3.47: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunların Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Kurumda Çalışma Süresi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
1 yıl veya altı	31	3,92	0,54	Gruplar arası	1,018	3	0,339		
2-3 yıl	33	3,80	0,66	Grup içi	64,497	158	0,408		
4-5 yıl	38	3,68	0,64	Toplam	65,515	161		0,832	0,478
6 yıl veya üzeri	60	3,78	0,67						

H_{1,11}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.478$].

Tablo 3.48: Finansal Yönetim Açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği Sorunları Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şekli	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Dört yıllık lisans eğitimi	40	3,81	0,63	Gruplar arası	0,971	4	0,243		
Yüksek lisans eğitimi	18	3,81	0,67	Grup içi	44,982	103	0,437		
Meslek içi gelişim ve eğitim sertifika program	29	3,86	0,68	Toplam	45,953	107		0,556	0,695
Özel eğitim kursu	13	3,70	0,72						
Diğer	8	4,13	0,63						

H_{1,12}: Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği sorunları düzeylerinin kurumda finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre

istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.695$].

3.9.2.Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Tablo 3.49: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Cinsiyet	n	\bar{X}	ss	sd	t	P
Kadın	92	3,12	0,95			
Erkek	61	3,23	0,77	151	0,704	0,482

H_{2.1}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin cinsiyet değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.482$].

Tablo 3.50: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Hastane Mülkiyeti	n	\bar{X}	ss	sd	t	P
Devlet Hastanesi	94	3,27	0,78			
Özel Hastanesi	59	2,99	1,01	151	1,919	0,057

H_{2.2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.057$].

Tablo 3.51: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma	n	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Evet	102	3,19	0,92	151	0,499	0,618
Hayır	51	3,11	0,81			

H_{2,3}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05, p = 0.618$].

Tablo 3.52: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Daha Önce Finans Görevi Üstlenme	n	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Evet	17	2,74	0,89	151	2,139	0,034*
Hayır	136	3,22	0,87			

* $p < 0.05$

H_{2,4}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [$t(151) = 2,139, p < 0.05, p = 0.034$]. Daha önce finans görevini üstlenmeyenlerin ($\bar{X} = 3,22$) finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm

düzeylerinin daha önce finans görevini üstlenenlere ($\bar{X}= 2,74$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.53: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı	n	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Evet	65	3,06	0,70	151	1,272	0,205
Hayır	88	3,24	1,00			

H_{2.5}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05, p= 0.205$].

Tablo 3.54: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Özel Sağlık Sigortanız Var mı	n	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Evet	75	3,23	0,94	151	0,958	0,340
Hayır	78	3,10	0,82			

H_{2.6}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin sağlık kurumunun özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olması değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin

sağlık kurumunun özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05, p = 0.340$].

Tablo 3.55: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması	n	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Evet	67	3,18	0,80	151	0,147	0,883
Hayır	86	3,15	0,95			

H_{2.7}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05, p = 0.883$].

Tablo 3.56: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Yaş	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
25-30	41	3,58	0,89	Gruplar arası	10,632	3	3,544	4,866	0,003**
31-40	62	3,08	0,83		Grup içi	108,533	149		
41-50	32	2,87	0,80	Toplam	119,165	152			
51 ve üzeri	18	3,04	0,93						

** $p < 0.01$

1.Grup=25-30, 2.Grup= 31-40, 3.Grup= 41-50, 4.Grup= 51 ve üzeri

H_{2,8}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin yaş göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [F(3-152)= 4.866, p<0.01, p= 0.003]. Yaşı 25-30 (\bar{x} =**3,58**) olan katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin yaşı 31-40 (\bar{x} =**3.08**), yaşı 41-50 (\bar{x} =**2,87**) ve yaşı 51 ve üzeri (\bar{x} =**3,04**) olanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı LSD testi ile test edilmiş, 1. Grup ile 2. 3. ve 4. Gruplar arasında gözlemlenen fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3.57: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Görev	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Müdür	16	3,20	1,11	Gruplar arası	0,277	2	0,138	0,175	0,840
Müdür Yardımcısı	19	3,05	1,08						
Diğer	118	3,18	0,82	Toplam	119,165	152			

H_{2,9}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin görev türüne göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [p>0.05, p= 0.840].

Tablo 3.58: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Öğrenim Düzeyi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Doktora	13	3,15	0,75	Gruplar arası	1,702	3	0,567	0,720	0,542
Yüksek Lisans	43	3,24	0,90		Grup içi	117,463	149		
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	31	2,96	0,92	Toplam	119,165	152			
Diğer	66	3,21	0,89						

H_{2.10}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.542$].

Tablo 3.59: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Kurumda Çalışma Süresi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
1 yıl veya altı	29	3,25	0,91	Gruplar arası	11,036	3	3,679	5,069	0,002**
2-3 yıl	28	3,54	0,76		Grup içi	108,129	149		
4-5 yıl	35	3,34	0,75	Toplam	119,165	152			
6 yıl veya üzeri	61	2,85	0,92						

** $p < 0.01$

1.Grup=1 yıl veya altı, 2.Grup= 2-3 yıl, 3.Grup= 4-5 yıl, 4.Grup= 6 yıl ve üzeri

H_{2.11}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olduğu belirlenmiştir [F(3-152)= 5.069, p<0.01, p= 0.002]. Çalışma süresi 6 yıl ve üzeri (\bar{x} =**2,85**) olan katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin çalışma süresi 1 yıl ve altı (\bar{x} =**3,25**) 2-3 yıl (\bar{x} =**3,54**) ve 4-5 yıl (\bar{x} =**3,34**) olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı LSD testi ile test edilmiş, 4. Grup ile 1. 2. ve 3. Gruplar arasında gözlemlenen fark anlamlı bulunmuştur.

Tablo 3.60: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şekli	N	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Dört yıllık lisans eğitimi	39	3,28	1,02	Gruplar arası	6,417	4	1,604		
Yüksek lisans eğitimi	15	3,33	0,69	Grup içi	79,763	97	0,822		
Meslek içi gelişim ve eğitim sertifikası program	27	2,79	0,81	Toplam	86,18	101		1,951	0,108
Özel eğitim kursu	13	3,50	0,80						
Diğer	8	3,34	1,13						

H_{2.12}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm düzeylerinin kurumda finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan

Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.108$].

3.9.3. Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunlara Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Tablo 3.61: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Cinsiyet	N	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Kadın	92	4,07	0,71	151	1,478	0,142
Erkek	61	3,89	0,77			

H_{3,1}: Katılımcıların Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanılan sorunları düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları düzeylerinin cinsiyet değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.142$].

Tablo 3.62: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Hastane Mülkiyeti	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Devlet Hastanesi	94	3,95	0,71	151	0,871	0,385
Özel Hastanesi	59	4,06	0,79			

H_{3,2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05, p= 0.385$].

Tablo 3.63: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	102	3,97	0,77			
Hayır	51	4,04	0,68	151	0,539	0,591

H_{3,3}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05, p= 0.591$].

Tablo 3.64: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Daha Önce Finans Görevi Üstlenme	n	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Evet	17	2,54	0,36	151	11,934	0,000**
Hayır	136	4,18	0,55			
**p<0.01						

H_{3,4}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [t(151)= 11,934 p<0.01,p= 0.000]. Daha önce finans görevini üstlenmeyenlerin (\bar{X} = **4,18**) finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları düzeylerinin daha önce finans görevini üstlenenlere (\bar{X} = **2,54**) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.65: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı	n	\bar{X}	ss	Sd	t	p
Evet	65	3,33	0,56	151	14,772	0,000**
Hayır	88	4,48	0,40			
**p<0.01						

H_{3,5}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %99 güven düzeyinde anlamlı olduğu belirlenmiştir [t(151)= 14.772 p<0.01,p= 0.000]. Yöneticilik konusunda eğitim görmek istemeyenlerin (\bar{X} = 4,48) finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları düzeylerinin eğitim görmek isteyenlere (\bar{X} = 3,33) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.66: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Özel Sağlık Sigortanız Var mı	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	75	4,02	0,73			
Hayır	78	3,97	0,76	151	0,470	0,639

H_{3,6}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan

çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05, p= 0.639$].

