



T. C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE TÜRKİYE’DEKİ
HASTANELERİN FİNANSAL PERFORMANSININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sinem KABAK

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mustafa YURTTADUR

Bandırma 2025

T. C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE TÜRKİYE’DEKİ
HASTANELERİN FİNANSAL PERFORMANSININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sinem KABAK

Yüksek Lisans Tezi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mustafa YURTTADUR

Bandırma 2025



T.C.

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Bu çalışma 23.06.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

(23.06.2025)

Sinem KABAK

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tez dönemim boyunca desteğini benden esirgemeyen, kıymetli bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşarak beni her zaman motive eden çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Mustafa YURTTADUR’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli katkılarıyla beni destekleyen Sağlık Yönetimi bölüm hocalarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman yanımda olmakla birlikte sonsuz sevgi ve destekleri için sevgili ailemin biricik üyeleri annem, babam ve başta dedem Abdullah KABAK olmak üzere çok sevgili aile büyüklerime, canım arkadaşlarıma ve her zaman olduğu gibi tez yazma sürecinde de yanımda olarak bana güç veren sevgili kız kardeşim Sevim KABAK’a en kıymetli teşekkürlerimi iletiyorum.

Sinem KABAK

Bandırma, 2025

ÖZET

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE TÜRKİYE'DEKİ HASTANELERİN FİNANSAL PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmada, COVID-19 pandemisinde Türkiye'deki hastanelerin finansal performansları analiz edilerek, hastane yöneticilerine yol gösterici öneriler sunulması ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda 2019-2023 yılları arasındaki Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankasının internet sayfasında yayınladığı Q-861 Hastane Hizmetleri'ne ait finansal tablo verileri; yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerden elde edilen bulgulara göre; pandemi döneminde hastanelerin gelirlerinin ve giderlerinin arttığı, hastanelerin kısa vadeli borçlarına bağımlılığının yüksek olduğu, hastanelerde cari oranın beklenenin altında seyrettiği, hastanelerin stoklarını etkin yönetemediği, hastanelerin 2020 yılında nakit akışlarında problemler yaşayarak alacaklarının tahsil süresinin diğer yıllardan daha yüksek olduğu, pandemi döneminde hastanelerin brüt kâr marjında artış yaşandığı, faaliyet kâr marjının 2020-2021 dönemlerinde yükseldiği ve pandemide hastanelerin net kâr marjında artış yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, Finansal Analiz, Finansal Performans, Finansal Yönetim, Hastane

ABSTRACT

EVALUATION OF THE FINANCIAL PERFORMANCE OF HOSPITALS IN TURKEY DURING THE COVID-19 PANDEMIC

In this study, the financial performance of hospitals in Turkey during the COVID-19 pandemic is analyzed with the aim of providing guiding recommendations to hospital administrators and contributing to the literature. For this purpose, the financial statement data of Q-861 Hospital Services published on the official website of the Central Bank of the Republic of Turkey for the years 2019–2023 were evaluated using horizontal analysis, vertical analysis, trend analysis, and ratio analysis. According to the findings obtained from the analyses, it was concluded that hospital revenues and expenses increased during the pandemic period, hospitals had a high dependency on short-term liabilities, the current ratio of hospitals remained below the expected level, hospitals were not able to manage their inventories effectively, hospitals experienced cash flow problems in 2020, resulting in longer collection periods for receivables compared to other years, gross profit margins increased during the pandemic period, operating profit margins rose during 2020–2021, and net profit margins also increased throughout the pandemic.

Keywords: COVID-19, Financial Analysis, Financial Management, Financial Performance, Hospital.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BEYAN	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Dünyada Sağlıkın Tarihsel Gelişimi	3
2.2. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi	3
2.2.1. Eski Çağlarda Hastaneler	5
2.2.2. Modern Dönemlerde Hastaneler	7
2.2.3. Türkiye’de Cumhuriyet Öncesi Dönemde Hastaneler	8
2.2.4. Türkiye’de Cumhuriyet Sonrası Dönemde Hastaneler	10
2.3. Hastanelerin Tanımı, İşlevi ve Sınıflandırılması	12
2.3.1. Hastanelerin Amaçları	16
2.3.2. Hastanelerin Özellikleri	20
2.3.3. Hastanelerin Fonksiyonları	27
2.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması	39
2.4. Hastanelerin Yönetimi	41
2.5. Sağlık Sistemi	43
2.5.1. Sağlık Sistemlerinin Fonksiyonları ve Amaçları	44
2.5.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	48
2.6. Pandemi	49
2.6.1. COVID-19 Öncesi Salgınların Tarihi	50
2.7. COVID-19	56
2.7.1. COVID-19’un Sosyal Etkileri	57
2.7.2. COVID-19’un Psikolojik Etkileri	59
2.7.3. COVID-19’un Ekonomik Etkileri	60

2.7.4. COVID-19'un Finansal Etkileri	61
2.8. Sağlık Finansmanı	63
2.8.1. Sağlık Finansman Yöntemleri	64
2.8.2. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı	67
2.9. Sağlık Sektöründe Finansal Performans	68
2.10. Sağlık Sektöründe Finansal Sürdürülebilirlik	70
3. GEREÇ VE YÖNTEM	72
3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı	72
3.2. Araştırmanın Önemi	72
3.3. Verilerin Kapsamı	72
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	73
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	73
3.6. Verilerin Analizi	73
3.6.1. Oran Analizi	73
3.6.2. Yatay Analiz	80
3.6.3. Dikey Analiz	81
3.6.4. Trend Analizi	81
3.7. Literatür Taraması	81
4. BULGULAR	89
5. TARTIŞMA	128
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	133
7. KAYNAKLAR	140
8. ÖZGEÇMİŞ	156

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Yatay Analiz Bilanço Sonuçları	89
Tablo 4.2. Yatay Analiz Gelir Tablosu Sonuçları	92
Tablo 4.3. Toplam Pay İçerisinden Hesaplanan Dikey Analiz Bilanço Sonuçları	94
Tablo 4.4. Grup İçerisinden Hesaplanan Dikey Analiz Bilanço Sonuçları	95
Tablo 4.5. Dikey Analiz Gelir Tablosu Sonuçları	98

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 4.1. Kısa vadeli yabancı kaynaklar ve dönen varlıklar trend analizi sonuçları	99
Şekil 4.2. Duran varlıklar ve dönen varlıklar trend analizi sonuçları	100
Şekil 4.3. Kısa vadeli yabancı kaynaklar ve öz sermaye trend analizi sonuçları	101
Şekil 4.4. Net satışlar ve stoklar trend analizi sonuçları	102
Şekil 4.5. Net satışlar ve ticari alacaklar trend analizi sonuçları	103
Şekil 4.6. Net satışlar ve satışların maliyeti trend analizi sonuçları	104
Şekil 4.7. Brüt satışların kâr/zararı ve faaliyet kâr/zararı trend analizi sonuçları	105
Şekil 4.8. Faaliyet kâr/zararı ve dönem net kâr/zararı trend analizi sonuçları	106
Şekil 4.9. Cari oran sonuçları	107
Şekil 4.10. Asit-test oran sonuçları	108
Şekil 4.11. Nakit oran sonuçları	109
Şekil 4.12. Borç oran sonuçları	110
Şekil 4.13. Toplam borçların öz sermayeye oranı sonuçları	111
Şekil 4.14. Kısa vadeli borçların ağırlığı oranı sonuçları	112
Şekil 4.15. Uzun vadeli borçların ağırlığı oranı sonuçları	113
Şekil 4.16. Maddi duran varlıkların uzun vadeli borçlara ağırlığı oranı sonuçları	115
Şekil 4.17. Stok devir süresi ve stok devir hızı oranlarının sonuçları	116

Şekil 4.18. Alacak devir hızı ve alacak devir süresi oranlarının sonuçları	117
Şekil 4.19. Maddi duran varlıkların devir hızı oranı sonuçları	118
Şekil 4.20. Faiz karşılama oranı sonuçları	119
Şekil 4.21. Aktif devir hızı oranı sonuçları	120
Şekil 4.22. Brüt kâr marjı oranı sonuçları	121
Şekil 4.23. Faaliyet kâr marjı oranı sonuçları	123
Şekil 4.24. Net kâr marjı oranı sonuçları	124
Şekil 4.25. Aktif kârlılık oranı sonuçları	125
Şekil 4.26. Öz sermaye kârlılık oranı sonuçları	126

KISALTMALAR LİSTESİ

AIDS : Acquired Immunodeficiency Syndrome

ARGE : Araştırma ve Geliştirme

COVID : Yeni Koronavirüs Hastalığı

GSS : Genel Sağlık Sigortası

GSYH : Gayrisafi Yurt İçi Hasıla

HDI : Human Development Index

HES : Hayat Eve Sığar

HIV : Human Immunodeficiency Virus

MERS : Middle East Respiratory Syndrome

OECD : Organisation for Economic Cooperation and
Development

SARS : Severe Acute Respiratory Syndrome

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

1. GİRİŞ

2019 yılında Çin'e bağlı Hubei eyaletindeki Wuhan kentinde sebebi belli olmayan bir şekilde zatürre salgını ortaya çıkmıştır. Daha sonraları adı SARS-CoV-2 koyulan virüsün dünya genelinde yayılım göstermesi sebebiyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2020 yılı mart ayında bu salgının pandemi boyutuna geldiği bildirilmiştir. Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) pandemisi, dünya genelinde ölümlerin yaşanması, ekonomik zorluklar ve artan yoksulluk gibi birçok olumsuz durumu beraberinde getirmiştir (Ciotti ve ark., 2020: 365). COVID-19 hastalığının beklenmedik biçimde ortaya çıkışı ekonomik anlamda karmaşık olaylar zincirini beraberinde getirmiştir (Estrada, Koutronas ve Lee, 2021: 20).

COVID-19'un dünya geneline yayılım göstermesiyle çoğu sektör finansal ve ekonomik anlamda COVID-19'un olumsuz etkilerine maruz kalmıştır. Ancak sağlık temelli bir kriz olması sebebiyle çoğu sektöre göre sağlık sektörü daha fazla olumsuz etkiye maruz kalmıştır. COVID-19 salgınında dünya genelinde, hastanelere ve yoğun bakım ünitelerine talebin hızla artması sağlık sistemleri üzerinde benzeri görülmemiş bir baskıyı beraberinde getirmiştir. Ülkeler için hastanelerin sağlık ihtiyaçlarını (yatay, personel, ekipman) karşılamak öncelik haline gelmiştir (Rees ve ark., 2020: 1). COVID-19 salgınında hastaneler ve diğer sağlık tesisleri sınırlı kaynakları ile benzeri görülmemiş hasta sayılarına hazırlıksız yakalanmıştır ve hastanelerin salgın dönemini yönetmeleri için birçok strateji geliştirmesi gerekmiştir (Kim ve ark., 2020: 842).

Salgın hastalıklar gibi kriz dönemlerinde sağlığa olan talebin artmasıyla hastanelerin daha fazla hizmet sunumu gerçekleştirmesi gerekmektedir. Hastanelerin geçmiş, şimdiki zaman ve gelecekte oluşabilecek finansal durumları hakkında bilgi sahibi olmaları sağlık hizmeti sunumunu kesintisiz gerçekleştirmeleri için gereklidir. Bu nedenle hastanelerin düzenli aralıklarla finansal durumlarını tespit ederek raporlamaları gerekmektedir. Özellikle olağanüstü sayılan afet ve pandemi benzeri halk sağlığı üzerinde tehlike oluşturan olaylarda bu raporlamaların gerekliliği önemini arttırmaktadır.

Hastanelerin finansal durumlarını iyileştirmeleri daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmelerine olanak sağlamaktadır. Bu sebeple pandemi gibi sağlık hizmetine olan talebi arttıracak olağanüstü durumlar için hastanelerin finansal açıdan

ne durumda olduğunun analiz edilmesi gerekmektedir. Bundan yola çıkarak bu çalışmada COVID-19 pandemisinde Türkiye’deki hastanelerin finansal performansı incelenerek gelecekte oluşabilecek kriz dönemleri için hastane yöneticilerine yol gösterici öneriler geliştirmesi ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Çalışmanın ilk bölümünde hastanelerin yönetimi, amaçları ve işlevleri, sağlık sistemleri, dünya genelinde daha önce yaşanan salgın hastalıklar, COVID-19 pandemisi ve buna bağlı sosyal, psikolojik, ekonomik ve finansal etkiler açıklanmış, sağlık sektörünün ve hastanelerin yapısının daha iyi anlaşılarak COVID-19 pandemisinin finansal açıdan hastaneler üzerindeki etkisinin ne seviyelerde olduğu aktarılmaya çalışılmıştır.

Çalışmanın devamında çalışmanın amacı, çalışmanın önemi ve verilerin kapsamına yer verilmiştir. Araştırmanın analizleri olan yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizi açıklanmıştır. Çalışmada kullanılan analizlerden olan oran analizinin içerisinde yer alan oranlar ayrıca incelenmiştir. Söz konusu oranlar belirlenirken literatürde hastanelerin finansal performansı için sıklıkla tercih edilen oranlara bağlı kalınmıştır.