Tablo 3.67: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşaması	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	67	3,90	0,79	151	1,449	0,149
Hayır	86	4,07	0,70			

H_{3,7}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05, p= 0.149$].

Tablo 3.68: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Yaş	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
25-30	41	4,04	0,71	Gruplar arası	0,535	3	0,178	0,321	0,810
31-40	62	3,95	0,82		Grup içi	82,792	149		
41-50	32	4,07	0,67	Toplam	83,327	152			
51 ve üzeri	18	3,91	0,69						

H_{3,8}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin yaş göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [p>0.05, p= 0.810].

Tablo 3.69: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Görev	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Müdür	16	4,07	0,95	Gruplar arası	0,256	2	0,128	0,231	0,794
Müdür Yardımcısı	19	3,90	0,78		Grup içi	83,07	150		
Diğer	118	4,00	0,71	Toplam	83,327	152			

H_{3,9}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin görev türüne göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.794$].

Tablo 3.70: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Öğrenim Düzeyi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Doktora	13	4,13	0,77	Gruplar arası	0,689	3	0,230		
Yüksek Lisans	43	4,05	0,77	Grup içi	82,638	149	0,555		
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	31	3,99	0,68	Toplam	83,327	152		0,414	0,743
Diğer	66	3,93	0,75						

H_{3,10}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.743$].

Tablo 3.71: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Kurumda Çalışma Süresi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
1 yıl veya altı	29	4,03	0,51	Gruplar arası	0,850	3	0,283	0,512	0,675
2-3 yıl	28	4,10	0,76		Grup içi	82,477	149		
4-5 yıl	35	3,87	0,79	Toplam	83,327	152			
6 yıl veya üzeri	61	4,00	0,80						

H_{3,11}: Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.675$].

Tablo 3.72: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Dönüşüm Kapsamında Yapılan Çalışmaların Sağlık Hizmetlerinin Amacına Ulaşmasında Yaşanılan Sorunları Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şekli	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Dört yıllık lisans eğitimi	39	4,04	0,69	Gruplar arası	3,066	4	0,767	1,312	0,271
Yüksek lisans eğitimi	15	4,04	0,83		Grup içi	56,679	97		
Meslek içi gelişim ve eğitim sertifikası program	27	3,69	0,80	Toplam	59,745	101			
Özel eğitim kursu	13	4,13	0,92						

H_{3,12}: Katılımcıların Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunları düzeylerinin kurumda finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.108$].

3.9.4.Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunlarına Ait Hipotezlerin Test Edilmesi

Tablo 3.73: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Cinsiyet Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Cinsiyet	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Kadın	97	2,76	1,02			
Erkek	66	2,72	0,96	161	0,251	0,830

H_{4,1}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri cinsiyet gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin cinsiyet değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.830$].

Tablo 3.74: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Hastane Mülkiyeti Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Hastane Mülkiyeti	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Devlet Hastanesi	102	2,69	1,03			
Özel Hastanesi	61	2,83	0,94	161	0,832	0,407

H_{4,2}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri hastane mülkiyeti gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin hastane mülkiyeti değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05, p = 0.407$].

Tablo 3.75: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Muhasebe Konusunda Eğitim Alma	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	109	2,69	0,96			
Hayır	54	2,86	1,06	161	1,016	0,311

H_{4,3}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri finansal muhasebe konusunda eğitim alma gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin finansal muhasebe konusunda eğitim alma değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05, p = 0.311$].

Tablo 3.76: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Daha Önce Finans Görevi Üstlenme Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Daha Önce Finans Görevi Üstlenme	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	31	2,80	0,93	161	0,338	0,736
Hayır	132	2,73	1,01			

H_{4,4}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri daha önce finans görevi üstlenme gruplarına göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin daha önce finans görevi üstlenme değişkeni gruplarına göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05, p = 0,736$].

Tablo 3.77: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Finansal Yöneticilik Konusunda Eğitim Görme İhtiyacı	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	76	2,85	1,02	161	1,297	0,196
Hayır	87	2,65	0,97			

H_{4,5}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin Finansal yöneticilik konusunda eğitim görme ihtiyacı değişkenine göre farklılığı

istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05, p=0.196$].

Tablo 3.78: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Özel Sağlık Sigortası Olması Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Özel Sağlık Sigortanız Var mı	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	76	2,72	0,95	161	0,280	0,780
Hayır	87	2,76	1,04			

H_{4,6}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin özel sağlık sigortası olması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05, p=0.639$].

Tablo 3.79: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşamaları Değişkeni Farklılaşmasına Ait T-testi Sonuçları

Sağlık Tesisinin Mali Zorluklar Yaşamaları	n	\bar{X}	ss	sd	t	p
Evet	75	2,80	1,01	161	0,623	0,534
Hayır	88	2,70	0,99			

H_{4,7}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri sağlık tesisinin mali zorluklar yaşamaları değişkenine göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin sağlık tesisinin mali zorluklar yaşamaları değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin

sağlık tesisinin mali zorluklar yaşaması değişkenine göre farklılığı istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.534$].

Tablo 3.80: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Yaş Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Yaş	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
25-30	46	2,61	1,03	Gruplar arası	3,816	3	1,272		
31-40	63	2,87	1,08	Grup içi	157,053	159	0,988		
41-50	32	2,86	0,84	Toplam	160,869	162		1,288	0,281
51 ve üzeri	22	2,48	0,83						

H_{4,8}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri yaş değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin yaş göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.281$].

Tablo 3.81: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Görev Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Görev	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Müdür	17	2,68	0,96	Gruplar arası	0,148	2	0,074		
Müdür Yardımcısı	20	2,70	0,93	Grup içi	160,721	160	1,005		
Diğer	126	2,76	1,02	Toplam	160,869	162		0,074	0,929

H_{4,9}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri görev türüne göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin görev türüne göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak

%95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.929$].

Tablo 3.82: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Son Bitirilen Öğrenim Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Öğrenim Düzeyi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Doktora	14	2,70	0,98	Gruplar arası	3,37	3	1,123	1,134	0,337
Yüksek Lisans	44	2,52	1,00		Grup içi	157,499	159		
Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu	34	2,79	0,96	Toplam	160,869	162			
Diğer	71	2,87	1,01						

H_{4,10}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin son bitirilen öğrenim değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p>0.05$, $p= 0.337$].

Tablo 3.83: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Kurumda Çalışma Süresi Değişkeni Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Kurumda Çalışma Süresi	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
1 yıl veya altı	31	2,66	0,96	Gruplar arası	1,194	3	0,398	0,396	0,756
2-3 yıl	33	2,63	0,99		Grup içi	159,675	159		
4-5 yıl	38	2,86	1,22	Toplam	160,869	162			
6 yıl veya üzeri	61	2,78	0,88						

H_{4,11}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin kurumda çalışma süresi değişkenine göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.756$].

Tablo 3.84: Finansal Yönetim Açısından Sağlıkta Mevzuat Sorunları Düzeylerinin Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şeklinin Farklılaşmasına Ait Anova Analizi Sonuçları

Finans ve Muhasebe Alanında Eğitimini Tamamlama Şekli	n	\bar{X}	ss	Varyanların Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p
Dört yıllık lisans eğitimi	40	2,58	0,82	Gruplar arası	1,882	4	0,471		
Yüksek lisans eğitimi	16	2,63	1,00	Grup içi	98,012	104	0,942		
Meslek içi gelişim ve eğitim sertifikası program	30	2,84	1,15	Toplam	99,894	108		0,499	0,736
Özel eğitim kursu	13	2,87	0,93						
Diğer	10	2,55	0,95						

H_{4.12}: Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeyleri finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılık göstermektedir

Katılımcıların finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları düzeylerinin kurumda finans ve muhasebe alanında eğitimini tamamlama şekline göre farklılığının anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek yönlü Anova analizi yapılmıştır. Yapılan Anova analizi sonucuna göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkların anlamlı olmadığı belirlenmiştir [$p > 0.05$, $p = 0.736$].

Tablo 3.85: Ölçekler Arasındaki İlişkiye Ait Analiz Sonuçları

Ölçekler	(1)	(2)	(3)	(4)	
Finansal yönetim açısından genel sağlık sorunları(1)	r	1	-0,048	0,004	-0,106
	p		0,560	0,966	0,199
	n	162	147	147	150
Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm programı sorunları (2)	r	-0,048	1		-0,019
	p	0,560		0,007**	0,815
	n	147	153	153	149
Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunlar(3)	r	0,004	0,219	1	-0,146
	p	0,966	0,007**		0,075
	n	147	153	153	149
Finansal yönetim açısından sağlıkta mevzuat sorunları(4)	r	-0,106	-0,019	-0,146	1
	p	0,199	0,815	0,075	
	n	150	149	149	163

H₅: Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 3.85 incelendiğinde, ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkinin sadece Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm ile finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm sorunları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu ve bu ilişkinin pozitif yönde düşük seviyede olduğu belirlenmiştir [$r= 0.219$, $p<0.01$, $p= 0.007$]. Finansal yönetim açısından sağlıkta dönüşüm programı sorunları düzeyi arttıkça sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşanan sorunların da düşük seviyede arttığı belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda elde edilen genel sonuçlar ve değerlendirmeler aşağıdaki şekilde açıklanmıştır.

Genel bulgularla ilgili analiz sonuçları; katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %59,6'sının kadın, %40,4'ünün erkek, %31'inin 25-30 yaş, %39'unun 31-40 yaş, %16,9'unun 41-50 yaş aralığında olduğu belirlenirken %13,1'inin 51 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %65,3'ü devlet hastanesinde %34,7'si özel hastanede görev yaptığı belirlenirken, %8'inin müdür, %10,3'ünün müdür yardımcısı, %81,7'sinin diğer görev türlerinde birinde görev yaptıkları belirlenmiştir. Katılımcıların %7'si doktora mezunu, %25,8'i yüksek lisans, %20,7'si sağlık bilimleri yüksek okulundan, %46,5'i ise diğer fakülte türleri veya yüksek okullardan mezun oldukları belirlenmiştir. Katılımcıların finansal yönetim bilgi seviyelerine göre dağılımları incelendiğinde, katılımcıların %64,8'i finansal muhasebe konusunda eğitim aldığı, %35,2'sinin eğitim almadığı, %37,7'si muhasebe eğitimini lisans eğitimi süresinde, %14,5'i yüksek lisans eğitiminde, %26,8'i meslek için gelişim ve eğitim sertifika programında, %10,9'u finansal yöneticilik alanında özel bir eğitimde, %10,1'i diğer yerlerden eğitim aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %36,2'si daha önce finans konusunda bir görev yaptığı, %63,8'inin görev yapmadığı, %58,7'sinin finans yöneticiliği konusunda eğitim görme ihtiyacı duyarken %41,3'ünün eğitim göremeye gerek duymadığı belirlenmiştir. Devlet ve özel hastanelerin %100'ünün SGK ile anlaşmalı olduğu, aynı zamanda %44,1'inin özel sağlık sigorta kuruluşu ile anlaşmalı olduğu, %55,9'unun özel sağlık sigortası kuruluşu ile anlaşmalı olmadığı belirlenirken katılımcıların %56,3'ünün sağlık kurumunun mali yönden zorluk yaşadığını düşündüğü %43,7'sinin ise bir zorluk yaşamadığını düşündüğü belirlenmiştir.

Finansal yönetim açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği hakkında kişilerin sorun yaşama durumları incelenmiş ve 162 (%76,10) kişinin sorunlar yaşadığı, 51 (%23,90) kişinin herhangi bir sorun yaşamadığı ortaya

çıkmiştir. Hastanelerin mülkiyetine göre değerlendirdiğimizde; devlet hastanesinde görev yapanların 102 (%73,44)'ün Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili sorunların yaşandığını düşünürken, özel hastanede görev yapanların 60 (%81,1)'un sorunlar yaşadıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.

Finansal yönetim açısından Sağlık Bakanlığının yürütmekte olduğu Sağlıkta Dönüşüm Çalışmasında kişilerin sorun yaşama durumları incelenmiş ve 153 (%71,8) kişinin sorunlar yaşadığı, 60 (%28,2) kişinin herhangi bir sorun yaşamadığı ortaya çıkmıştır. Hastanelerin mülkiyetine göre değerlendirdiğimizde; devlet hastanesinde görev yapanların 94 (%67,6)'sının Sağlık Bakanlığının yürütmekte olduğu Sağlıkta Dönüşüm Çalışması ile ilgili sorunların yaşandığını düşünürken, özel hastanede görev yapanların 59 (%79,7)'nin sorunlar yaşadıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.

Finansal yönetim açısından Sağlık Mevzuatı hakkında kişilerin sorun yaşama durumları incelenmiş ve 163 (%76,5) kişinin sorunlar yaşadığı, 50 (%23,5) kişinin herhangi bir sorun yaşamadığı ortaya çıkmıştır. Hastanelerin mülkiyetine göre değerlendirdiğimizde; devlet hastanesinde görev yapanların 102 (%73,4)'ün Sağlık Mevzuatı ile ilgili sorunların yaşandığını düşünürken, özel hastanede görev yapanların 61 (%82,4)'ün sorunlar yaşadıklarını düşündükleri tespit edilmiştir.

Hipotezlere ilişkin sonuçlara göre; kişilerin görev yaptığı sağlık tesisinin mali zorluklar yaşamasına ve buldukları görev açısından Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili sorun olma durumları karşılaştırılmış ve aralarında farklılık olduğu bulunmuştur. Bu durumda ilgili değişkenlerin kişilerin sorunlara bakış açısını etkilediği söylenebilir. İlgili hipotezler desteklenmiştir. Diğer değişkenler açısından aralarında farklılık olmadığı bulunmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Çalışması ile ilgili olarak kişilerin daha önce finansal görevi üstlenmesine göre, kurumda çalışma süresine göre ve yaşa göre aralarında farklılık olduğu bulunmuştur. Bu durumda ilgili değişkenlerin kişilerin sorunlara bakış açısını etkilediği söylenebilir. İlgili hipotezler desteklenmiştir. Diğer değişkenler açısından aralarında farklılık olmadığı bulunmuştur. Finansal yönetim açısından Sağlıkta Dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşma derecesi yönünden kişilerin daha önce finansal görevi üstlenmesine göre, finansal yönetim konusunda eğitim görme ihtiyacına göre farklılık olduğu tespit edilmiştir. İlgili hipotezler desteklenmiştir. Diğer değişkenler açısından aralarında farklılık olmadığı

bulunmuştur. Son olarak kişilerin finansal yönetim açısından sağlık mevzuatı ile ilgili sorunları görme açısından bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bütün hipotezler desteklenmiştir. Sonuç olarak değişkenlerin kişilerin sorunları görme üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Çalışma sonuçları dikkate alındığında; birtakım reform girişimleri sonucunda ortaya çıkan Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu sağlık uygulamalarına ilişkin yasal düzenlemeleri içeren Sağlık Mevzuatı ile ilgili sorunların orta ve yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bu reform çalışmaları konusunda sorun görme düzeyinin orta ve yüksek düzeyde olması bir takım yeni reform girişimlerinin yapılması zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Hem sosyal güvenlik alanında hem de sağlık finansmanı alanında köklü değişimleri beraberinde getiren Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile birlikte bireyler arasında sunulan sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanım konusunda ayrımcılığı sona erdirmek ile bütün bireylere eşit ve aynı kalitede sağlık hizmetlerinin sunulması amaçlanmaktadır. Ülkemizde 01.01.2018 tarihinde yürürlüğe konulan Genel Sağlık Sigortasının sağlık sisteminde olumlu ve olumsuz tarafları görülmüş olduğundan yıllarca tartışıla gelmiş reform girişimi olmuştur. Anketimizin ikinci bölümünde yer alan Genel Sağlık Sigortası ve SUT ile ilgili hazırlanan anket sonucuna göre “Genel Sağlık Sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği” maddesi devlet ve özel hastanelere göre en yüksek sağlık sorunu düzeyi olarak bulunmuştur. Bu noktada devletin sağlıklı politika ve araçların geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmaları iyileştirmesi konusunda bazı çalışmalar yapmalıdır. Öncelikle devlet ile özel sağlık hizmeti sunucuları arasında Genel Sağlık Sigortası tarafından ödenecek tüm sağlık bakım hizmetleri için hizmet satın alma sözleşmesi imzalanmıştır. Yine devletin sağlık politikalarının desteklenmesi konusunda sağlık bakım hizmetleri ödemelerine dayalı teşvik mekanizmalarını geliştirmiştir. Bunun yanında operasyonel faaliyetleri yürütecek bir Sağlık Bakım Hizmetleri Ödeme Birimi ile satın alınacak bakım hizmetleri ödemelerini izleyecek ve değerlendirecek bir Denetim Birimi ve İzleme Değerlendirme Sistemini oluşturmuştur. Ancak anket sonucuna göre hastanelerin yapılan bu çalışmaları yetersiz görmesi nedeniyle devletin bu çalışmaları iyileştirmek adına bir takım düzenlemelere gitmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Anketimizin üçüncü bölümünde yer alan Sağlıkta