Çalışmanın son bölümünde ise çalışma bağlamında kullanılan analizlerin sonuçlarına yer verilmiş, analizlerden elde edilen bulgular yorumlanarak ayrıntılı olarak sunulmuştur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada Sağlığın Tarihsel Gelişimi

Dünyada sağlık hizmetleri, tıbbın var olması ve gelişmesiyle yani insanlığın yaşamı ile başlamıştır. İnsanlar hayatlarının başlaması ile birlikte sağlıklarını korumak zorunda kalmışlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 127). İnsanlar hayatta kalabilmek adına, doğada yaşamaları ve hayatlarını doğa ile iç içe sürdürmeleri sonucunda karşılaştıkları tehlikelerden korunmak için çeşitli yollara başvurmuşlardır. Bu bağlamda doğada bulunan kaynakları kullanmış, bu kaynaklar aracılığıyla çeşitli yara ve hastalıklardan kurtulmaya çabalamışlardır (Güntöre, 2005: 1). Tarih öncesi dönem ile ilgili yapılan çalışmalarda insanların tedavi amacıyla çeşitli bitkilerden yararlandığı ve bazı kemik hastalıklarının ve fraktürlerin (kırıkların) tespiti için ilkel tekniklerin varlığı ile ilgili birçok bilgiye erişilmiştir (Nasuhioğlu, 1974: 10). Elde edilen bilgiler göz önüne alındığında eski uygarlıklarda hastaların iyileşmek için büyü, sihir ve dini bilgilerden yardım aldığı görülmektedir. Kısaca ilk hastanelerin dinsel kurumlar olduğu söylenebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 128). İnsan sağlığı, tarih öncesi dönemden günümüz bilgi çağına kadarki sürede, bilinmezlik nedeniyle doğaüstü atfedilen sebep ve yöntemlerden günümüz bilimsel yöntemlerine doğru bir gelişim yaşamıştır. Eskiden belli din ve topluluk kurumlarının ihtiyaç sahiplerine yönelik açtığı sağlık kurumları, günümüzde daha kapsayıcı toplumsal ve sosyal görevler üstlenerek toplum sağlığı adına çalışmalar yürütmektedir.

2.2. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi

Bireylere şifa veren kişilerin ortaya çıkmasıyla birlikte, şifacıların da şifa dağıttıkları mekanlar oluşmuştur. Bu sebeple sağlık kuruluşlarının varlığı çok eskiye dayanmaktadır (Songur ve Saygın, 2014: 199). Farsça kökenli olan “hastane” sözcüğü, hastaların yatırılıp tedavilerinin uygulandığı mekân anlamına gelmektedir. Hastaların tedavi edilmesi ise Mezopotamya uygarlığına kadar dayanmaktadır. Bu dönemde uygulanan tedaviler daha çok din ve büyüler ile iç içe geçmiş şekildedir. İlk hastanenin tıp biliminin kurucusu olan Hipokrates döneminde M.Ö. 5. yüzyılda kurulduğu düşünülmektedir. Tıp alanındaki gelişmeler Yunan uygarlığıyla beraber başlamış, Helenistik dönem ve sonrasında Roma uygarlığı sayesinde batı dünyasında gelişmiştir. Hastanelerin doğudaki gelişimi ise İslam uygarlıklarının kendi içlerinde ilerlemiştir.

Kısaca hastaneler doğu ve batı dünyasında, Hristiyan ve İslam devletlerinde farklı şekillerde gelişim göstermiştir (Çapan, 2002: 5). Günümüzde var olan sağlık kuruluşlarının tarihi ise 14. ve 15. yüzyıla dayanmaktadır. Ayrıca tıbbi ve teknolojik gelişmeler sağlık kuruluşlarının yaşadığı değişimleri etkilemektedir (Songur ve Saygın, 2014: 199). Antik dönemlerde kurulan hastaneler yalnızca ihtiyaç sahiplerine yardım görevi üstlenmişken bilgi çağına gelindiğinde hastanelerin işleyişinde ve amaçlarında değişimler söz konusu olmuştur. 20. yüzyılın sonlarında sağlık hizmetlerinde yaşanan teknolojik ilerlemeler ile bakteriyoloji, tıbbi teknikler, laboratuvar teknikleri vb. alanlarda gelişmeler meydana gelmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sistem ve model değişikliğine uğraması sağlık kurumu yönetiminde önemli değişim ve gelişimlerin yaşanmasını sağlamıştır (Gupta, 1995: 31). Hastaneler, günümüze bakıldığında toplum içerisindeki yeriyle birlikte değerini arttırarak korumaktadır. Bunun yanında hastaneler, amaçlarının en temelinde yer alan tedavi hizmetinin yanı sıra eğitim, araştırma ve tüm sağlık hizmetlerini de sunmaktadır (Ağırbaş, 2016: 16).

Hastaneler, sağlık hizmeti sunucuları ve tüketicileri ile devamlı temas kuran sağlık kuruluşlarıdır. Bu bağlamda sağlık hizmetinin kalitesini belirlemede hastanelerin bilgi sermayesi ve sahip olduğu tıbbi imkanlar oldukça önemlidir. Bu sebeple hastanelerin gelişimi ile sağlık hizmetleri ve tıbbi uygulamaların gelişimi arasında bir bağlantı olduğunu belirtmek doğru olacaktır. Sağlık hizmetleri ve tıbbi uygulamaların tarihi, insanlık tarihi kadar eskilere dayanmakla beraber insanların gelişimi ve yaşantısı ile paralel gelişmeler göstermiştir. Tıbbi uygulamaların gelişimi ile hastaneler arasında olan bu bağlantının etkisi göz önüne alındığında hastanelerin insan yaşamı ile etkileşimli gelişmeler gösterdiği görüşü yanlış olmayacaktır (Aslan ve Erdem, 2017: 8). Günümüzde hastaneler, sağlık hizmetinin temel yapı taşı olarak görülmektedir. Sağlık hizmeti denildiğinde çoğu kişinin aklına hastaneler gelmektedir. Ülkelerin sağlık sorunlarının çözümünde hastaneler büyük bir öneme sahiptir. Bu sebeple ülkelerin sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu hastanelerde gerçekleşmektedir (Soyer, 1995: 95). Yukarıda bahsedildiği üzere hastanelerin toplum ve insan hayatındaki önemi sebebiyle konuyu daha iyi ele almak adına hastanelerin tarihsel gelişimini başlıklar altında detaylandırmak gerektiği düşünülmektedir.

2.2.1. Eski Çağlarda Hastaneler

Bu dönemlerde hastalık bilimsellikten uzaktır. Eski çağlarda hastalık daha çok felsefi ve dini açılarla ele alınmış ve hastalıklar zamanla anlaşarak daha rasyonel tedaviler ortaya çıkmıştır (Allman, 2015: 10). Kısaca bu dönemlerde hastalıkların din ve felsefi bakış ile ele alınmasıyla başlayan sağlık anlayışı sonralarında daha gerçekçi tedaviler ortaya çıkarmıştır.

Orta Çağ'da hastane kavramı Latince misafirhane anlamında kullanılmaktadır. Bazı hastaneler hastalara ufak tedavi yöntemleri sunmakta ve bunun dışında yolculara, toplumdan dışlananlara, yoksullara yiyecek ve kalacak yer sağlamakta olan dini kurumlardır (Kelly, 2009: 30). Roma döneminde hastaneler "iatreion" ismi verilen dispanser tarzındaki kurumlar şeklinde hizmet vermekteydi (Hamarnah, 1962: 378).

Orta Çağ'da beden ve ruh kavramlarının bağlantılı olduğu ve karşılıklı olarak birbirlerinden etkilendiği düşüncesi hakimdi. Bu düşünceden yola çıkılarak hastaneler, din ve kilise ile maddi manevi bağlarını bu dönemde korumaya devam etmiştir. Ayrıca itiraf kutsallığı, ruhları günahlarından arındırdığı için hekimler itirafta bulunmayan hastaları tedavi etmeyi reddetmişlerdir. Bu dönemde hastaneler manastırlardan esinlendikleri için, hastalardan bazen manastır kurallarına uymaları istenmiş ve hastanelerin mimari yapısının da dini bağımlılığa uyması beklenmiştir (Buklijaš, 2008: 152). Bu sebeple Avrupa'nın önde gelen hastanelerinden olan Florentine Santa Maria della Nuova'nın zemini uzun ekseni erkek koğuşu, kısa ekseni ise kadın koğuşu olarak haç şeklinde dizayn edilmiştir. Hastanenin manastıra benzeyen iç kısımlarında İncil motifli Frenkler ve Hristiyan ikonografisiyle süslenmiş sunaklar yer almaktadır (Park ve Henderson, 1991: 168). Tıp bilimi insanlık tarihi kadar eskiye dayanmakla birlikte, sağlık kurumlarının kurumsallaşmış bir yapı olarak yerini alması belirli bir sosyal düzenin oturmasıyla birlikte olmuştur. İlkel dinlerde sağlık hizmetini sunan kişiler büyücüler ve din adamlarıydı. Hastanelerin bakımıyla ilgilenen kişiler ise bu bakımı tapınaklarda verirlerdi (Çapan, 2002: 7). Bu dönemlerde hekimlik, günümüzdeki şekilde eğitim alınarak kazanılan bir durum değildi. Babadan oğula tıbbi bilgiler ve deneyimler aktararak veya tıbbi bilgilere ilgi duyan bireyler (etraflarında bulunan bitkilerle tedavi denemeleri yapan kişiler) sayesinde gelişim göstermekte ve icra edilmekteydi (Turner, 2007: 82-95).

M.Ö. 6. yüzyılda ilk hastanelerin inşası Buda inanışı çerçevesinde gelişmiştir (Güntöre, 2005: 3-7). Geçmiş dönemlerde tıbbi ilimleri öğrenmek isteyen bireyler doktorlarla birlikte kalmakta, onların yanında yaşayarak tıp alanında eğitilmekteydiler. Ancak ilerleyen süreçlerde hastalıkların çoğalması ve yaygınlaşması ile hastaların bir arada tutulmasını sağlayan yapı veya kurumlara ihtiyaç duyulmuştur (Foucault, 2021: 23-46). Ortaya çıkan ihtiyaç doğrultusunda İlk Çağ'da kurulan sağlık hizmeti veren kurumlardan ilki olan Asklepion, tıbbi öğreti edinilen eğitim kurumu olmanın yanında tedavi edici hizmetler için hastane olarak kullanılan bir yapı olarak hizmet vermiştir. Ayrıca bu kurumun bünyesinde Hipokrat ve Bergamalı Galen gibi tıp biliminin önde gelen isimleri eğitim almış ve kendilerini geliştirmişlerdir (Doğan ve Sezgin, 2012: 271).

Epidauros'taki Asklepion tapınağında şifa dağıtan ilahlardan yardım talep edenler için tedavi amaçlı yatak hizmeti veren bölümler mevcuttu. Antik Yunan doktorlarının özel tedavi ve cerrahi girişimlerini gerçekleştirdikleri "iatreia" isminde odaları bulunmaktaydı (Çapan, 2002: 7). Asklepion eski Yunanlarda tarih tanrısının ismidir. Asklepionlar ise Asklepion adına yapılmış olan tapınakların ismidir. Bergama, Asklepionlar içinde en önemlilerinden birisidir. Bergamalı Galen, M.Ö. 216-129 seneleri arasında yaşamış bir hekimdir. Ayrıca Galen, Bergama Asklepion'u ismi ile özdeşleşmiş bir kişidir. Ortaya koymuş olduğu eserler batı tıbbi açısından Rönesans'a kadar etkisini sürdürmüştür (Kuşkonmaz, 2016: 147).

Tıp ve eczacılığın simgesi olarak kullanılan yılanı ilk olarak Asklepion'da rastlanılmıştır. Psikoterapi, ilk afyon ilaçları, müzik ve çamur tedavisi, dinlendirici terapi, öğüt verme gibi yöntemlerin Asklepion döneminde kullanılmaya başlandığı bilinmektedir. Ayrıca bu dönemde Asklepion'da yapılan tedavilerde, radyoaktif özellikleri günümüzde henüz yeni keşfedilmiş olan şifalı sular kullanılmıştır. Yaşanan bu gelişmeler ışığında bu kente "ölümün girmediği yer" denmiş ve "vasiyetnamelerin açılmadığı şehir" olarak isimlendirilmiştir (Doğan ve Sezgin, 2012: 271). Antik Çağ olarak da adlandırılan İlk Çağ'da insanlar, ilk tıbbi eğitimlerin, tıbbi girişimlerin ve ilkel ameliyat yöntemlerinin kullanıldığı hastaneleri kurarak bu kurumlarda ilkel tedavi ve psikoterapi yöntemlerini uygulamışlardır. İlerleyen yüzyıllarda sağlık kurumları günümüz hastanelerine benzer bir yapıya dönüşmeye başlamıştır.

2.2.2. Modern Dönemlerde Hastaneler

Rönesans dönemi ile tıp alanında yeni bir bilimsel anlayış gelişmiş ve hastanelerin yapısı değişmiştir (Aslan ve Erdem, 2017: 10). Avrupa ülkelerinde ve özellikle İngiltere’de reformun etkisiyle sunulan hizmetlerde ve yönetim şekillerinde değişiklikler meydana gelmiştir. 17. yüzyıldan sonra gelişen Fransız sömürgeciliğinin etkisiyle nüfus hareketleri ve şehirleşmede artış yaşanmıştır. Bu artışla birlikte Fransa’da büyük hastanelere geçilmiştir. 18. ve 19. yüzyılların başlarında İngiltere ve Amerika’da hastanelerin sayılarında artışlar yaşanmıştır. Amerika’da ilk hastaneler 16. yüzyılın başlarında kurulmuştur. Genel hastane açılması adına ilk başarılı girişim Philadelphia’da gerçekleşmiştir (Esatoğlu ve Artukoğlu, 2000: 15). Daha sonrasında New York’ta açılan hastane Amerika’daki ikinci büyük hastane olmuştur. 18. ve 19. yüzyılın başlarında Amerika ve İngiltere’de faaliyete açılmış olan hastaneler, kamu niteliğinde olmayan kuruluşlar olarak devlete bağlı değillerdir. İngiltere’de özel girişimlere dayalı hastanecilik 20. yüzyılın ortalarına kadar devam etmiştir. Eski dönem hastaneleri muhtaç ya da yoksul kişiler için ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını engellemek amacı ile açılmaktaydı. Tıbbi bilgilerin yetersizliği ve hastalıkların bulaşı konusunda yeterli bilgi olmadığı için ölüm oranları yüksek seviyelerdeydi. İlerleyen dönemlerde bakteriyolojinin ve antiseptiklerin gelişmesiyle hastaneler toplum için gerekli kurum olma niteliğini kazanmıştır. 20. yüzyılda sterilizasyon tekniği ile ameliyatlarda ölüm oranları düşmüştür. Avrupa’da hastaneler tıp eğitimi veren kurumlar şekline dönüşmüştür ve Amerika da bu durumu örnek almıştır. Ayrıca tıbbın çeşitli konularda uzmanlık alanlarına ayrılması çağdaş hastaneciliğe oldukça yön vermiş bir başka etkidir (Altan, 2003: 7- 9).