Dönüşüm Çalışması ile ilgili hazırlanmış olan anket sonucuna baktığımızda en yüksek sağlık sorunları düzeyine ait maddenin “Sağlık tesisi yöneticiliğince kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.” maddesi tespit edilmiş olup yine kişilerin sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan çalışmaların sağlık hizmetlerinin amacına ulaşma derecesi hakkında verdiği cevapların sonucuna göre en yüksek maddenin “verimlilik”, bu maddeyi “sürdürülebilirlik” maddesi ile “sürekli kalite gelişimi” maddesi takip etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha iyi kaynak tahsisi ve bu kaynakları verimli kullanmayı sağlamak üzere kamu hastanelerine finansal ve yönetsel özerklik sağlanmıştır. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla yürürlüğe konulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programının ilkelerinden verimlilik ilkesi gereği, kıt olan kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürerek aynı kaynakla daha çok hizmetin üretilmesi istenmektedir. Yine sürdürülebilirlik ilkesi ile sağlık sistemimizin mevcuttaki kıt olan kaynakları ile uyumlu olacak şekilde kendini finanse etmesi ve sunulacak sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Son olarak sürekli kalite gelişimi ile sistemin sürekli olarak kendini değerlendirmesi ile hatalarından öğrenmeyi sağlamaya yönelik bir geri bildirim mekanizması oluşturulmuştur. Ancak elde edilen sonuçlardan SDP ile kaynakların kullanımı konusunda kamu hastanelerine finansal özerkliğin tanınması başarılı bir sonuç vermediği görülmüştür. Sağlık sistemine ayrılan kaynakların kullanılmasında en büyük pay sağlık kurumlarına aittir. Bu bağlamda sağlık kurumlarının sağlık sistemi içerisinde en büyük kaynak kullanım oranına sahip olması, kendilerine tahsis edilen kaynakları etkin ve verimli kullanmalarını zorunlu kılmaktadır. Sonuç olarak devletin bu noktada sağlık hizmetlerinin sunulması konusunda sağladıkları kaynakların verimli kullanılması için düzenleme yapması gerekmektedir. Günümüzde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar, kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmasını gerektirdiğinden sağlık kurumlarını kaynak kullanımında esnek bırakmamak denetim mekanizmasını devreye sokması gerekmektedir. Anketimizin dördüncü bölümünde yer alan sağlık mevzuatı ile ilgili hazırlanan anket sonucuna baktığımızda en yüksek sağlık sorunları düzeyine ait maddenin “Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi

sahibidirler” maddesi olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kurumları mevzuatı, sağlık kuruluşlarının hizmet sunum ve finansmanını, satın alma sürecini, çalışan sağlık personellerinin hak ve yükümlülüklerini, yine hizmet sunulan kişilerin hakları gibi birçok konudaki kanun, kanun hükmünde kararname, tüzük, yönetmelik, tebliğ ve yönerge gibi hukuki düzenlemeleri kapsamaktadır. Sağlık mevzuatı, hastanelerin hizmet sunumu noktasında önemli etkilere açık olduğu için hastane yöneticilerinin sağlık mevzuatına hakim olması gerekmektedir. Mevzuatın uygulamasından sorumlu olan sağlık yöneticileri yürürlükte olan mevzuatı takip etmeli, güncellenen mevzuata nasıl ulaşacağını ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanacağını çok iyi bilmelidirler. Özellikle 2003 yılından itibaren yürürlüğe konulan SDP’nin sağlık alanındaki birçok uygulamayı değiştirmesi ve yine birçok yeni yasal düzenleme getirdiğinden hastane yöneticilerinin hızla değişen mevzuata hakim olabilmelerinin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Bu noktada sağlık kurumları yöneticilerinin ellerindeki mevcut metnin güncel olup olmadığını sürekli kontrol etmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda hastane yöneticilerinin sağlık mevzuatı konusundaki bilgilerini sürekli güncel tutmaları önerilir. Mevzuat bilmeyi gerektiren bir meslek alanında çalışan personellerin de tıpkı sağlık yöneticileri gibi mevzuata hâkim olması gerekmektedir. Bu noktada çalışanların mevzuat konusunda bilgilerini güncel tutması ve hâkim olabilmeleri için birimler arasında eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir. Çalışanların birbirlerine mevzuatı anlatmaları bilgilerini pekiştirmesine ve daha çok mevzuata hâkim olmasını sağlayacaktır. Katılımcılara uygulanan anketin son bölümünde ise “ Size göre hastanenizin finansal yönetim yönünden en önemli üç sorunu nedir?” sorusuna verilen cevaplar ile uygulanan anketlerden çıkan sonuçlar birbirleriyle örtüşmektedir. Katılımcıların verdikleri cevaplardan temel sorunlar olarak; Sosyal Güvenlik Kurumunun ödemelerini süresinde yapmaması, SGK’nın SUT ile ilgili işlemlerinde mutabakatlarını mevzuata göre süresinde yapmaması, SUT’un takip edilememesi ve güncellenmemesi ile sağlık mevzuatının özel hastanelere ve çalışanlarına uygun hale getirilmemesi olarak belirtilmiştir.

Bir ülkenin sağlık sistemi, o ülkenin aktörleri tarafından oluşturulan ve yürürlüğe konulan sağlık politikalarınca şekillenmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay, devletlerin sağlık politikalarını belirleyen en önemli konular arasında yer almaktadır. Sağlık sistemlerinde finansman yapısının güçlülüğü ise, tüm toplumu

sürece dâhil etmesiyle mümkündür. Ortaya çıkan anket sonucundan mevcut uygulanmakta olan sağlık reformlarının (Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Genel Sağlık Sigortası) beklentiyi karşılamadığı ortaya çıkmıştır. Sağlıkta yeniden yapılanma arayışlarını zorunlu kılan en önemli nedenlerden biri de sürekli artış gösteren sağlık harcamalarıdır. Bu bağlamda artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak Sağlıkta Dönüşüm Programının bir diğer amacıdır. Ancak 2003 yılından itibaren uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sosyal güvenlik alanında yapılan reform ile sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlık harcamaları yıllara göre artış göstermiştir. Toplam sağlık harcaması, ülkede yapılan tüm kamu ve özel sağlık harcamalarının toplamını ifade etmektedir. TÜİK'e göre (2017) Türkiye'de 2000 yılında 8.248 milyon TL olan toplam sağlık harcaması 16 yılda yaklaşık 14.5 kat artarak 119.756 Milyon TL'ye ulaşmıştır. Sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranı açısından değerlendirildiğinde dönem ortalaması yaklaşık %5.1 olan oran, 2016 yılında %4.6 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başı sağlık harcamalarının 16 yılda yaklaşık 12 kat artarak 2016 yılında 1.524 TL'ye ulaştığı görülmektedir. OECD'ye göre (2017) AB ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2016 yılında %4.3 oranında gerçekleşmiştir. Bu oran aynı yıl Almanyada ve İsveçte %11.1, Fransada %11 oranıyla AB ülkeleri içerisinde, %17.2 ile ABD'de en yüksek seviyede gerçekleşmiştir. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamasının artmasına rağmen 2016 yılında 1.088 Dolar seviyesinde olduğu ve gelişmiş birçok ülkenin gerisinde olduğu dikkat çekmektedir. ABD'de kişi başına düşen sağlık harcamasının 9.892 dolar, Almanyada ise 5.551 Dolar seviyesinde olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, ortaya çıkan bu görüntü SDP'nin istenilen dönüşümü yaratmadığı sonucuna götürmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Reformunun tamamlayıcısı konumunda olan en önemli bileşeni ise Genel Sağlık Sigortasıdır. Genel Sağlık Sigortası ile birlikte toplumu oluşturan tüm bireyler arasında sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanım konusunda ayrımcılığın olmadığı, bütün vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır. Ancak ülkemizde halen belirli kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta esasına göre prim ödeme yükümlülüğü karşılığında yerine getirilecek olması sebebiyle kişiler yönünden eşitsizliklerin bütünüyle kaldırılması mümkün olamayacaktır. Ülkemizde sağlık güvencesi olmayan nüfusun

prim ödeyebilecek durumda olan büyük bölümü kırsal kesimdedir. Kırsal kesimden prim toplamaksa zor ve masraflı olacaktır. Anayasa önünde tüm vatandaşların eşit olduğu kabul edilen bir sistemde sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik uygulamaları bakımından toplumun değişik kesimlerine farklı standartlarda hizmet verilmesi sosyal adalet açısından kabul edilemez bir durumdur. Aylık geliri asgari ücretin üçte birinin üzerinde olan tüm vatandaşlar her ay prim ödemek zorundadırlar.

Genel Sağlık Sistemi üzerinde genel bir değerlendirme yapıldığında;sağlık hizmetlerini genel bütçeden finanse edecek, tüm vatandaşlara ücretsiz olarak sunan kapsayıcı bir modelden farklı olarak, prim ödeyenlerin belli standart sağlık hizmetlerinden yararlandığı, prim ödeyemeyecek durumda olan “yoksul” kesimlerin bu standart hizmetlerden yararlanabilmesi “sosyal yardım” sistemlerinin öngörüldüğü, sistemin sağladığı standart sağlık hizmetlerini aşan hizmet talebinde bulunanların da özel sağlık sigortalarına ve özel sağlık kuruluşlarına yönlendirildiği “liberal” bir sistem olduğu ortaya çıkmaktadır. Böylece bu modelin “toplumun tümünü kucaklama” ve “sağlık hizmetlerinden yararlanamayan kimseyi bırakmama” savı gerçekleşmemektedir.

Bu itibarla, ülkemiz sağlık sisteminin finansallığını sürdürebilmesi için ülke kaynaklarının boşa israf edilmemesi, kayıt dışı istihdamı ve sistemdeki kaçakları önleyici tedbirlerin alınması, tüm vatandaşları kapsayan, kişilerin fazladan para ödemek zorunda kalmadığı, prim ödemeye dayalı finansman şeklinin değil de genel bütçeye dayalı bir sosyal güvenlik sisteminin olduğu, devletlerin kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik denetimlerin yapıldığı, kamunun finansman yükünün ve finansman miktarının azaltılmasını sağlamak için özel sağlık sigortasının yaygınlaştırıldığı, devletin sağlıklı politika ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapması, mevzuatın uygulamasından sorumlu olan sağlık yöneticilerinin ve çalışanların yürürlükte olan mevzuatı çok iyi bilmeleri için eğitimlerin düzenleneceği bir sağlık sisteminin oluşturulması uygun olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

ABEL-SMITH, B. (1994), An Introduction to Health. Policy, Planning and Financing, Longman Group Limited, New York.

AKBOLAT, Mahmut., Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri, Erişim Tarihi: 20.08.2018, <http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/48358/46376/3_d%C3%BCnya_sa%C4%9Fl%C4%B1k_sistemlerine_genel_bir_bak%C4%B1%C5%9F_ve_uygulanm_akta_olan_sa%C4%9Fl%C4%B1k_sistemi_modelleri.pdf>

AKBULUT, Yasemin.; GÖKTAŞ, Bayram.; AĞIRBAŞ, İsmail.; UĞURLUOĞLU ALDOĞAN, Ece ve DOĞANAY PAYZINAR, Pınar. (2013), Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Yayın No: 1820, 1.Baskı, Eskişehir.

AKDUR, Recep. (2007), Sağlık Sektörü (Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum), Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No: 25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

AKTAN, Coşkun Can ve IŞIK, Abdülkadir, Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler, Erişim tarihi: 25.07.2018, <www.canaktan.org/ekonomi/sağlık>

ALTAY, Asuman. (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Sayı 64, İzmir.

APPLEBY, John. (1992), Financing Health Care in the 1990, Open University Press, Buckingham.

BARNUM, Howard. (1995), JoesphKutzın ve Helen Saxınan, "Incentivesand Provider Payment Methods", *IWorld Bank HRO tWorkingPapers*, HROWP 51, USA.

BAŞOL, Emel ve IŞIK, Abdülkadir. (2015), Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler, Social Science, Namık Kemal Üniversitesi, İİBF Maliye Bölümü, Tekirdağ, 2015.

BELEK, İlker. (2001), Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul.

ÇAMCI, Melahat. (2007), "Sağlık Yönetimi, Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

ÇİFTÇİ, Halil İbrahim, Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemleri ve Finansmanı, Erişim tarihi: 25.07.2018 <www.tusad.net>

DIXON, Anna; LANGENBRUNNER, Jack and MOSSIALOS, Elias. (2004), "Facing the Challenges of HealthCare", Josep Figueras et al (eds), *Health Systems in Transition: Learning From Experience*, European Observatory on HealthCare Systems Series.

DRORAND, David M. and PREKER, Alexander. (2002), Social Reinsurance A New Approach to Sustainable Community. Health Financing. Washington: The World Bank.

DUYUK, Gürkan. (2015), Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması, Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.

ERGÖR, Gül ve ÖZTEK, Zafer. (2000), Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi, Erişim Tarihi: 15.05.2018, <<http://www.un.org.tr/ana-sayfa/>>

EVANS, Robert G. (2002), Financing Health Care: Taxation and The Alternatives, Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras, J. Kutzin, (Eds.), Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham-Philadelphia: Open University Press.

FİŞEK, Gürhan; T. ÖZCAN, Şerife ve ŞUĞLE, M. Ali. (1998), Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, Cem Web Ofset Tesisleri, Ankara.

GETZEN, Thomas E. (1997), *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, New York: John Wiley&SonsInc.

GÖKBULUT, Rasim İlker, İşletme Bütçeleri, Erişim Tarihi: 20.08.2018, <[http://www.giv.org.tr/userfiles/files/%C4%B0%C5%9Fletme%20B%C3%BCt%C3%A7eleri%20\(Do%C3%A7.%20Dr.%20R.%20%C4%B0.%20G%C3%B6kbulut\).pdf](http://www.giv.org.tr/userfiles/files/%C4%B0%C5%9Fletme%20B%C3%BCt%C3%A7eleri%20(Do%C3%A7.%20Dr.%20R.%20%C4%B0.%20G%C3%B6kbulut).pdf)>

GÖRGÜN, Hülya. (2009), “Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri” Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.

GÜNAL, Nuran. (2015), Sağlık İşletmelerinde Finansal Risk Yönetimi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

GÜVERCİN, Ali; MİL, Halil İbrahim ve TARIM, Bülent. (2016), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Bartın Üniversitesi, İ.B.B.F Dergisi, Cilt 7, Sayı 13, Bartın.

HÜLÜR, Ünal. (2008), Sağlık Bakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, Erişim Tarihi: 15.05.2018, <<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/okulsagligi.pdf>>

İSTANBULLUOĞLU, Hakan; GÜLEÇ, Mahir ve OĞUR, Recai. (2010), Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, Dirim Tıp Gazetesi, Sayı 85, Ankara.

KAVUNCUBAŞI, Şahin. (2007), Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No:1778, 1.Baskı, Eskişehir.

KAYA, Neval. (2008), Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

KURTULMUŞ, Sevgi. (1998), Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

LANGENBRUNNER John and WILEY, Miriam. (2002), "Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries", *Hospital in a Changing Europe*, (der. Martin McKee, JudithHealy), Open UniversityPress, Buchingham.

MOSSIALOS, Eliasand DIXON, Anna. (2002), "Funding Health Care: An Introduction", Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Optionsfor Europe, Open UniversityPress, Buckingham – Philadelphia.

MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A. Kadir. (2005), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.

ORHANER, Emine. (2000), Türkiye’de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara.