Avrupa’da hastanelerin gelişim göstermesi daha çok ticarete yaşanan büyümeler, kasaba ve köylerin genişlemesi, nüfusun sosyal ve coğrafik anlamda hareketliliği ile benzer şekilde ilerlemiştir. Ayrıca özellikle hümanizmin kasabalarda öneminin artması hastanelerin bu bölgelerde gelişimini hızlandırmış, kasabalarda yaşanan genişlemeler ile hastanelerin sayısında artış yaşanmıştır. 18. yüzyılın başlarında Londra ve Edinburg’da ilk (yeni) hastaneler inşa edilmiştir. Çoğunlukla hayırsever kişi ve kurumlarla yönetilen bu hastanelerin en temel amacı yoksul hastalara yardım etmektir. Bu dönemlerde orta ve üst sınıftaki bireyler evlerinde tedavi

alırken, alt sınıf ve yoksullar daha çok hastanelerde tedavi görmektedir (Soyer, 1995: 95). 18. yüzyıl, kliniklerin yenilenmesi ve hastanelerin gerçek şekilde kullanılması açısından ilk ve öncü olan dönemdir. Hastanelerde çeşitlenmeye gidilmesiyle beraber farklı dal hastaneleri kurulmuştur. Ayrıca bu dönemde hastanelerdeki hekimlerde uzmanlaşma yaygınlaşmaya başlamış ve bu bağlamda ilk yönetmelik niteliğinde sayılabilecek olan kurallar oluşturulmuştur. 19. yüzyıla gelindiğinde tıp öğrenimi görmüş, alanında uzmanlaşmış hekim ve hemşire sayısının yetersizliği yaşanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin yanında bu alanda eğitim verme görevi üstlenen hastanelerin zayıflamasıyla birlikte özel sağlık okulları açılmıştır. Ayrıca sağlık çalışanı adayları hastanelerde pratikler yaparak okullarda aldıkları eğitimleri tamamlamışlardır (Foucault, 2021: 77-100). Özet olarak, 14. yüzyılın sonundan itibaren başlayan Rönesans ile birlikte sağlık alanı yeni bilimsel yöntemlere yönelmiş ve bu bağlamda sağlık kurumu olan hastaneler değişikliğe uğramıştır. Takip eden yüzyıllar boyunca günümüzdeki anlamda hastanelerin ilk örnekleri kurulmaya başlamış ve kapasiteleri büyümüştür. Bu sebeple hastanelerin yönetmelik oluşturma ihtiyacı doğmuştur. Tedavinin yanında eğitim de veren hastaneler profesyonel hekim ve sağlık çalışanı yetiştirmekte yetersiz kaldığı için tıp eğitimi veren okullar kurulmuştur. Bu okullar verdikleri eğitimler aracılığıyla hastaneler ile koordineli olarak çalışarak öğrencilerine pratik yapmaya imkân sağlamış ve profesyonel hekim ve sağlık çalışanları mezun etmiştir.

2.2.3. Türkiye’de Cumhuriyet Öncesi Dönemde Hastaneler

11. yüzyıldan sonra Türklerin Anadolu’ya gelmesi ve yapılan fetihler sonucunda kültürler arasında etkileşimler yaşanmaya başlamıştır. Anadolu’nun farklı bölgelerinde bulunan devletler arasında oluşan kültürel etkileşimin getirisi ile Anadolu’da zengin sanat anlayışı yer edinmiştir. Bu dönem “Selçuklu Çağı” ismi ile anılmaktadır. Selçuklu Devleti’nin yıkıldığı 1308 yılına kadar devam eden bu dönemde, Anadolu’daki mimari, edebiyat, dil vb. değişimler Selçuklu Çağı kavramı ile açıklanmaktadır. Söz konusu 11. ve 14. yüzyıllarda Anadolu’da sanatsal ve kültürel çalışmaların yanında sağlık alanında da yapılmış olan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan biri de sağlık hizmetlerinin sunulduğu ve sağlık çalışmalarının yapıldığı yer olan hastanelerdir (Ebiri, 2021: 255). 11. yüzyıldan itibaren Türk devletlerinin kurulduğu yerlerde bazı sosyal merkezler ortaya çıkmaya başlamıştır. Selçuklu

döneminde, devlet kurulan yerlerde yeni sosyal hizmet kurumları oluşturularak halkın ihtiyaçlarının karşılanması hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda Selçuklular mabet, medrese, mektep, imaret, zaviye ve kütüphaneler gibi bazı sosyal hizmetleri sunan kuruluşları toplumun kullanımına açmışlardır. Bu sosyal hizmet kuruluşlarından olan darüşşifalar temelinde hastanelerdir. Bu hastanelerin en önemli özelliği tıbbi hizmetlerin parasız verilmesidir. Darüşşifaların bu sosyal özelliği ve Selçukluların sosyal kullanıma açmış olduğu vakıf niteliğindeki kuruluşlar, Türklerin sosyal devlet yapısının gelişmesi sürecine öncülük etmiştir (Çelik, 2017: 158). Sosyal devlet anlayışı doğrultusuyla açılan bu kurumların içerisinde mezar anıtı olan türbelerin de bulunduğu belirtilmektedir (Ebiri, 2021: 253). Türk-İslam tarihinde sosyal yardım kuruluşları olarak yerini alan darüşşifalar, ilk açıldıkları dönemlerde sadece hastaları tedavi etme amacı ile hareket etmişlerdir. İlerleyen dönemlerde tıbbi bilgilerin edinildiği, araştırma ve akademik bilimler üreten kurumlara dönüşmüşlerdir. Selçuklu döneminde önemli olan bu kurumlar Osmanlı döneminde de bu önemini sürdürmeye devam etmiştir. Hem Osmanlı hem de Selçuklu dönemlerinde darüşşifalar plan tipleri olarak çoğunlukla aynı olsalar da Osmanlı döneminde darüşşifalar daha işlevsel bir haldedir (Bozkurt, 2020a: 32).

Osmanlı Devleti döneminde, insan sağlığına ve insana önem verilmiştir. Bu sebeple Osmanlı Devleti'nde sağlığın teşkilatlanmasını sağlama amacı doğrultusunda, ülkenin tamamında halka sağlık hizmeti verilebilmesi adına çaba sarf edilmiştir. Osmanlı'da saray mensupları ve zenginler bizzat kendileri ya da vakıflar aracılığıyla hastane ve şifahaneler inşa etmişlerdir. Dönemin önemli illerinden Bursa'da Osmanlı'nın ilk devlet hastanesi ve tıp okulu niteliğindeki darüşşifa kurulmuştur (Erer, 2010: 241). Osmanlı Devleti'nde çağının çok ilerisinde sağlık hizmeti veren kuruluşlar vardır ve verilen tedavi hizmetlerine ek olarak etkili tedavi yöntemleri geliştiren hekimlere de destek verilmiştir (Songur ve Saygın, 2014: 210).

Selçuklu dönemindeki tıp uygulamalarının ilerlemesi niteliğinde olan Osmanlı tıp uygulamaları, 1800'lerde Avrupa tıp eğitimi ve uygulamalarının etkisi altında kalmıştır. Söz konusu dönem olan 19. yüzyılda toplum sağlığı, sağlığın geliştirilmesi ve korunması amaçları doğrultusunda hastanelere verilen değer artmıştır. Kurulan sağlık kurumları tedavi amaçlı olmakla kalmayıp, bunun yanında tıp okulu ve yoksul vatandaşları koruyan kuruluşlar olarak hizmet sunumu gerçekleştirmiştir. Darüşşifa,

bimarhane, bimaristan, darüttıb isimleriyle anılan hastaneler, aynı zamanda bu dönemde Avrupa’da önem gösterilmeyen akıl hastalıkları konusunda da hizmet sunumu gerçekleştirmiş ve hekim yetiştirmiştir. Büyük Selçuklulardan gelen bu geleneği Osmanlı Devleti de devam ettirmiştir. Bu dönemde kurulan akıl hastanelerinin birçoğu Avrupa’da örnek teşkil etmiştir (Erer, 2010: 242).

Osmanlı Devleti’nde 19. yüzyıla gelinceye kadar hastaneler, şifahane ve darüşşifa olarak adlandırılmıştır. Bu dönemde Osmanlı Devleti’nde modernleşme girişimlerinden birisi olarak gureba hastaneleri kurulmuştur. Osmanlıdaki ilk modern hastaneler askeri hastanelerdir. Bu yeniliği takip eden hastaneler, sivil hastaneler olan gureba hastaneleridir (Yazıcı Metin, 2019: 47). Osmanlı’nın ilk askeri nitelikteki hastaneleri belli başlı illerde yer alırken, ilerleyen dönemlerde hastanelere olan ihtiyacın artması ile askeri hastanelerin sayısında artış yaşanmıştır. 17. ve 18. yüzyıl Osmanlı ıslahat döneminde Avrupalı hekimler ülkeye davet edilerek, hastanelerin düzeninde yenilikler ve hastanelerde belirli koşullar sağlanması amaçlanmıştır (Pabuççu, 2024: 85). Cumhuriyet öncesi dönemdeki Türk hastaneleri incelendiğinde genel olarak, 11. yüzyıl Selçuklularından itibaren sağlık alanında çeşitli darüşşifalar açılarak halkın kullanımına sunulduğu ve sosyal devlet anlayışının ilk örneklerine bu dönemlerde rastlandığı görülmektedir. Osmanlılar ise Selçuklulardan kalan tıp uygulamalarını devam ettirerek genişletmiş, halk için saraylı ve zenginlerin kendileri veya kurdukları vakıflar aracılığıyla ücretsiz darüşşifalar açmışlardır. Yenileşme döneminde Osmanlı Devleti tıp ve sağlık eğitimlerinde koruyucu sağlık ve toplum sağlığı kavramlarına önem vermiş, Avrupa’yı örnek almıştır. Osmanlılar çeşitli hastaneler kurup, bunları modernleştirmeye çalışmış, bu bağlamda askeri hastaneler açmışlardır.

2.2.4. Türkiye’de Cumhuriyet Sonrası Dönemde Hastaneler

Cumhuriyetin ilk dönemlerinde büyük zorluklar ile verilmiş bir mücadele ve savaşın sonrasında, her kurum kendi üstüne düşen görevi yerine getirmiştir. Bu kurumlardan birisi de sağlık teşkilatıdır. Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin kurulmasıyla başlayan yeni örgütlenme sürecinde sağlık teşkilatında değişikliklere gidilmiştir. Bu dönemde askerlerin sağlık ihtiyaçları öncelenerek yeni düzenlemeler yapılmıştır. Sıhhi teşkilatlanma yapılandırılırken, Kurtuluş Savaşı’nın başlaması ile

birlikte cephede savaşan askerler ve cephenin dışındaki bireylerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına ağırlık verilmiştir (Kopar, 2017: 210).

Cumhuriyetin ilanından sonra savaştan dolayı sağlık alanında ciddi sıkıntılar yaşanmıştır. Millî M¼cadele d¼neminde Sağlık Bakanlığı kurulmuş ve cumhuriyetin ilanından sonra hastaneler kurularak yatak sayıları arttırılmış; doktor, hemşire, ebe, eczacı gibi sağlık çalışanı yetiştirilmeye abalanmıştır. Ayrıca bu d¼nemde salgın hastalıklar ile m¼cadele edilerek sağlık bilimleri uzmanları tarafından akademik çalışmalar yapılmıştır (Evsile, 2018: 1).

1923 yılında Cumhuriyetin ilanıyla beraber sağlık çalışmaları ve tıbbi araştırmalar Gazi Mustafa Kemal Atat¼rk¼n ¼nderlięinde ve onun direktifleri doğrultusunda hız kazanmıştır. Ayrıca bu d¼nemde Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam ¼nderlięinde Hıfzıssıhha Enstit¼s¼ kurulmuş, T¼rk Kızılay Cemiyeti modern ve ağdaş bakış açıları ile tekrardan ele alınmıştır. D¼nemin ihtiyaçlarının getirisi olarak doktor ve hasta bakıcılar yetiştirilmeye başlanmıştır. Ülkenin genelini kapsayan yataklı tedavi hizmeti sunan kuruluşlar kurulmuş ve çeşitli hastalıklarla m¼cadele edilmiştir (Aksakal, 2017: 219).

T¼rkiye Cumhuriyeti kurulduğunda, yaşanan uzun ve yorucu savaşların getirisiyle harabe haline d¼n¼řen Anadolu¼da bireyler salgın hastalıklarla uğraşmaktadır. Anadolu halkı yaşadığı sefaletle birlikte ilaca ve hastanelere ulaşmakta g¼¼k¼ çekmektedir. Cumhuriyetin ilanıyla beraber halk sağlığı hizmetleri g¼ndeme getirilmiş ve bu alana ağırlık verilmiştir. Erken Cumhuriyet d¼nemi olarak anılabilecek olan 1923 ve 1930 seneleri arasında sağlık alanındaki gelişmeler çoğunlukla salgın hastalıklar ile m¼cadele üzerine gerçekleştirilmiştir (Tekir, 2019: 407).

T¼rk sağlık sistemindeki yataklı sağlık kuruluşlarının arz ettiği sağlık hizmetinin hastalık yapılarına g¼re farklılık g¼sterdięi s¼ylenebilir. 1960¼lı senelerden ¼nceki yataklı tedavi kuruluşlarının b¼y¼k çoğunluğu enfeksiyon hastalıkları için ayrılmıştır. Ayrıca bu d¼nemde hastanelerin dal hastaneleri olarak kurulduğu s¼ylenebilir. Zamanla bu dal hastanelerinin sayısında ve kapasitesinde d¼ř¼řler yaşanmış ve sonrasında kapanmıştır. İlerleyen d¼nemlerde açılan dal hastaneleri arasında onkoloji, diyabet, kalp damar hastaneleri yer almaktadır (Aslan ve T¼rkmen, 2021: 693-694).