ÖZ, Ece. (2008), Ulusal Hane halkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

ÖZÇATAL, Elif Özlem. (1999), "Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliği", Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

ÖZGÜLBAŞ, Nermin. (1995), Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

ÖZTÜRK, Azim. (1993), "Sağlık Sektöründe Özelleştirme: Devlet Hastaneleri Açısından Bir Değerlendirme", MPM Verimlilik Dergisi, Sayı 3, Ankara.

PINTO, Matildeand ANDERSSON, Bernt. (2001), *PayingHealth Çare Providers in the Caribbean*. Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization, Washington, D.C.

Roberts ve Arkadaşları. (2008), Sağlıkta Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, Erişim Tarihi: 25.05.2018.

RON, A.; ABEL-SMİTH, B. and TAMBURİ, C. (1990), Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach. Isted.Ceneva: ILO.

SALTIK, Ahmet, Sağlık Hukuku, Erişim Tarihi: 15.08.2018, <https://i1.wp.com/ahmetsaltik.net/arsiv/2016/10/Diderot_243_yil_obce.jpg>

SAVAŞTAYEN, Bengü. (2012), Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Denetimi ve Bir Uygulama Örneği, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

SAYIM, Ferhat. (2016), Kamu Hastanelerinde Muhasebe İltisatı Kurulan Faaliyetler ve Özel Hastane Karşılaştırması-Yalova Örneği, Yalova Üniversitesi, İ.İ.B.F. Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi, Sayı 16, Yalova.

SEÇİM, Hikmet. (1991), Hastane Yönetim ve Organizasyonu Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İşletme Fakültesi, Yayın No:252, İstanbul.

SERİN, İlhan. (2004), Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği, Kazancı Kitabevi, İstanbul.

SOMUNOĞLU, Sinem. (2012), “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi” Sağlık Kurumları Yönetimi-1 Derleyen: Mehtap Tatar, Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, Aylık İstatistik Bilgileri, Erişim tarihi: 20.06.2018 <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/aylik_istatistik_bilgileri>

SÖZEN, Cemil. (2003), Sağlık Yönetimi, Palme Yayıncılık, Ankara.

SUR, Haydar. Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, Erişim Tarihi: 23.04.2018, <<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>>

SÜLKÜ, Seher Nur. (2011), Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, Ankara.

ŞEN, Murat. (2010), Türkiye'de Sağlık Finansmanı ve Kamu Hastanelerinin Etkinlik Analizi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.

ŞENER, Olgun. (2005), Türkiye'de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

T.C. Anayasası. Türk Anayasa Hukuku Sitesi web sayfası, Erişim Tarihi: 25.07.2018, <http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2004), Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Erişim Tarihi: 23.04.2018 <<http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Görev ve Yetkiler, Erişim Tarihi: 15.08.2018, <<https://www.saglik.gov.tr/TR,11464/gorev-ve-yetkiler.html>>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Tarihi: 25.05.2018,<<https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Erişim Tarihi: 20.06.2018, <<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>>

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, Erişim Tarihi: 20.06.2018 <<http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,12454/hakkimizda.html>>

T.C.Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış (2007), T.C.Sağlık Bakanlığı-Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Yayın No:12, Ankara.

TALAKACI, Semanur. (2009), Sağlık İşletmelerinde Maliyetlerin Belirlenmesi, Özel Sektör ile Kamu Hastane İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

TEKİN, Fazıl. (1987), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı," Eskişehir Anadolu Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Eskişehir.

TEMEL, Türkan. (2003), Özel Hastaneler Sektör Profili, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul, 2003.

TENGİLİMOĞLU, Dilaver ve ÇALIK, Ç. (2000) Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Sayı 3, Ankara.

TOKAT, Mehmet. (1991), Hastanelerde Maliyet, Etkinlik ve Performans Analizi, Milli Produktivite Merkezi Yayınları, Ankara.

TOP, Mehmet ve TARCAN, Menderes. (2007), Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları), Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 9, Sayı 1, Ankara.

TTB. (2005), Genel Sağlık Sigortası, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Türk Diş Hekimleri Birliği, Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı ve Diş Sağlığı, Erişim Tarihi: 20.08.2018, <http://www.tdb.org.tr/cm/yon/say_ist.php?pid=41>

Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi, Erişim tarihi: 15.07.2018, <<https://www.tobb.org.tr/saglik/20171229-tss-genel-bakis-tr.pdf>>

UĞURLUOĞLU, Özgür; UĞURLUOĞLU ALDOĞAN, Ece; IŞIK, Oğuz ve AKBOĞA, Mahmut. (2013), Sağlık Kurumları Mevzuatı, Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Yayın No: 1817, 1.Baskı, Eskişehir.

World Bank, The Organization Delivery and Financing of Health Care in Brazil. Report, Washington, D.C.'dan aktaran Barnum, Hovvard; Kutzin, Joesph and Saxenian, Helen (March 1995), *Incentives and Provider Payment Methods*, World Bank Human Resources Development Operations Policy, HRO Working Papers, HROWP 51, 1993.

YALÇIN, Türkan ve YILDIRIM, Hüseyin. (2001), Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 40, (Çevrimiçi), Erişim Tarihi: 25.07.2018, <http://www.absaglik.com/hhy_saghizfin.pdf>

YAŞAR YENİMAHALLELİ, Gülbiye. (2007), ‘‘Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi’’, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.

YEĞİNBOY, Yasemin. (1992), “Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi ve Hastane İşletmeleri İçin Bir Model Önerisi”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir.

YEREBAKAN, Metin. (2000), Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin. (2007), Nasıl Bir Sağlık Reformu?, Ankara, Erişim Tarihi: 23.04.2018, <<http://www.absaglik.com/>>

YILDIRIM, Hüseyin, Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, AB Sağlık Araştırmaları Merkezi Derneği, Ankara, Erişim Tarihi: 25.07.2018,<<http://www.absaglik.com/sagreform.html>>

ZORLU, Erdal. (1996), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanmasında Özelleştirmenin Yeri”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir

EKLER

EK 1: Anket Formu

GEREÇLER

EK-1 Sağlık Sektöründe Faaliyet Gösteren Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma

Sayın Yetkili;

Bu çalışma, İstanbul Kültür Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme (MBA) Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi gereği olarak yapılmaktadır. Anketin amacı, kamu ve özel hastanelerin karşılaştığı finansal yönetim sorunlarının saptanmasıdır. Ankette yer alan kişisel yanıtlarınız hiçbir kişi veya kurumla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Anketteki bütün soruları samimiyetle cevaplamanız araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Zaman ayırıp çalışmaya bulunacağınız katkılarınızdan dolayı çok teşekkür ederim.

Araştırma Sorumlusu: Prof. Dr. Emine Müge ÇETİNER
Araştırma Sorumlusu: Eda ÖZEN

I.FORMU DOLDURAN HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek

Yaşınız () 25-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 () 61 ve üzeri

1-Hastanenin mülkiyeti nedir?

() Devlet Hastanesi () Özel Hastane

2-Kurumdaki üstlendiğiniz görev nedir?

() Hastane Müdürü () Başhekim
() Hastane Müdür Yardımcısı () Başhekim Yardımcısı
() İdari/Mali Hizmetler Müdürü () Finans Müdürü
() İdari /Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı () Muhasebe Müdürü
() Kurumlar Döner Sermaye Birim Müdürü () Diğer.....

3-Son bitirdiğiniz öğrenim düzeyiniz nedir?

() Doktora
() Yüksek Lisans
() Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu (Sağlık Yönetimi/Sağlık İdaresi/Sağlık Kurumları İşletmeciliği)
() Diğer Fakülte ve Yüksek Okullar (Lütfen Belirtiniz).....

4-Çalıştığınız kurumda kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....yıl

III. FİNANSAL YÖNETİM AÇISINDAN GENEL SAĞLIK SİGORTASI ve SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

12. Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Uygulama Tebliği ile ilgili olarak hastanenizin sorunlar yaşadığını düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

13. Cevabınız “Evet” ise yaşanan sorunların ne kadar önemli olduğunu verilen ölçeği dikkate alarak (X) işaretleyerek önem düzeyini değerlendiriniz.