Cumhuriyetin ilerleyen yıllarında üniversite hastaneleri ve özel hastaneler sağlık sektörü içerisinde yer almaya başlamıştır. Üniversite hastaneleri kurulmadan önceki dönemde sağlık sektöründe 2. basamak ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına ağırlık verilmiştir. Bu durum hastanelerdeki uzman doktorların pratisyen hekim olarak görev yapmasına ve hastanelerde yığılmaya sebebiyet vermiştir. Üniversite hastaneleri açıldıktan sonra kurulan hastanelerin teknik yeterlilikleri hastanelere olan yığılmaları azaltmıştır. Ancak sağlık kurumlarının kamu üzerinde ekonomik olarak baskı oluşturması sonucunda (Aktan, 2013: 5-13) özel hastane sayılarında artış yaşanmıştır. Kamu hastaneleri, 2003 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında “Kamu Hastaneler Birliğine” bağlanmış ve “Şehir Hastanelerinin” kurulması ile özelleştirilerek devletin sağlık harcamalarında azalış yaşanması hedeflenmiştir (Aslan ve Erdem, 2017: 16). Yukarıda verilen bilgiler ışığında özetle; Osmanlı sonrası cumhuriyetin ilanı döneminde, savaştan çıkmış halk büyük sağlık sorunları ile mücadele etmek durumunda kalmıştır. Bu dönemde özellikle salgın hastalıklar halk arasında oldukça yaygın bir şekilde görülmektedir. Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılmasıyla Sağlık Bakanlığı kurulmuş, sağlık teşkilatlanması düzenlenmiştir. Halk sağlığı konusunda adımlar atılarak salgın hastalıklarla mücadele hızlandırılmıştır. Bu dönemde hastanelerde koruyucu sağlık hizmetlerine oldukça önem verilmiştir. 1960’lardan önce enfeksiyon hastalıkları için hastaneler ayrılmış ve özel dal hastaneleri kurulmuştur. 1960’lardan sonra dal hastanelerinin işlevi azalmış ve kapatılmıştır. Ancak ilerleyen yıllarda dal hastaneleri tekrar açılarak, günümüz dahil, faaliyet göstermeye devam etmiştir. Zamanla üniversite hastaneleri ve özel hastaneler açılmış, önceki dönemde hastanelere olan yığılmanın önüne geçilmiştir. 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kamu hastaneler birliği ve şehir hastaneleri kurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programıyla hastanelerde özelleştirmenin önü açılarak devletin sağlık harcamaları yükü azaltılmaya çalışılmıştır.

2.3. Hastanelerin Tanımı, İşlevi ve Sınıflandırılması

T.C. Sağlık Bakanlığı yönetmeliğine göre hastaneler, “*Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.*” şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1983). Hastaneler çeşitlerine göre sınıflandırılabilir. Günümüzde

hastaneler genellikle sundukları hizmet türüne, mülkiyet türüne, yatak sayılarına ve hastanede ortalama kalış sürelerine göre gruplara bölünmüştür. Kamu ve özel hastaneler ise mülkiyetlerine göre sınıflandırmada en sık karşılaşılan örneklerdir (Boğa ve Kayahan, 2021: 945).

Yukarıda söz edilen tanıma ek olarak hastaneler sistem yaklaşımıyla da tanımlanabilmektedir. Hastaneler çevresel değişkenlere duyarlı yapıda, dışarıdan gelen kaynakları hizmet bağlamında dönüştüren ve çevresine geri yansıtan açık sistemlerdir (Ağırbaş, 2016: 21).

Hastanelerin kaynakları

- Sağlık hizmeti alıcıları
- İş gücü kaynağı
- Sarflar
- Yapısal ve maddi kaynaklar

Hastanelerin ürünleri (hizmetleri)

- Tanı, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri
- Çalışan ve öğrencilerin eğitimleri
- Araştırma ve geliştirme (ARGE) uygulamaları
- Sağlığın korunması ve yükseltilmesi uygulamaları

Hastanelerde girdilerin çıktıya dönüşüm süreci, yukarıda maddelendirilmiş olan çıktılara ulaşılabilmesi adına, hastanelerdeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla alakalı uyguladıkları yönetim fonksiyonu faaliyetlerinin tamamlanmasıdır. Hastaneler bütün olarak ele alındığında sistem yaklaşımı ile ele alınabileceği gibi hastanelerde yer alan farklı hizmet birimlerinin her birinin birer alt sistem olarak tanımlanması mümkündür (Atalay, 2000: 4).

Sağlık ve hastalık kavramları insan hayatındaki en önemli kavramlardır. Hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı bir çevre oluşturulması devletlerin öncelikli hedefleri içerisinde bulunmaktadır. Toplumun sağlık ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik arz edilen bütün hizmetler genel olarak sağlık hizmeti şeklinde tanımlanabilir.

Bu hizmetlerin sunumu farklı sağlık kurumları tarafından verilebilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 17).

Sağlık sunumu arz eden kurumlar teknik açıdan farklı sınıflandırmalara tabi tutulmaktadır. Ancak sağlık kurumlarını bu sınıflandırmaların arasında en sade şekliyle yataklı ve yataksız sağlık hizmeti kuruluşları olarak kategorize etmek mümkündür (Sur ve Palteki, 2013: 5). Yataklı sağlık hizmeti sunumu gerçekleştiren kuruluşların kısaca hastanelerin, kurulması ve yönetilmesi oldukça zordur (Duğan ve Uludağ, 2015: 42).

21. yüzyılda hem sağlık çalışanlarının hem de sağlık kurumlarının yapısında değişimler yaşanmıştır. Gelişen ve değişen teknoloji, artan hizmet sunumu olanakları, tüketici hakları hareketlerinin ve kalite iyileştirme çalışmalarının hizmet sunumuna yansması, hastalıkların ve bunların ortaya çıkardığı ölümcül sonuçların çoğunluğuna müdahale edilmesi ile yaşam süresinin uzaması, müdahaleler ile doğurganlığın azaltılmasıyla toplumların yaşlanması, iletişim olanaklarında yaşanan artışlar, erişim kolaylığı gibi faktörler yaşanan bu değişimleri etkilemiştir (Sur ve Palteki, 2013: 5).

Modern hastanelerin kurulmasıyla birlikte sağlık hizmetleri sunumunun amaçlarında da değişimler yaşanmıştır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) hastanelerin amacını; çağın gerekliliklerine uyan, hızlı, düzenli, hizmet kalitesi yüksek ve uygun fiyatlı sağlık kurumu işletme yeteneği bağlamında ele almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1983).

Hastane yönetimi, hastanelerin amaçlarını ve hedeflerini ekonomik, verimli ve etkili biçimde ortaya koyabilmesi adına planlama, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarıyla alakalı kavram, ilke, teori, model ve tekniklerin sistemli ve mantıksal bir biçimde uygulanmasıyla alakalı faaliyetlerin tümü şeklinde tanımlanabilir. Bu tanımdan hareketle hastane yöneticilerinin sağlık yönetimi, sağlık ekonomisi, hastane muhasebesi, tıbbi hizmetler, tıbbi terminoloji, sağlık hukuku ve hastane bilgi sistemleri vb. alanlarla ilgili ve bu alanlarda yetkin olması gerekmektedir. Bu alanlarda bilgi sahibi olunabilmesi için profesyonel hastane yönetimi eğitimi alınması gerekmektedir. Hastane yönetimi, içerisinde ekonomiklik, etkililik ve verimlilik gibi üç önemli kavramı barındırmaktadır. Bu kavramların bilinen işletmecilikten daha farklı olarak hastaneler için ne anlam ifade ettiğinin hastane yöneticisi tarafından çok iyi bilinmesi

ve uygulanması faydalı olacaktır (Ağırbaş, 2016: 17). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı YTKİY’de sağlık kurumları hizmet sunum fonksiyonlarına göre 5 farklı başlık altına alınmıştır.

İlçe / belde hastanesi: İçerisinde doğum, acil servis, ayaktan ve yataklı hasta tedavi ve muayene hizmetleri, 112 acil sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerini birleştiren; bünyesindeki hekimlerin hasta kabulü yaptığı ve tedavi uyguladığı, yetersiz kalınan durumlarda (ileri özelleştirilmiş hekim hizmetleri, yoğun bakım, ileri tıbbi tetkik ve tedavi ihtiyacı vb.) hastaların sevk zincirine uygun ve stabil bir şekilde üst basamak sağlık kurumuna nakledildiği hastanelerdir.

Gün hastanesi: Bir hastane içerisinde veya bir hastane ile birlikte farklı branşlarda faaliyet gösteren, günlük ayaktan gelen hastalara tanı, tedavi ve bakım hizmetlerini sağlayan, içerisinde en az 5 adet yatak bulunan ve 24 saat hizmet veren sağlık kuruluşlarıdır.

Genel hastaneler: Yaş ve cinsiyet ayrımı yapılmadan acil durum hastalarının tamamının hizmet alabildiği, hastane bünyesinde yer alan tıbbi uzmanlık alanlarında boş yatak sayısı uygun olduğu müddetçe hasta tanı, tedavi ve bakımlarının uygulandığı, ayaktan ve yataklı hasta kabulü yapan asgari 50 yatak bulunduran hastanelerdir.

Özel dal hastaneleri: Özellikli bakım ve uzmanlık alanı gerektirebilen belirli hastalıklara, organ ve organ sistemi rahatsızlıklarına, belirli yaş ya da cinsiyete sahip hastalara uygun tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği, alanında uzmanlaşmış kadrolara sahip hastanelerdir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal hastaneleridir.

Sağlık hizmeti veren kurumlar olarak, yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesi, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi amacıyla hastaneler bünyesinde bulunan ve belirli semtlerde hizmet veren semt poliklinikleri açılabilir. İhtiyaç halinde bu semt poliklinikleri verilecek hizmetler ve görevlendirilecek personel bağlamında Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen yönerge ile açılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1983).

2.3.1. Hastanelerin Amaçları

Hastane kavramını tanımlarken genellikle hastanelerin amaçlarından söz edilmektedir. Konunun daha kapsamlı ve açıklayıcı şekilde ele alınması adına hastanenin amaçlarına aşağıda yer verilmiştir.

- Tedavi hizmetleri
- Eğitim hizmetleri
- ARGE hizmetleri
- Halk sağlığını koruyucu ve yükseltici hizmetler

2.3.1.1. Hasta ve yaralıların iyileştirilmesi:

Hastanelerin, DSÖ tarafından yapılan en net tanımı “*müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar*” şeklindedir. Söz konusu tanımdan hareket ile hastanelerin sağlık ihtiyacı duyan bireylerin tedavilerinin yapılması ve iyileştirilmesi sürecinde kritik önem arz ettiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Günümüzde gelişen teknoloji ile ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, MR, kanser tedavilerinde kullanılan derin tedavi cihazlarının gelişimi, yapay organlar vb. birçok yenilik yaşanmaktadır (Atalay, 2000: 11-12). Hastaneler ise bu yeniliklere ayak uydurmakla yükümlüdür.

Hızlı değişim ve dönüşüm yaşanan günümüz dünyasında; uyum sağlayabilmek, bireysel, örgütsel ve mesleki yaşamı sürdürebilmek adına organizasyonlar, yöneticiler, personeller hatta bireylerin kendilerini devamlı olarak geliştirmeleri ve yenilikçi bir tutum içerisinde bulunmaları gerekmektedir. Nüfus yapısında yaşanan değişimler, hastalık türlerindeki artış, hastalıkların kronikleşmesi, bireylerin ve toplumun sağlık hizmetlerine karşı olan beklentilerinin artması gibi farklı birçok sebeple sağlık hizmetlerinde yeni ihtiyaçlar doğmuştur. Bu ihtiyaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinde önemli değişimler ve yenilikler yaşanmaktadır. Bu değişimleri sağlık hizmetleri içerisinde kişilere, aileye ve topluma uygulayan ve gerçekleşen yenilikleri topluma ulaştıran en önemli sağlık çalışanı da hemşirelerdir (Yıldırım, 2019: 65).

Hekimlik mesleğinin gelişiminin yanında sağlık sektöründe tedavi hizmetlerinde önemli yeri olan hemşirelik alanında da önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Hemşirelere fizyoloji, psikoloji, anatomi gibi derslerin verilmesiyle birlikte hemşirelik alanının etkinliğinde artış yaşanmış ve tedavi hizmetlerinin kalitesi artarak hemşirelerin tedavi hizmetleri içerisindeki rolü önem kazanmıştır (Atalay, 2000: 12). Sağlık sektörü içerisinde koordineli çalışma önemlidir. Farklı dallarda hizmet veren sağlık çalışanları birbirleriyle uyumlu çalışma ortamı içerisinde bulunmalıdır. Hasta tedavi edilirken birden farklı alana başvurması gerekebilmektedir. Örneğin ambulans hizmetleri, radyoloji ve laboratuvar hizmetleri gibi farklı dallara ihtiyaç duyulabilmektedir.

Hasta ve yaralıların iyileştirilmesinde sağlık çalışanlarının rolü önemlidir. Kısaca teşhis, tedavi ve hemşirelik alanında yaşanan bu gelişmeler ve yenilikler doğrultusunda hastaların iyileştirilmesi ve tedavi edilmesinde hastaneler, sağlık sektörü içerisinde kritik önemi olan ve başvurulmuş kurumlar haline gelmiştir.

2.3.1.2. Eğitim:

Sağlık kurumları sunduğu tıbbi hizmetlerin yanında yönetim, ARGE, araştırma ve eğitim gibi hizmetleri de sunmaktadır (Yılmaz ve Sarı, 2022: 345). Hastanelerin bünyesinde sağlık çalışanlarına, öğrencilere, topluma ve bireylere eğitim verilmektedir. Hastanelerde görev alan personellere mevcut görevlerinde ihtiyaç duyacakları bilgiye ulaşmaları adına eğitim verilmesinin yanı sıra ileride yer alması muhtemel görevlerinde ihtiyaç duyacakları bilgileri, becerileri ve davranışları edinmelerine olanak sağlayacak eğitimler verilmektedir. Ayrıca hekim ve sağlık personellerinin güncellenen yeni bilgilere yönelik eğitimleri ile güvenlik eğitimleri yürütülmektedir. Bu durumların yanı sıra hastaların ve hasta yakınlarının hastalıktan korunmaları, nüfus aile planlaması, çocuk bakımı ve gelişimi vb. alanlarda eğitim faaliyetleri de hastane bünyesinde yer almaktadır. Hastanelerde sağlık alanında ilerleyen öğrencilere de eğitimler verilmektedir. Sağlık ve tıp alanında eğitim alan öğrencilerin okullarda aldıkları eğitimlerin yanında hastanelerde klinik gözlem ve uygulamalar ile tecrübe edinmeleri sağlanmaktadır (Atalay, 2000: 13).

Sağlık kurumlarındaki eğitim hizmetlerini, hizmet içi eğitimin dışında, niteliklerine göre 6 farklı başlık altında değerlendirmek mümkündür:

- İtern eğitimi
- Tıpta uzmanlık eğitimi
- Staj uygulamaları
- Hasta eğitimi
- Hasta okulu
- Gebe okulu

Sağlık sektörü, değişken yapısından dolayı eğitim ve öğretimin sürekli devam ettiği bir sektör olarak kendi kendini eğiten sektörler arasında yer almaktadır. Sağlık sektörü içerisinde çoğunlukla hastaneler bu eğitimin verildiği kurumlardır. Bu bağlamdan hareketle hastane bünyesi içerisinde sağlık çalışanlarına verilen hizmet içi eğitimlerle personelin yeni gelişmelere ayak uydurması sağlanarak kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Hastane bünyesinde sadece personele değil tıp ve sağlık alanında henüz eğitimlerini bitirmemiş birçok farklı bölümden öğrenciye mesleki deneyim kazandırılması için staj programlarıyla eğitimler verilmektedir. Bu duruma ek olarak hastane içerisinde gebe okuluyla anne-baba adaylarına verilen eğitimler, kişilere salgın hastalıklarla ilgili yapılan bilgilendirmeler, hasta ve yakınlarına hastalıklarıyla ilgili verilen eğitimler olmak üzere vatandaşlara verilen eğitimler de hastane bünyesi içerisinde yer almaktadır (Yılmaz ve Sarı, 2022: 331-345). Bu sebeple hastaneler bireylere sağlık hizmeti sunarken aynı zamanda eğitim hizmeti de gerçekleştiren yapılardır.

2.3.1.3. Araştırma ve geliştirme:

Sağlık sektöründe ARGE çalışmaları, sağlık alanına özel ürün ve süreçleri araştırma ve geliştirme çerçevesinde sistematik şekilde ilerleyen faaliyetlerdir. Sağlık sektöründe ARGE faaliyetleri, ilaç, malzeme vb. somut ürünlerle hizmet sunumu aşamaları gibi soyut ürünlerin tasarlanması ve geliştirilmesine yönelik çalışmaları kapsamaktadır (Ekinci ve ark., 2022: 6). Hastanelerde ARGE faaliyetleri tıbbi ve yönetsel (idari) araştırmalar olarak iki ayrı gruba ayrılmaktadır. Tıbbi araştırmalar ise prospektif (klinik) ve retrospektif (geçmişe dayalı) araştırmalar olmak üzere ikiye

ayrılmaktadır. Yönetmelik araştırmalar, hastane işletmesinin problemlerini belirleyerek oluşan bu problemlere çözümler geliştirilmesine yönelik yapılan araştırmalardır.

Ayrıca bazı hastanelerde ARGE çalışmaları hastane içerisinde kurulan bir grup ile yürütülebilmektedir ya da hastane dışından bir grup yardımıyla hastanelerde ARGE çalışmaları yürütülebilmektedir (Atalay, 2000: 14).

ARGE çalışmaları teknik, bilimsel ve yönetimsel bilgi birikimini arttırmak ve geliştirmek için kullanılan faaliyetleri kapsamassından dolayı sağlık sektöründe oldukça önemsilmesi gereken bir çalışma türüdür. Sağlık sektörü kendi içinde birçok alanı, meslek grubunu ve bilimi barındırmaktadır. Bu da organizasyon olarak karmaşıklaşmaya müsait olan bu yapıyı organize etmeyi ve her bir alan için araştırma gelişme çalışmaları yürütmeyi zorunlu kılmaktadır. Farklı alanlar, farklı problemler ve çözümler gerektirmekle beraber optimal seviyede bir kalite sunmak durumundadır. İdari ve tıbbi ARGE kendi alt dallarında barındırdıkları değişim ve gelişimle birlikte problemler de oluşturmaktadır. Bu problemlerin çözüm yolları farklı sistemler gerektirebilmektedir. ARGE yönetiminin ve uygulanmasının önemi bu noktalarda öne çıkmaktadır.

2.3.1.4. Toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunma:

Koruyucu sağlık uygulamaları primer koruma, sekonder koruma ve tersiyer koruma üzere üç gruba ayrılmaktadır (Aydın, 2001: 19). Primer yani birincil koruma aşılama veya diyet gibi henüz hasta olmadan önce hastalığın oluşmasını engellemek amacı ile alınan önlemlerdir. İş ve çevre sağlığına yönelik çalışmalarla ve halk sağlığı uygulamalarıyla eşgüdümlü faaliyetler bu alanda yer almaktadır. Sekonder yani ikincil koruma yöntemleri, tedavi, teşhis ve mevcut hastalıkların önlenmesine yönelik tedbirleri içermektedir. Tersiyer yani üçüncül koruma yöntemleri ise belirgin olan hastalıkların kötüleşmemesi adına yapılan tedaviler ve olası komplikasyonlara özgü tedavi uygulamaları, rehabilitasyon çalışmaları ile ailelere sosyal yönü ön planda olan ileri danışmanlık hizmeti verilmesini kapsamaktadır (Engin, 2005: 79).

Günümüzde hastaneler, topluma koruyucu sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarıdır. Çevre kirlenmelerinin sebep olabileceği hastalıklar, trafik kazaları gibi sağlığı bozan durumlarla hastanelerin tek başına mücadele etmeleri güç

olabilmektedir. Kısaca hastanelere sağlık ihtiyacı doğrultusunda başvuru yapan hastalara diğer bazı tetkiklerin uygulanması, hastada oluşabilecek olası hastalıkların teşhisinin sağlanması ve bu olası hastalıklara yakalanmamak adına alınacak tedbirler, hastanelerde yapılan koruyucu sağlık uygulamalarına birer örnektir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmeti arz edilmesiyle toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesinde hastanelerin rolü büyüktür (Atalay, 2000: 15). Hastaneler bireylere sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olması sebebiyle hastaları sadece herhangi bir hastalık veya sakatlık olgusunun olduğu durumlarda tedavi etmekle değil, bu durumların oluşmasının engellenmesini sağlamakla da yükümlüdür. Hastanelerin bünyesi içerisinde yer alan koruyucu hekimlik uygulamalarının amacı, bireyleri birçok sebebe bağlı olarak oluşabilecek rahatsızlıklardan korumak, oluşan hastalık veya sakatlık durumunda hastalığın ilerlememesi veya iyileşmesi adına uygun teşhis ve tedaviyi gerçekleştirmek, iş-çevre sağlığına yönelik tedbirler alınmasını sağlamaktır. Hastanelerin bünyesi içerisinde toplum sağlığını yükseltecek ve iyileştirecek çeşitli faaliyetler gerçekleştirilmektedir.

2.3.2. Hastanelerin Özellikleri

Bilinen işletme özelliklerinden hasta özelliklerini ayıran işlevler, hastanelerin özelliklerini yansıtmaktadır. Bu özellikler aşağıdaki gibidir.

2.3.2.1. Hizmet üretimi:

Sağlık kuruluşu olarak hastaneler özünde, hasta olan veya bu konuda şüphesi bulunan kişilerin sağlık ihtiyacına ve beklentisine yönelik bilimsel metotlarla sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır. Hastanelerin girdisi sağlık hizmeti ihtiyacı olan kişiler, çıktısı ise sunulan sağlık hizmetleridir. Diğer hizmet üreticileri ile karşılaştırıldığında hastaneler, sağlık ihtiyacı doğrultusunda gelen her bir hastanın vaka olarak tek tek ayrılması ve hizmet üretim şeklinin her hastada farklılık gösterebilmesi sebebiyle kişiye özel hizmet sunan kurumlardır. Bu sebeple sağlık hizmeti üretiminde standardizasyon sağlamak çok komplike ve zor olabilmektedir. Hastanelerde yatarak veya ayaktan sunulan hizmetlerde hizmet üretimi, hastanın talebine ya da hekim tarafından belirlenen uygun tedavi yöntemine göre belirlenmektedir (Akar ve Özalp, 1998: 60-202). Sağlık sektörü içerisinde hastanelerin sağlık ihtiyacına yönelik en sık başvuru yapılan kurumlar olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu sebeple hastaneler

7/24 aralıksız hizmet üretimi gerçekleştirmektedirler. Hastaneye müracaat eden her hasta veya vaka için ayrı ayrı hizmet sunulmaktadır. Hastaneler sağlık hizmeti almak için hastaneye başvuran bireylere sağlık hizmeti arz etmekle görevli kurumlardır. Hastanelerin en temel özelliği sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektir.

2.3.2.2. Karmaşık yapı:

Karmaşık örgüt yapısına sahip hastaneler (Aslan, 2004: 599) aynı büyüklüğe sahip bir başka hizmet üretimi gerçekleştiren işletmelere göre daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Hastaneler yoğun ve aktif bir biçimde teknolojiyle iç içe olması, hizmet üretiminin birçok parametreye bağlı olması ve alanında profesyonelleşmiş birçok farklı dalda çalışan barındırması gibi sebeplerle organizasyonel olarak karmaşık yapıya sahip kurumlardır. Organizasyonun bu karmaşık yapısı idari ve yapısal düzenlemelerin doğru planlanamaması veya uygulanamaması durumunda geri dönülmesi zor hatalara ve buna bağlı olarak kurum güvenini sarsan durumlara sebebiyet verebilmektedir (Sezgin İnce, 2008: 61). Bu karmaşıklığa neden olan faktörlerin içerisinde en temel farklılık, hastane örgütlerinin çevresinin karmaşık olmasıdır. Hastaneye gelen bireyler çevre faktörünün bütün özellikleri ile etkileşim halinde bulunarak hastaneye gelirler. Bu bireyler hastanelerin kaynakları ve hizmet çıktıları olarak, sosyal etkileşimin çevreye bağlı bütün etkenlerini sağlık kurumuna taşımaktadır. Hasta ve hasta yakını olan bireylerin çevreye bağlı değişkenleri hastaneye taşınması, bu bağlamda hastanelerin çevrenin değişken faktörlerine en duyarlı kurumlar olmasına sebebiyet vermektedir (Karakaya, 2008: 12- 14). Hastaneler örgütsel karmaşıklığının yanı sıra hizmet verdiği bireyler ve halk ile çoklu etkileşimi sonucunda oldukça karmaşık hizmet işletmeleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda diğer sektörlerle göre hastanelerin yönetimi daha zor olabilmektedir.

2.3.2.3. Geniş hizmet yelpazesi:

Hastaneler işletme olarak ele alındığında farklı işletme türlerine göre faaliyet yapısı karmaşık olmakla birlikte sunduğu ürün olan hizmetler bağlamında çok daha geniş bir yelpazeye sahiptir (Çil Koçyiğit, Şenel ve Bostancı, 2016: 541). Hastane işletmelerine, hastaların yanı sıra refakatçileri ve hasta yakınları da hizmet talebinde bulunmaktadır. Hastanelerde bu bireylerin istek ve beklentilerine yönelik sunulan

posta hizmetleri, yemekhane hizmetleri, kantin hizmetleri gibi hizmetler yer almaktadır. Söz konusu hizmetleri sunan birimlerin varlığı hastane kuruluşu adına birer gelir kaynağı oluşturmaktadır (Karakaya, 2008: 12-14). Hastanelere tedavi amacıyla başvuran bireylerin ve yakınlarının sağlık hizmetinin yanı sıra yeme, içme, haberleşme ve farklı kişisel ihtiyaçlara yönelik talepleri olabilmektedir. Bu hizmetlerin karşılanması için hastane içerisinde farklı alanlarda hizmetler sağlanması gerekmektedir. Hastaneler bünyeleri içerisinde sağlık ihtiyacının yanında kişisel ihtiyaçlar başta olmak üzere birçok alanda hizmet sunabilmektedirler.

2.3.2.4. Otelcilik hizmetleri:

Hastanelerde bazı durumlarda (tedavi ve gözlem süreci uzun olan hastalıklar vb.) hastalara ve hasta yakınlarına otelcilik hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir. (Şaldıran, 2019: 3). Ayrıca hastanelerde bireylere sunulan tıbbi hizmetler ayrıştırıldığında geriye kalan hizmetlerin büyük kısmı otelcilik hizmetlerini kapsamaktadır (Ak, 1990: 180). Yatarak tedavi gören hastalara arz edilen konaklama ve yiyecek gibi temel ihtiyaçlardan doğan hizmetler otelcilik hizmetinin temelini oluşturan hizmetler arasında yer almaktadır (Karakaya, 2008: 14). Hastanelerde tedavi amacıyla gelen bireylere tedavi aldıkları hekimin uygun gördüğü durumlarda yatarak tedavi uygulanabilmektedir. Hasta ve refakatçilerin hastanelerde yataklı tedavi görülen süre içerisinde barınma ihtiyacı karşılanmaktadır. Hastaneler sağlık hizmeti sunumu içerisinde bireylere otelcilik hizmeti sunmaktadır.