Yaşanılan Sorunlar	Önem Derecesi				
	Çok Önemsiz	Önemsiz	Fikrim Yok	Önemli	Çok Önemli
Genel Sağlık Sigortası sağlık bakım hizmetleri ödemeleri için gerekli politikaların ve araçların geliştirilmesine yönelik çalışmaların yeterliliği					
Sağlık tesisine müracaat eden bireylerin tıbbi kayıtlarının korunmasına yönelik önlemlerin alınması					
Finansal yönetim açısından fatura kaçaklarının önlenmesine yönelik çalışmaların amacına ulaşılabilirliği					
Ulusal İlaç Bilgi Bankası veritabanının günümüz koşullarına uygunluğu					
Hastane Yönetim Bilgi Sistemini destekleyecek Enformasyon Sistemlerinin kurulmasına yönelik çalışmaların yeterliliği					
Temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sisteminden beklenen verimin alınması					
Finansal yönetim açısından Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca ödenecek miktarların sağlık hizmetlerini karşılayacak bir yapıda olması					
Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında olmayan SGK’lı hastaların tedavisine ilişkin işlemlerin faturalandırılması					
Hastane giderlerinin her yıl artış göstermesine rağmen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının artmaması					
Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarındaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtması					

IV. FİNANSAL YÖNETİM AÇISINDAN SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM ÇALIŞMALARI

14. Sağlık Bakanlığının yürütmekte olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ilgili olarak hastanenin sorunlar yaşadığını düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

15. Cevabınız “Evet” ise aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan seçeneklerden size uyan bir tanesini işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Emin Değilim	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Finansal Yönetim Açısından Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Hale Getirilmesi					
Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık kuruluşlarına getirilen sevk sistemi esasları, vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından dolayı etkin bir şekilde işlememektedir.					
Sağlık Hizmet Sunucularının SGK ile sözleşme imzalaması, hizmet sunucularına faydasından çok zararı olmaktadır.					
Sağlıkta Finansal Yönetimi destekleyen eğitim ve bilim kurumlarının kurulması, sağlıkta dönüşümde başarıyı yakalayamamıştır.					
Sağlık Tesisi Yöneticiliğince kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede esnek bırakılması sorunlar oluşmasına sebep olmaktadır.					

16. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yaptığınız çalışmalar göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinin amacına ulaşmasında yaşadığınız sorunların önem derecesini belirtiniz.

	Çok Önemsiz	Önemsiz	Fikrim Yok	Önemli	Çok Önemli
16.1. Etkililik					
16.2. Verimlilik					
16.3. Sürdürülebilirlik					
16.4. Sürekli Kalite Gelişimi					
16.5. Gönüllülük					
16.6. Hizmette Rekabet					

VI. FİNANSAL YÖNETİM AÇISINDAN SAĞLIK MEVZUATI

17. Günümüzde uygulanmakta olan Sağlık Mevzuatı ile ilgili olarak hastanenizin sorunlar yaşadığını düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

18. Cevabınız “Evet” ise aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan seçeneklerden size uyan bir tanesini işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Emin Değilim	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Sağlık mevzuatı, uzun süre ihtiyaca cevap verecek şekilde ve günün şartlarına göre yeniden düzenlendiğinde sorunlar çözülebilir.					
Sürekli değişen yönetim kadroları ve sağlık mevzuatları nedeniyle yeterince verim alınamamakta ve işin sahiplenilmesi istenilen düzeyde olmamaktadır.					
Günümüzde yürürlükte olan sağlık mevzuatının neleri içerdiği ve günlük uygulamalarda nasıl yararlanılacağı konusunda sağlık yöneticileri ve çalışanlar bilgi sahibidirler.					
Sektörde haksız rekabetin önüne geçilmesi için yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler yeterli düzeydedir					

SORU: Size göre hastanenizin Finansal yönetim yönünden en önemli üç sorunu nedir?

EK 2: Araştırma İzin Formları



T.C.
İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 59073312-302.08.01-E.201801-873
Konu : Anket Uygulaması Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitümüz İşletme Anabilim Dalı İşletme Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi 1600004222 no'lu Eda ÖZEN'nin Prof.Dr. Müge İŞERİ tarafından yürütülen Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında İlişkitedeki isimleri belirtilen İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Hastanelerde ekte belirttiği Anket Formu uygulamak istemektedir.

Gerekli izinlerinin sağlanması hususunun bilgilerinize sunarım.

İmza
Prof.Dr. Uğur YOZGAT
Enstitü Müdürü

Ek: Eda ÖZEN'nin Anket Formu

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR

09.01.2018

Ataköy Yerleşkesi, 34158 Bakırköy / İstanbul
Tel: (0212) 498 46 65 Santral: (0212) 498 41 41 Faks: (0212) 498 43 06
KEP: kulturuni@hs03.kep.tr
e-Posta: sosyal.bilimler@iku.edu.tr
www.iku.edu.tr

Bilgi için: Murat Aktaş
Enstitü Elemanı
e-Posta: m.aktas@iku.edu.tr

BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
İmzalayan: UğUR YOZGAT, imza tarihi: 9.1.2018 13:49:55
<https://unidoes.iku.edu.tr/EndUser/Validation?Code=c1332a0e80c4aa83>



T.C.
İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 59073312-302.08.01-E.201801-880
Konu : Tez Konusu Kararı Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Enstitümüz İşletme Tezli Yüksek Lisans programı 1600004222 nolu öğrencimiz Eda ÖZEN'nin Yönetim Kurulu Kararı ile belirlenen tez konusu kararı ilişiktedir.

Bu belge kendi isteği üzerine düzenlenmiştir.
Bilgilerinizi sunarım.

İmza
Prof.Dr. Uğur YOZGAT
Enstitü Müdürü

Ek: Eda ÖZEN'nin Tez Konusu Kararı

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR

09.01.2018

Ataköy Yerleşkesi, 34158 Bakırköy / İstanbul
Tel: (0212) 498 46 65 Santral: (0212) 498 41 41 Faks: (0212) 498 43 06
KEP: kulturuni@hs03.kep.tr
e-Posta: sosyal.bilimler@iku.edu.tr
www.iku.edu.tr

Bilgi için: Murat Aktaş
Enstitü Elemanı
e-Posta: m.aktas@iku.edu.tr

BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
İmzalayan: UĞUR YOZGAT, imza tarihi: 9.1.2018 13:50:36
<https://tnidocs.iku.edu.tr/EndUser/Validation?Code=4b6d75465f3acb4>



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
02/04/2018 13:33 - 16867222 - 604.01.01 - E.1069



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Eda ÖZEN'nin
Anket Uygulaması Hk.

İSTANBUL KÜLTÜR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sosyal Bilimler Enstitüsü)
(Ataköy Yerleşkesi, 34158 Bakırköy / İstanbul)

İlgi : a) 16/01/2018 tarihli ve 71211201-880 sayılı yazı
b) 16/01/2018 tarihli ve 71211201-873 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 1600004222 no'lu Eda ÖZEN'in "Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma" konulu tez çalışmasını, kurumumuza bağlı Bağcılar EAH, Bahçelievler Devlet Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon E.A.H, Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi, Bakırköy Dr.Sadi Konuk E.A.H, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. E.A.H ve Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ile ilgili hastanelerin cevabi yazıları ekte gönderilmekte olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini ve bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:

- Etik Kurul Onayı
1 - Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2- Bahçelievler Devlet Hastanesi

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK
Unvan: FİRMA
Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 846bb294-1a5b-422f-b78f-25b4b36da96a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

- 3- İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon E.A.H.
- 4- Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi
- 5- Bakırköy Dr.Sadi Konuk E.A.H.
- 6- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hast. E.A.H.
- 7- Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/Ist.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FIRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 846bb294-1a5b-422f-b78f-25b4b36da96a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL BAĒCILAR EĒİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ - İSTANBUL BAĒCILAR EĒİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ

02/02/2018 09:27 - 82998542 - 772.02 - E.1943



00061870725

Sayı : 82998542-772.02
Konu : Eda ÖZEN'in Anket Uygulaması

İSTANBUL İL SAĒLIK MÜDÜRLÜĒÜ
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

İlgi : 25.01.2018 tarihli ve 202 sayılı yazınız

Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Eda ÖZEN'in "Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması Etik Kurul onayının olmaması nedeniyle uygun görülmemiş olması hususunda;

Bilginize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Kenan AKGÖZ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Merkez Mah. Mimarşınan Cad. No: 6 Bağcılar/İSTANBUL

Faks No:(212) 440 42 42

e-Posta:n.ozelvidinlioglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim ve Staj Birimi Nurhayat
ÖZEL VİDİNLİOĒLU Tel: (212) 440 40 00/1187 Fax: (212) 440 42 42

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5a5c4a34-ba3b-40b3-94cb-cd0583f93c9e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nurhayat ÖZEL VİDİNLİOĒLU

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(212) 440 40 00/1187



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi

İSTANBUL BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ -
İSTANBUL BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ
08/02/2018 14:49 - 97010115 - 799 - E.882



Sayı : 97010115/799
Konu : Eda ÖZEN'nin
Anket Uygulaması

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 16/01/2018 tarihli ve 71211201-873 sayılı yazı
b) 16/01/2018 tarihli ve 71211201-880 sayılı yazı.