2.3.2.5. Faaliyetlerde süreklilik:

Hastaneler 7/24 hizmet sunumu gerçekleştiren yapılardır. Hastanelerde ihtiyaç duyulacak olan hizmetin öngörülemez olması sebebiyle hastaneler her zaman ihtiyaca cevap verecek biçimde hazır olmalıdır (Sevin, 1998: 9). Bu sebeple hastanelerde devamlılık sağlanması adına sağlık personelleri nöbet usulü veya vardiya usulü halinde görevlerini yerine getirmektedirler (Karakaya, 2008: 14). Sağlık talebinin ne zaman ortaya çıkacağı öngörülemezdir ve bireyler her an sağlık hizmeti almak durumunda kalabilmektedirler. Ayrıca sağlık hizmeti insan sağlığını ele aldığı için söz konusu hizmetin sunumu ertelenemez ve geciktirilemez niteliktedir. Çünkü tedavinin gecikeceği veya erteleneceği durumlarda geri dönülemez sonuçlar ortaya

çıkabilmektedir. Bu sebeple hastaneler 7/24 sağlık hizmeti gerçekleştirmek durumunda olan kurumlardır.

2.3.2.6. Yüksek maliyet:

Sağlık kurumlarının ertelenemez hizmetler sunması, bu hizmetlerin başka bir alanda ikame edilememesi, sağlık hizmetlerinin teknoloji ve bilgi birikimi bağlamında yoğun ve ileri düzey kullanım gerektirmesi, ulaşılabilirlik bağlamında 7/24 hizmet vermesi gibi bazı spesifik özelliklere sahip olması beklenmektedir. Bu durum hastanelerde sunulan hizmeti vazgeçilmez yapmasının yanı sıra yüksek maliyetli hale dönüştürmektedir (Akar ve Özalp, 1998: 63). Sağlık sektörü içerisinde hastaların sıklıkla başvurduğu kurum hastanelerdir.

Hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin büyük çoğunluğu muayenelerden oluşmaktadır. Sağlık sektöründe sunulan hizmetin maliyetinin hesaplanmasında muayene maliyetleri önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık işletmelerinin maliyet etkin çalışabilmesi ve bu sebeple kurumun maliyet hesaplamalarının sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi adına kurumda maliyete sebep olan faktörlerin hassasiyetle belirlenmesi gerekmektedir (Karasioğlu ve Çam, 2008: 15-17). Ayrıca hekimin karar verdiği muayeneye uygun olan ekipmanlar maliyetleri arttırabilmektedir. Hastanelerde kullanılan cihazlar ileri teknoloji gerektiren ve yabancı kaynaklı cihazlar olmaları sebebiyle hastane maliyetlerinde artışa sebebiyet vermektedir.

2.3.2.7. Koruyucu hekimlik hizmetleri:

Koruyucu hekimlik var olan hastalık çeşitlerinin gelişmesinin önüne geçmeyi ve var olan imkanların genişletilmesini amaçlamaktadır (Ak, 1990: 181). Sağlık işletmelerinde halk sağlığını koruma bağlamında, koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesi oldukça önem arz eden bir konudur. Toplumun ve bireylerin hastalıklardan korunmasını sağlamak amacıyla sağlık kurumlarında halk sağlığı ve bireysel sağlığa yönelik olarak eğitim verilmesi, aşı, röntgen ve sağlık taramaları gibi bazı uygulamalar koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamında yer almaktadır (Akar ve Özalp, 1998: 60).

Koruyucu hekimlik uygulamalarıyla, bireyleri oluşabilecek hastalıklardan korumak ve oluşan herhangi bir hastalık durumunda hastalığın seyrini azaltacak amacıyla önemler alınmaktadır. Toplumun ve bireylerin sağlık seviyelerinde

iyileştirmelere olanak veren koruyucu hekimlik uygulaması aynı zamanda daha az maliyetli olmasıyla ekonomik açıdan tercih edilen bir durumdur. Sağlık hizmeti arz eden hastaneler, bünyelerinde koruyucu hekimlik uygulamaları da vererek toplum sağlığındaki iyileşmelere katkı sunan kuruluşlardır.

2.3.2.8. Matriks yapı:

Hastaneler karmaşık yapısı, birden çok boyut ve işlevin farklı uzmanlık alanları ile birlikte yürütülmesi gibi sebeplerle organizasyonel olarak matriks yapıda bulunan kuruluşlardır (Hüccetoğulları, 2018: 4). Hastanelerin örgütlenme modelini işlevsel olarak gruplandırması (hasta bakımı hizmetleri, tıbbi hizmetler, eğitim ve araştırma hizmetleri vb.), hastanelerde organizasyonel bağlamda fonksiyonel bir örgütlenmenin göstergesidir. Bu örgütsel yapı içinde başhekim ve baş hemşireler, tıbbi hizmetler ve hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olarak fonksiyonel yönetici görevinde bulunmaktadır. Öte yandan doktorlar tarafından verilen tıbbi hizmetlerin genel cerrahi, kardiyoloji ve kadın doğum gibi uzmanlık gerektiren alanlara göre gruplandırılması hizmet temelli bir yapılanmaya örnek teşkil ederek, proje organizasyonuna esas oluşturmaktadır (Karakaya, 2008: 15). Burada söz konusu olan hastalıkların tedavi edilmesidir ve projenin kendisi, hastanın ihtiyacı olan tedaviyle tedavi edilmesidir. Her vakaya kendine uygun olan tedavi uygulanmaktadır. Bu sebeple her vaka farklı bir proje olarak ele alınmaktadır. Tedavi sürecinde görev alan hemşire ve sağlık personellerinin hizmetin işleyişi ve etkin bir şekilde sürdürülebilmesi adına yalnızca doktora değil, teknik bilgi ve mesleki yeterlilikleri sebebiyle fonksiyonel yöneticilere karşı da yükümlülükleri bulunmaktadır. Koordineli çalışma ve ileri teknoloji kullanımının yaygın olduğu sektörler çoğunlukla matriks yapı ile yönetilmektedir (Öztürk ve Şeremet, 2021: 1805). Hastanelerin karmaşık yapıda olması, ileri seviye teknolojinin kullanımının yoğun olması ve kişiye özel hizmet sunumunun verilmesi hastanelerin matriks yapıda yönetilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Hastaneler gibi karmaşık ve yüksek teknolojinin yer aldığı farklı sektörlerde de matriks yapıyı yönetime rastlanılmaktadır.

2.3.2.9. Stoklanamazlık:

Hastaneleri diğer işletmelerden ayıran önemli özelliklerden biri sunduğu medikal hizmetlerin stoklanamamasıdır (Erdal ve Sivaslıoğlu, 2024: 275). Hastaneler

sunduğu hizmetlerin yapısı gereği, ikamesi mümkün olmayan ve stoklanamayan hizmet türlerini arz etmektedir. Sağlık hizmeti talep edildiği anda ertelenemez biçimde arz edilmesi gerektiğinden, bu hizmetlerin stoklanması mümkün değildir (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204-205). Hastanelerin çıktı ürünleri olarak sunulan sağlık hizmetleri, üretildikleri anda tüketilmektedir. Sağlık işletmelerinde, farklı hizmet işletmelerinde olduğu gibi üretilen hizmetlerin depolanarak farklı bir zaman dilimi içerisinde kullanılması ya da pazarlanması mümkün olmamaktadır. Ayrıca hastaneler teknoloji ve profesyonel işgücü açısından iş yoğunluğu bulunan kuruluşlardır. İnsan ve makine ilişkisi hastanelerde oldukça yoğun şekilde karşılaşılan bir durumdur. Sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde kullanılan tıbbi ekipmanlar ve cihazlar aracılığıyla sunulan hizmetin neredeyse tüm aşamalarında iş gücü olarak insanın etkisi oldukça yüksektir (Karakaya, 2008: 16).

Sağlık hizmetinin ertelenemez ve öngörülemez yapısından dolayı hastalığın ne zaman oluşacağı bilinmemektedir. Bu sebeple hastaneye başvuran hastanın ihtiyacı olan tedaviye en hızlı biçimde ulaşması kritik bir öneme sahiptir. Bunlar göz önüne alındığında sağlık sektörü içinde faaliyet gösteren sağlık hizmeti sunucularının ürettikleri hizmetlerde depolama ya da stoklama durumuna gidilememekte ve hizmetlerden tasarruf edilememektedir. Sağlık hizmetinin sunucusu olan sağlık personeli ve hekimin uyguladığı tedavi, o andaki sağlık sorunu için tek seferlik ve kişiye özel bir hizmet olmasından dolayı stoklanma imkânı yoktur. Ayrıca salgın, hastalık, doğal afet, kazalar vb. durumlar önceden tahmin edilemezdir. Bu sebeple normal şartlarda hasta sayısı belirli bir ortalamaoya sahip olsa bile kesin olarak asla öngörülemezdir. Olağanüstü tüm şartlar düşünülerek hastanelerde personel, yatak, tıbbi malzeme, medikal cihaz ve ilaçlar hazır olarak bulundurulmak zorundadır. Sunulan hizmet insan sağlığı ile ilgili olduğu için hizmet ve malzemelerden tasarruf edilememektedir.

2.3.2.10. Yüksek işlevsel bağımlılık:

Bir birimin örgüt içindeki işlevlerini gerçekleştirirken diğer birim veya bireylerin katkısına ihtiyaç duyması, literatürde işlevsel bağımlılık olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerde birimlerin birbirleri ile etkileşimli ve eşzamanlı şekilde hareket etmeleri gerekmektedir. Hastaneye sağlık ihtiyacı sebebiyle gelen hastanın, hastaneye müracaat ettiği andan itibaren gerçekleşen bütün süreçlerde birçok

sağlık personeli, grup ve birimler aynı anda eşzamanlı biçimde hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. Hastanelerde birimler birbirlerinin tamamlayıcısı olarak görevlerini yerine getirmektedirler (Karakaya, 2008: 16). Bu sebeple hastane içindeki herhangi bir birimde oluşacak aksaklık diğer birimleri de etkileyecek ve hizmet sunumunu gerçekleştiremez hale dönüştürecektir (Çolak Alsat, 2016: 3).

Örgüt içi ve örgütler arası bağımlılık, özellikle sağlık sektöründe hatasız bir organize olma becerisi gerektirmektedir (Tetik, 2012: 275). Bu, temelden genele; ekipler, birimler, örgütler ve yönetime kadar uzanan bir sistemdir. İşlevsel bağımlılık hizmet sunumunun ilk anından son anına hatta bazı durumlarda taburculuk sonrası kontrol dönemine uzayan bir süreci kapsamaktadır. Dinamik, organize, tamamlayıcı, eş zamanlı hizmet sunumu, sağlık sektörünün doğru tedaviyi uygulamasını sağlayan temel işlevdir. Kişiye özel hizmet, tanı, tedavi, kontrol ve rehabilitasyon ile birlikte; hasta kayıt dokümanları, hastaların kişisel verilerinin saklanması, geçmiş hastalık öyküleri, hastaya konfor sunumu, otelcilik hizmeti, yemek hizmeti, halkla ilişkiler, hasta hakları, yönetim ve organizasyon faaliyetleri, ARGE çalışmaları, transport ve lojistik hizmetleri, eğitim hizmetleri, bilişim teknolojileri, iş sağlığı ve güvenliği vb. çoğaltılabilecek birçok hizmet işlevsel bağımlılık olmadan tüm bir organizasyonu aksatabilecek duruma getirebilmektedir. İşlevsel bağımlılık hastane gibi kurumlarda doğru, hızlı ve eşzamanlı olarak uygulandığında sistemin bir bütün olarak eksiksiz çalışmasıyla birlikte doğru hizmetin tamamlanmasını sağlamaktadır.

2.3.2.11. Hizmet niteliği belirleyicisi olarak sağlık profesyonelleri:

Çoğu sektörde kişiler satın alım yapmadan önce rasyonel davranışlar sergilemektedir. Sağlığı diğer hizmet sektörlerinden ayıran bir özelliği de irrasyonel oluşudur (Coşğun, 2018: 8). Sağlık sektöründe bilgi asimetrisinin hâkim olmasından dolayı, gerek görülen tedavi biçimi hekim tarafından belirlenerek uygulanmaktadır (Işık, 2012: 11).

Sağlığın doğası gereği hastalar almış oldukları hizmetin kalitesini ölçemezler. Bu sebeple sağlık harcamalarının büyük parçasının belirleyicileri olan sağlık profesyonellerinin faaliyetleri üzerinde örgütsel denetim mekanizması kurulamamıştır. Bilgi asimetrisinin hâkim olduğu sağlık sektörü içerisinde bulunan hastanelerde sunulan hizmetlerin tüm boyutları sağlık profesyonelleri tarafından belirlenmektedir.

Hastanelerde bulunan diğer bölümler de sağlık profesyonelleri doğrultusunda sağlık hizmeti işlemleri gerçekleştirmektedirler. Hastanelerdeki sağlık harcamalarının %75'lik kısmının sağlık profesyonellerinin kararları ve uygulamaları neticesinde gerçekleştiği araştırmalar sonucu ortaya koyulmuştur (Karakaya, 2008: 17).

Bilgi asimetrisinin baskınlığının hissedildiği sağlık sektöründe, hastalar uygulanacak tedaviler veya verilecek numuneler gibi tıbbi bilgilerle ilgili kararları veremez ve aldıkları hizmetin kalitesini ölçemezler. Bu sebeple sağlık sektörü içerisinde sağlık profesyonellerinin varlığı belirleyici ve olmazsa olmaz bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların yanında tedavinin kişiye özel olma durumu, hastanın öyküsü, tanı ve tedavisinin planlanarak uygulama yetki ve yetkinliğinin hekim ve hekim dışı sağlık personeline bulunması baştan aşağı organizasyona yön veren bir durum oluşturmaktadır. Hastaneler tıbbi hizmet için alanında uzmanlaşmış personel çalıştırdığı ve tıp bilimi de alanında ileri uzmanlaşma gerektirdiği için hastanın tanı, tedavi, bakım ve takibi sağlık profesyonelleri tarafından yapılmaktadır. Bu da beraberinde tanı, teşhis ve tedavinin ekipman, ilaç, medikal malzeme, tıbbi cihaz ve gerekli personeline karar verici kişilerin sağlık alanında profesyonelleşmiş çalışanlar olması durumunu getirmektedir.

2.3.3. Hastanelerin Fonksiyonları

2.3.3.1. Tedavi fonksiyonu:

DSÖ tarafından yapılan tanımlamaya göre hastaneler, “*müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar*” olarak açıklanmıştır (Boğa ve Kayahan, 2021: 945). Hastanelerin en önemli işlevi sağlık hizmetine ihtiyacı olan ve kuruma başvuran hasta ve yaralı bireylerin tanı ve tedavisinin yapılmasıdır (Sharma ve Goyal, 2010: 95). Çalışmada daha önce söz edildiği gibi sağlığın ertelenemez, öngörülemez olması ve bilgi asimetrisinin oldukça yoğun hissedildiği sektörler arasında bulunmasından dolayı hastanelerde sağlık hizmetinin kesintisiz ve birbiriyle eş zamanlı şekilde yürütülmesi gerekmektedir.

Bunların yanında hastanelerde sunulan hizmet, tedavi alanında uzmanlaşmış kişiler tarafından verilmektedir. Çünkü hastanelerde sunulan hizmetler hata ve eksiklik

payı bırakılamayacak türden hizmetlerdir. Sunulan hizmette herhangi bir eksiklik ya da hata durumu yaşanır ise bu durum insan hayatını direkt olarak etkileme potansiyeline sahiptir.

2.3.3.2. Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri fonksiyonu:

Sağlığı geliştirmek ve daha meydana gelmemiş hastalıkları veya oluşma ihtimali olan sakatlıkları önlemeyi hedefleyen uygulamalar, koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık uygulamaları daha az çabayla ve daha az maliyetle daha fazla insanın sağlığını iyileştirmeyi veya düzeltmeyi mümkün kılmaktadır (Rose, 1981: 1847). Sağlık hizmeti sunumunda önemli ve büyük yeri bulunan hastaneler zararlı alışkanlıkları bırakma ile mücadele eğitimleri gibi birçok koruyucu sağlık hizmetinin verildiği kurumlardır. Bu sebeple koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda hastanelerin yeri ve önemi büyüktür.

Bireylerin hastalık ve sakatlık durumunun önüne geçilmesini amaçlayan koruyucu sağlık hizmetleri (Hayran, 2019: 173), aynı zamanda yıkıcı sağlık harcamalarının önüne geçerek halk sağlığı ve bireylerin ekonomik durumu üzerinde pozitif etkiler yaratmaktadır (Akman ve Kopuz, 2021: 11). Koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi; bu hizmetlerin hastalık, sakatlık, bağımlılık, salgın vb. durumları önleyici bir hizmet olmasında yatmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, hem kişinin sağlığının bozulmasına ve hayat kalitesinin düşmesine, hem de para ve zaman açısından daha maliyetli olan tedavi hizmetlerine gerek kalmadan para ve zaman tasarrufu sağlamaktadır. Bu durum ise önlenemez hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerine daha çok para ve zaman ayırabilmek, toplum sağlığını üst seviyeye çıkarabilmek, salgın ve bulaşıcı hastalıkların önüne geçebilmek hatta bazı bulaşıcı hastalıkları aşı uygulamasıyla sonlandırabilmek anlamına gelmektedir. Toplum sağlığını ve dolayısıyla toplum refahını yükseltmenin en önemli adımlarından biri ulaşılabilir koruyucu sağlık hizmeti sunmaktır.

2.3.3.3. Eğitim fonksiyonu:

Hastanelerin bünyesinde bulunan ve sağlık eğitimi alan öğrenciler, çalışan personel, hastalar ve anne adayları olan kişilere verilen eğitimler dahil olmak üzere pek çok farklı eğitimin hastanelerce verildiği bilinmektedir. Tıp ve sağlık alanında eğitim

gören öğrencilerin, eğitim kurumlarında aldıkları teorik bilgilerin klinik uygulamalarla birleştirilebilmesi için, hastanelerdeki staj programları aracılığıyla pratik eğitim ve deneyim kazanmaları sağlanmaktadır. Hastanelerde gerçekleştirilen bu eğitimdeki temel amaç, öğrencilerin teorik bilgileriyle psikomotor ve mesleki becerilerinin geliştirilerek birleştirilmesidir (Titrek, Hakkakul ve Varlı, 2015: 265). Ayrıca günümüzde sağlık yönetimi gibi alanlarda öğrenci olan kişiler de hastaneler bünyesinde gözlem ve uygulama ile ilgili kısımlarda tecrübe kazanmalarına fırsat sunan staj eğitimlerini almaktadırlar. Kısaca hastaneler tıp ve yönetim gibi alanlarda da eğitim fırsatı sunan birimlerdir. Hastanelerde, sağlık çalışanlarının ihtiyaç ve beklentilerin karşılanması bağlamında hizmet içi eğitimler uygulanmaktadır. Aynı zamanda hizmet içi eğitim uygulamalarıyla birlikte, verimliliğin artması ve işletme içindeki ilişkilerin güçlenmesi gibi pozitif gelişmeler yaşanmaktadır (Özpulat, 2010: 285).

Hastanelerin Sağlık Bakanlığı öncülüğünde kendi bünyelerinde sunduğu eğitim alanları olan bebek bakımı ve anne çocuk sağlığı (Yılmaz ve Sarı, 2022: 331-345); önleyici sağlık hizmetine imkân sağlamakta, hizmet içi eğitimler; sağlık personeli ve hekimlerin sağlık bilgisini, diğer personelin de kendi alanındaki bilgilerini güncel tutmasını sağlamakta (Atalay, 2000: 13), öğrencilerin staj uygulamaları; nitelikli personel yetişmesine katkı sağlamakta, iş sağlığı ve güvenliği benzeri eğitimler ise tüm personelin sağlığını koruyucu bir görev üstlenmektedir.

2.3.3.4. Araştırma ve geliştirme fonksiyonu:

Hastaneler bünyesinde gerçekleşen ARGE faaliyetleri; medikal cihazları, sarf malzemeleri ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsamına almaktadır. Hastanelerde gerçekleşen ARGE faaliyetlerinin sonucunda bilgi inovasyona, inovasyon teknolojik ilerlemeye ve teknolojik ilerleme ise hastanelerin finansal anlamda iyileşmesine olanak tanımaktadır (Link, 2006: 134-135).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yararlanılan teknolojik cihazların kullanımı ileri düzey uzmanlık gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerini diğer hizmet sektörlerinden ayıran bu özelliği sebebiyle hastanelerdeki ARGE çalışmaları önem kazanmaktadır. Hastanelerde gerçekleşen ARGE çalışmaları tıbbi ARGE çalışmaları ve idari araştırma geliştirme çalışmaları olarak iki farklı biçimde ele alınmaktadır. Tıbbi çalışmalar,

linik ve sağlık problemlerine y6nelik 7alışmalarıdır. İdari 7alışmalar ise sunumu ger7ekleştirilen sağlık hizmetinin etkinliğini, verimliliğini ve kalitesini arttırma hedefi doğrultusunda işletmecilik b6nyesindeki problemleri tespit ederek 76z6m6ne ilişkin araştırmaları kapsamaktadır (Karakaya, 2008: 19). Sağlık hizmeti sunan kurumlar 7ok y6nl6 ve işlevsel bağımlılığı y6ksek kurumlar olduğu i7in kendi i7inde bir7ok işleyiş problemini aynı anda barındırabilmektedir. Bunun yanı sıra sağlık bilimi ve teknoloğisi s6rekli yenilenen ve g6ncellenen bir yapıdadır. G6ncel, doğru ve dolayısıyla kaliteli hizmet sunumu i7in ARGE 7alışmaları aktif ve etkin şekilde y6r6t6lmelidir. Bu 7alışmanın devamında hastanelerin fonksiyonlarına yer verilmiştir.

2.3.3.5. Tedarik fonksiyonu:

Tedarik fonksiyonu, 6retim ve satış programları aracılığıyla ihtiya7ın belirlenmesiyle birlikte bu ihtiya7ı karşılamaya y6nelik 7alışmalar yapmakla g6revlidir. Ancak bu ihtiya7ın karşılanırken gerektiği zamanda, uygun kalitede ve istenilen yerde hazır olacak bi7imde giderilmesi gerekmektedir (Akin, 1996: 3). Birer sağlık işletmesi olan hastanelerde tedarik fonksiyonunun bina, cihaz, insan, malzeme ve hizmet olarak ele alınmasının konunun daha iyi anlaşılması adına yardımcı olacağı d6ř6n6lmektedir. Hastaneler sağlık hizmeti adı altında hizmet sunmanın yanı sıra bir7ok yan hizmeti de i7inde barındıran a7ık sistemlerdir (Ağırbaş, 2016: 21). Hizmet tedariki a7ısından insanın sunduğu sağlık, bakım, y6netim, kayıt, g6venlik hizmeti ile sosyal hizmet, bu sağlık hizmetinin sunumuna olanak veren ve kalitesini arttıran teknolojik cihazlar ile malzeme olarak adlandırılan medikal sarf ve ila7lar, t6m bunların ger7ekleşebileceği devamlılığını sağlayabileceği uygun ortam olan bina genel hatlarıyla tedarik fonksiyonunu oluşturmaktadır.

2.3.3.5.1. Malzeme ve cihazların tedariki:

Hastanelerde malzeme y6netimi, sağlık hizmeti sunumunun ger7ekleştirilebilmesi i7in gerekli olan ila7lar ve tıbbi ekipmanlar gibi maddi varlıkların se7imi, tedariki, dağıtımı ve işlenmesi s6reci bağlamında ger7ekleşmektedir (T6z, 2007: 44). Bu sebeple malzeme y6netiminin olmadığı bir ortamda hastanelerin hizmet sunması m6mk6n değildir. Ayrıca iyi bir malzeme y6netimi i7in kısıtlı kaynakların optimal d6zeyde kullanılması gerekmektedir. Optimal d6zeyde kullanılan kaynaklarla, eksik malzemelerin veya bozulmuş olan malzemelerin

ortaya çıkaracağı muhtemel sorunlar minimum düzeye indirilecektir. Malzeme yönetimi doğru biçimde ele alınmazsa hastanelerde fazla stoklama ya da az stoklama gibi problemlerle karşılaşılabilir (Eren, 1997: 171).

Sağlık hizmetinin kendi başına stoklanamaz olmasının yanında, sağlık hizmetlerinin tasarruf edilemez bir hizmet türü olması sebebiyle hizmet sunumunda kullanılan malzeme ile cihazlarının tedarikini optimal düzeyde tutmak fazlaca önemlidir. Fazla stoklama, elde bulunan cihaz ve malzemelerin miadının dolmasına sebep olarak bunları kullanılamaz hale getirebilmektedir. Diğer yandan az stoklama ise lüzum halinde malzeme eksikliği doğurabileceği için insan hayatını tehlikeye atabilmektedir. Tüm bunların yanında medikal malzeme ve cihazlar maliyeti yüksek satın alımlardır. Optimal düzeyde tutulamayan malzeme ve cihaz tedariki hizmet sunumunu imkânsız hale getirerek insan sağlığını tehlikeye atmakla birlikte, bu durum yaşanmasa bile maddi olarak kuruma büyük zarar verebilmektedir.

2.3.3.5.2. Hizmet tedariki:

Sağlık işletmelerinin gerekli olan faaliyetleri yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyulan temizlik, onarım, güvenlik, taşıma gibi birçok hizmet bu kapsamda yer almaktadır (Karakaya, 2008: 20). Sağlık işletmeleri, 7/24 sağlık hizmeti sunmanın yanında bu sağlık hizmetinin doğru, işlevsel, vaktinde ve güvenli sunulabilmesi için yan hizmetler de sunmaktadır. Sağlık işletmelerinin açık sistemler ve işlevsel bağımlılığı yüksek olan kurumlar olmasının sebebi budur. Onarım, güvenlik, lojistik, tedarik, yönetim, eğitim, bakım, halkla ilişkiler vb. diğer hizmetlerin aynı anda, tam zamanında, hızlı, etkin ve organize sunulamaması, sağlık hizmeti sunumunu da engelleyebilmektedir. Bu sebeple hizmet tedariki sağlık işletmeleri için önemini her zaman korumaktadır.

2.3.3.5.3. Bina tedariki:

Hastanelerin talep edilen sağlık hizmetini yerine getirebilmesi adına gerekli olan yer ve mekân bu kapsamda yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunulan yer ve mekân olan bina; güvenlik, işlevsellik, ulaşılabilirlik açısından en uygun şekilde hazırlanması gereken yerdir. Güvenli hastane binalarının varlığı, hastaların sağlık hizmeti almaları için rahat bir ortam sunarken, eski ve bakımı eksik bırakılan binalar, hastaların

güvenlikleri bağlamında tehdit oluşturabilmektedir (Chan ve ark., 2014: 72). Bu bağlamdan hareketle hastanelerde sağlıklı bina yapımı ve inşasının önemi göz önüne alındığında, diğer hizmet sektörlerine göre daha detaylı ve farklı bir bina yönetimi gerçekleştirilmektedir (Lavy ve Solis, 2010: 121). Binanın kendi güvenliğinin yanında bireylerin sağlık güvenliğini de içinde barındırması gerekmektedir. Uygun havalandırmadan başlayarak farklı sağlık hizmeti veren birimlerin izolasyonu ile birbirine ulaşılabilirliği aynı anda sağlanabilmelidir. Hastaların ihtiyacı olan her bir bölüme kolayca ulaşabilmeleri, personellerin tüm hizmetler için birimlere ve birbirlerine ulaşabilmeleri, bulaşıcı hastalıkları önlemek için birimlerin birbiriyle olan etkileşimlerinin yanında havalandırma, temizlik, hasta ve cihazların birimler arası taşıma işleminin güvenle sağlanabilmesi için uygun altyapı ve bina yapısı olmalıdır.