Hastanemizde İlgide kayıtlı yazı ile Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 1600004222 no'lu Eda ÖZEN'in "Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma" adlı çalışmanın kurumumuzda yapma talebi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Adnan DEVELİOĞLU
Başhekim

Dağıtım:
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
İstanbul Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı - 3

BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİ

Faks No:

e-Posta:selda.erdogan1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: selda.0102@hotmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a88c8db6-a3ef-42a3-a38f-ac20ffc1cf00 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Selda ERDOĞAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0212 496 70 00



İSTANBUL FİZİK TEDAVİ REHABİLİTASYON E. A. H. -
İSTANBUL FİZİK TEDAVİ REHABİLİTASYON E. A. H.
29/01/2018 16:24 - 71211201 - 604.99 - E.268



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 71211201-604.99
Konu : Eda ÖZEN'in
Anket Uygulaması Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 25.01.2018 tarihli ve E.202 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 1600004222 no'lu Eda ÖZEN'in "Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma" adlı çalışmayı kurumunuzda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.

Doç. Dr. Fatma Nur KESİKTAŞ
Başhekim (Yönetici)

İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kocasinan Mrk.Mh.Karadeniz Cad.No:48
Oval Bina D Blok Kat:3 Sicil Birimi
zeynep.besiktas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5116b53d-e194-4b77-ba94-b526020601f5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Lepra Deri Ve Zührevi Hastalıkları Hastanesi

İSTANBUL LEPRO DERMİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
HASTANESİ - İSTANBUL LEPRO DERMİ VE ZÜHREVİ
HASTALIKLARI HASTANESİ

29/01/2018 08:52 - 97903124 - 604 99 - E.212



Sayı : 97903124-604.99
Konu : Eda ÖZEN'nin
Anket Uygulaması

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi:25/01/2018 tarihli ve 16867222-604.99-202 sayılı yazımız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 1600004222 no'lu Eda ÖZEN'in "Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri Hastanelerde Bir Araştırma" adlı çalışmanın kurumumuzda yapma talebi Hastanemiz Başhemiliğince değerlendirilmiş olup, uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Mevlit YURTSEVEN
Başhekim

Zuhuratbaba Mah., Dr. Tevfik SAĞLAM Cad. No:26 Bakırköy/İstanbul

Faks No:

e-Posta:tugay.arслан@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Sicil Birimi Dahili:1119

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a9a9df1f-77c1-45da-8ca0-98da50e47401 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Tugay ARSLAN

Unvan:HİZMETLİ

Telefon No:0212 570 10 26



İSTANBUL BAKIRKÖY DR.SADI KONUK E.A.H. -
İSTANBUL BAKIRKÖY DR.SADI KONUK E.A.H.
01/02/2018 14:10 - 71211201 - 771 - E.2308



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 71211201-771
Konu : Eda ÖZEN'nin Anket Uygulaması
hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İlgi: 30.01.2018 tarih ve E.42 sayılı yazısı

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 1600004222 no'lu Eda ÖZEN'in "**Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma**" başlıklı çalışması, hastanemizin yoğunluğu ve kurumumuzda benzer çalışmaların sürdürülmekte olduğu nedeniyle Yöneticiliğimizce uygun görülmemiş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Yard.Doç.Dr. Mehmet Emin GÜNEŞ
Başhekim.

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No:11 Bakırköy/İSTANBUL
Bilgi: İstanbul Valiliği, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Hizmet İçi Eğitim Birimi - Hakan AKALAN 0212 414 71 71/ 7502
(hakan.akalan@saglik.gov.tr)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4318d203-a623-4029-b1e0-58ba9a327792 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve
Araştırma Hastanesi

İSTANBUL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH
SAĞLIĞI VE SINIR HAST. E.A.H. - İSTANBUL BAKIRKÖY
PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SINIR
HAST. E.A.H.
27/03/2018 15:42 - 71211201 - 806 01 03 - E.11300
00065603215



Sayı : 71211201-806.01.03
Konu : Bilimsel Araştırma İzni

Sayın Eda ÖZEN
İstanbul Kültür Üniversitesi

İlgi : 22/02/2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz ve sunmuş olduğunuz bilimsel araştırma dosyanızın değerlendirilmesi neticesinde; "Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma" başlıklı bilimsel araştırmanızı hastanemizde uygulamanızda bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize rica olunur.

e-imzalıdır.
Doç.Dr. Murat ERKIRAN
Başhekim

Zuhuratbaba Mh. Dr. Tevfik Sağlam Cd. No:25/2 Bakırköy İstanbul
Faks No:02124091590

e-Posta:ayse.ersoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ayseerso@bakirkoyruhsinir.gov.tr
02124091515\2505

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6acc8d77-4589-4e13-b3b1-cde182141d21 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Ayşe ERSÖZ
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02124091515\2505



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İstanbul Esenler Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

İSTANBUL ESENLER KADIN DOĞUM VE ÇOCUK
HASTALIKLARI HASTANESİ - İSTANBUL ESENLER
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
22/02/2018 11:15 - 64376970 - 799 - E.676



Sayı : 64376970/799
Konu : Eda ÖZEN'nin
Anket Uygulaması Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ)

İlgi : 25/01/2018 tarihli ve 16867222-604.99-202 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazı ile Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi 1600004222 no'lu Eda ÖZEN'in "Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma" adlı çalışmanın kurumumuzda yapma talebi iletilmiştir.Söz konusu araştırmanın kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr. Saide ERTÜRK
Başhekimim

Havalanı mah. Taşocağı cad. No: 19 Esenler /Atışalanı

Faks No:0212 629 13 03

e-Posta:berna.aybek@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Berna DURU 4403900-2149

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 63f393ae-3257-4f0e-ab68-7637af282d8a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Berna DURU

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0212 440 39 00 /2149

BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/110

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	23.02.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23.02.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU	23.02.2018	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	YOK				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-04-17		Tarih: 26.02.2018				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz.Dr.Gülsüm Oya Hergünel

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Uz.Dr.Gülsüm Oya HERGÜNEL	Anestezi ve Reanimasyon	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç.Dr.Sadık Sami HATİPOĞLU	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	BEAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç.Dr.Meltem Vural	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Doç.Dr.Asuman GEDİKBAŞI	Biyokimya	BEAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Prof.Dr.Ufuk EMEKLİ	Plastik, Rek. Ve Estetik Cerrahi	I.Ü.Ist. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Uz.Dr.Gülşay ÖZGÖN	Farmakolog	Nesiller Genetik	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Uz.Dr.Kaya Sami NİZAMOĞLU	Halk Sağlığı	Ist. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Emre Şahin	Biyomedikal Mühendisliği	Ist. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Özkan TÜM	Hukuk	Ist. Sağ. Müd.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>
Cengiz KIZILABDULLAH	Biyoloji	Diatest Sağlık Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[İmza]</i>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: **Uz.Dr.Gülsüm Oya Hergünel**
İmza: *[İmza]*

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kamu ve Özel Sağlık Kuruluşlarının Karşılaştığı Finansal Sorunların Tespiti ve Sorunlara Çözüm Önerileri: Hastanelerde Bir Araştırma
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/110

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	BAKIRKÖY DR. SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Zuhuratbaba Mh. Tevfik Sağlam Cd. No:11 Bakırköy İstanbul
	TELEFON	(0212) 414 74 04
	FAKS	(0212) 414 74 04
	E-POSTA	nurten.aydemir@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Emine Müge Çetiner,Eda Özen			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İşletme			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Kültür Üniversitesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	Yok			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz Tanımlayıcı Çalışma				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uz.Dr.Gülsüm Oya Hergünel
İmza:

Gülsüm Oya Hergünel

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.