Bina; elektrik, ısıtma, soğutma, atık yönetimi, sterilizasyon yönetimi vb. tüm ihtiyaçların tüm güvenliği sağlanarak kesintisiz biçimde sunulmasına olanak vermeli ve binanın iç ve dış ulaşılabilirliği ile güvenliği her zaman her koşulda kesintisiz ve kolay olmalıdır. Ayrıca büyük veya küçük çapta doğal afetler için dayanıklılık ve salgın durumları için yeterli büyüklüğü sağlaması gerekmektedir.

2.3.3.6. Üretim fonksiyonu:

Hastaların hastaneden hangi sağlık hizmetini talep edecekleri hasta ihtiyaçlarına yönelik olarak değişim göstermektedir. Hastanelerin üretim fonksiyonu hastalara sunulan hizmeti kapsamaktadır (Durceylan, 2013: 3). Hasta ve hastalık şüphesiyle hastanelere başvuruda bulunan hastalar uygun teşhis, tedavi, muayene ve hasta bakımı gibi hizmetler almaktadır. Bu hizmetler hastanelerdeki üretim fonksiyonunu oluşturmaktadır. Hastanelerin üretim çıktısı hizmet olduğu için, üretimin sağlanabilmesinin yanında üretilen hizmetin doğru sağlanabildiğini anlamanın yolu verilen hizmetler ve hizmetlerin sonuçlarına bakmaktır. Hasta olan veya hastalık şüphesiyle başvuran hastaların her birine şikayetine göre kişiye özel tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.

2.3.3.7. Pazarlama fonksiyonu:

Sağlık sektörüyle pazarlama kavramı birbirine yakın gözükmesine de sağlık kurumlarında da pazarlama girişimleri gerçekleşmektedir. Sağlık sektöründe

pazarlama kavramı 1970’li yıllarda ortaya çıkmıştır. Pazarlama kavramı sağlık hizmetleri bağlamında, hastaların talepleri ve beklentilerini karşılayarak, kurumun bilinirliği ve güvenilirliğini arttırma yoluyla rekabet ortamında kalite düzeyinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla ortaya çıkmıştır (Salman ve Uydacı, 2011: 45). Sağlık hizmetleri sektöründe pazarlama kavramı sektörün, teknolojinin ve toplumun gelişmesiyle birlikte sağlık işletmelerinin rekabete başlaması sonucu meydana çıkan bir kavramdır (Karaçor ve Arkan, 2014: 90). Bu rekabet hizmet kalitesini arttırmanın yanında sağlık hizmetleri pazarlamasının doğmasını sağlamış, pazarlama ise sağlık hizmetlerini ve sağlık hizmeti sunucularını görünür kılarak sektörün ilerlemesinde itici bir görev üstlenmiştir.

2.3.3.7.1. Ürüne ilişkin faaliyetler:

Sağlık hizmetlerinde sunulan ürünler soyut ve somut olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde soyut ürünler tedavi, temizlik, otelcilik, yemek vb. hizmet ürünlerini kapsamaktadır. Somut ürünler ise ilaç, protez, tıbbi cihazlar vb. malları kapsamaktadır (Gümüş, 2019: 37). Bu kapsamda yapılacak olan faaliyetler müşteri, ürün analizi, piyasada yer alan diğer sağlık hizmeti sunucularının durumlarının analizi, müşterilerin aldıkları hizmete bakış açıları gibi ürünü ilgilendiren faaliyetler olmalıdır (Karakaya, 2008: 21).

Ürünü ilgilendiren bu faaliyetler ürün olan hizmetin doğru, kaliteli ve güncel sunumunun tespitinin yapılabilmesini sağlamaktadır. Hem soyut hem de somut ürün ile hizmetlere yapılan ve gelecekte yapılacak olan yatırımların belirlenmesi, sağlık işletmesinin şu anki durumunun görülmesine yardımcı olmaktadır. Bu şekilde işletmenin büyümesi kontrol altına alınarak pazarda tutunabilmesi için de doğru adımlar atılabilmektedir.

2.3.3.7.2. Fiyata ilişkin faaliyetler:

Hizmet sektörlerinde fiyat, sağlık sektörü kapsamında alınan hizmetin kalitesinin belirleyici unsurlarından birisi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca fiyatlandırma, hizmet işletmelerinin kârlılığını etkileyen önemli bir faktördür (Durceylan, 2013: 4). Ayrıca hastanelerin sunumunu gerçekleştirmiş olduğu sağlık hizmetinin kamu ve özel hastaneler dahil olmak üzere fiyat belirleme yetkinlikleri

bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması uygulamaları Maliye Bakanlığı ve Türk Tabipler Birliği bünyesinde gerçekleştirilmektedir. Özel statüdeki hastaneler, kamu hastanelerinin aksine bazı esnemeler gerçekleştirerek fiyatlara kısmen müdahale edebilmektedir (Karakaya, 2008: 21). Fiyat belirlemesi özellikle özel sektörde hastanelerin sınıfına göre değişebilmektedir. Fiyatın belirlenmesinde arz ve talep faktörlerinin rolü bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyatında arzın rolü göz önüne alındığında, fiyatında artış görülen bir hizmetin özel sağlık kuruluşlarında alınması eğilimi artabileceği gibi, fiyatı yüksek ameliyatlara yönelimin artış göstermesi durumuyla da karşılaşılabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde talebin rolü göz önüne alındığında, sağlık hizmeti almak isteyen bireylerin gelir durumu talebi oldukça etkileyecektir.

2.3.3.7.3. Dağıtıma ilişkin faaliyetler:

Hastanelerde dağıtım unsuru, sağlık hizmetinin hastalara sunulduğu mekân ve sağlık hizmetinin nasıl sunulduğuyla ilişkilidir (Haksever ve ark., 2000: 133). Sağlık hizmetlerinde hizmet dağıtımı konusu ele alındığında, sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği ve bulunabilirliği olmak üzere iki önemli faktör söz konusu olmaktadır. Ulaşılabilirlik kavramı, ulaşılabilirlik derecesi ve yönlendirme bağlamında iki farklı faktörde incelenmektedir. Bunlardan ilki, sağlık işletmesinin etki alanındaki coğrafi bölge içindeki bireylerin sağlık hizmetine ne derece ulaşabildiğiyle alakalıdır. İkincisi ise hastanın hastaneye nasıl kabul edileceği ve farklı bir sağlık işletmesine nasıl yönlendirileceğiyle ilişkilidir. Bulunabilirlik ise hastanın sağlık işletmesine başvurduğu anda ihtiyacı olan sağlık hizmetinin var olmasıyla ve hizmetin çeşitliliğiyle ilişkilidir (Tengilimoğlu, 2000: 194).

Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişinin sadece hastalığı ve durumu bile ulaşılabilirlik açısından sorun yaratabilirken, sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğinin meydana gelebilecek öngörülür veya öngörülemez her durum gözetilerek sağlanması gerekmektedir. Sağlık kurumu toplumsal olaylar, salgınlar, afetler, kurumun konumu, gelebilecek hastanın içinde bulunabileceği durum da gözetilerek bunlardan etkilenmeyecek ya da en az etkilenebilecek şekilde konumlanarak ulaşılabilirlik sağlamalıdır. Hastanın hastaneye kabulü sağlanırken ve başka kuruma sevkinin gerekebileceği durumlarda da ortamın fiziki koşullarının ulaşılabilirliğe göre tam olarak sağlanması gerekmektedir. Ulaşılabilirliğin yanı sıra özellikle önemli olan konu

bulunabilirliktir (İkizler, 2023: 204). Hastanın ihtiyacı olan veya olabilecek sağlık hizmetinin ulaşılabilir kurumda bulunması hasta açısından hayati öneme sahip olabilmektedir. İşletmede bulunmayan veya sağlanamayan sağlık hizmetinin gerektiği durumlarda ise devreye bulunabilirliği sağlayan başka bir sağlık işletmesi ve bu sağlık işletmesine sevki sağlayan işletmenin bir diğer işletmeye ulaşabilirliği.

2.3.3.7.4. Tutundurmaya ilişkin faaliyetler:

Hizmet arz eden işletmelerde reklam, pazarlama ve tutundurma faaliyetlerini kapsamaktadır. Ayrıca hastanelerde sunulan hizmetin soyut olması ve sağlık işletmelerinin yapısı, diğer hizmet sektörlerinden farklı olmasından dolayı reklam ve pazarlama konusunda daha hassas bir yapıdadır. Sağlığın bu hassas yapısından kaynaklı olarak tutundurma faktörü, diğer sektörlerle göre farklılık göstermektedir (Durceylan, 2013: 5).

Hastanelerde tutundurma faaliyeti, hastaları bilgilendirerek, teşhis ve tedavi sürecindeki bireyleri daha katılımcı hale dönüştürerek hizmet sunumunu kolaylaştırmaktadır. Olması gereken biçimde kullanılan tutundurma araçları, örneğin reklamlar, herhangi bir hastalığın erken teşhisine yardımcı olabilmektedir (Tengilimoğlu, 2000: 196). Tutundurma faaliyetinin en önemli fonksiyonu bilgilendirmedir (Demirdöğen ve Sarı, 2016: 171). Bilinçli hastalar veya hasta adayları koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine katılımlarından dolayı doğru sağlık hizmeti almakla birlikte hem kişisel sağlık maliyetlerini hem kurumun maliyetini hem de devletin tedavi için yaptığı maliyetleri düşürmektedir. Bu durum toplum ve kişi sağlığını yükseltici bir sonuç çıkarmasının yanında tedavi uygulamalarının hızlanmasını ve tedaviye ayrılan bütçenin artmasını da sağlamaktadır.

2.3.3.7.5. İnsana ilişkin faaliyetler:

Sağlık hizmetinde üretim ve tüketim eş zamanlı olarak gerçekleşmekte, sağlık hizmeti üretildiği anda tüketilmektedir. Hastanelerde gerçekleşen hizmeti üreten ve tüketen insandır. Kısacası, sağlık hizmetinde insanın hem emeği hem de hizmetten faydalanması söz konusudur. Bu nedenle, insan unsuru sağlık hizmeti sürecinin vazgeçilmez ve önemli bir parçasıdır. Bu durum, sağlık hizmeti sunumu gerçekleştiren hastaneler bağlamında ele alındığında, sağlık hizmetini sunan sağlık

profesyonellerinin, hastaların ve sağlık hizmetiyle ilgisi olabilecek kişilerin hizmet sunumu sürecinin içinde yer alması gerekmektedir (Büyükdere ve Korkutan, 2024: 87-88). Sağlık hizmetinin yapısından kaynaklı olarak eş zamanlı gerçekleşen üretim ve tüketim döngüsü, insan unsurunu hizmet sürecinin merkezine yerleştirmektedir. Sağlık profesyonelleri, hastalar ve hizmetle ilişkisi olan tüm paydaşlar, sağlık hizmeti sunumunun ayrılmaz bir parçası hâline gelmektedir. Bu insan merkezli yapı, sağlık hizmetinin niteliğini ve sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir.

2.3.3.7.6. Fiziksel unsurlara ilişkin faaliyetler:

Fiziksel kanıtlar, hizmet sektörünün en önemli unsurlarından birisini oluşturmaktadır. Özellikle sağlık hizmeti tüketicileri hizmetler hakkındaki ilk görüşünü fiziksel kanıtlarla oluşturmaktadır. Hastanelerin mimari yapısı, dekoru, tasarımı, ışığı, ısısı ve hijyeni gibi birçok fiziksel unsurun hasta yakınları ve çalışanların davranışları üzerinde etkili olduğu dikkat çekmektedir (Temizkan ve Akbaba, 2018: 14-15). Hastalar için hastane ziyareti sırasında verilen giriş fişleri, tahlil ve tetkik sonuçlarının basılı halleri, radyolojik görüntüleme DVD'leri ve ameliyat raporları gibi belgeler, sağlık hizmetinin fiziksel parçası olan unsurlardır (Büyükdere ve Korkutan, 2024: 87). Kısacası, fiziksel kanıtlar, hastaların hastane hakkındaki ilk izlenimlerini oluşturmada önemli bir rol oynamaktadır. Hastane ortamının temizliği, düzeni ve sunulan belgeler, hastaların güven duygusu geliştirmesini ve hizmet kalitesini görmesini sağlayan faktörlerdir. Bu faktörler sağlık hizmetinin algılanan kalitesini doğrudan etkilemektedir.

2.3.3.7.7. Sürece ilişkin faaliyetler:

Hastaneler bağlamında süreç kavramı, hastanelerin sunacağı hizmetler ve hastanenin büyüklüğüyle doğrudan ilişkilidir. Hastanelerde işleyen süreç, ayaktan ve yatan hasta olarak iki farklı gruba ayrılmakta, her iki grup için de farklı şekilde işleyiş göstermektedir (Rahman, 2016: 6). Ayrıca sağlık hizmetlerindeki süreç yönetimi, yalnızca hasta bakımından ziyade hastane işleyişinin tüm yönlerini de kapsamaktadır. Sağlık hizmeti, fiziksel mallarda olduğu gibi tek seferde değil, belirli bir süreç içerisinde sunulmakta ve tüketilmektedir. Bu duruma ek olarak, sağlık kuruluşlarında malzeme temini, ihaleler, kiralama, bütçeleme, ödeme, hizmet içi eğitim ve hasta bilgilendirme gibi pek çok süreç yürütülmektedir (Büyükdere ve Korkutan, 2024: 89).

Kısacası, hastanelerde sunulan sağlık hizmeti yalnızca tedavi süreçlerini değil, yönetsel ve operasyonel birçok süreci de içerisinde barındırmaktadır. Bu nedenle hastane yönetiminde süreçlerin etkili ve koordineli biçimde planlanması, hasta memnuniyeti ve kurumsal verimlilik açısından oldukça önemlidir.

2.3.3.8. Yönetim fonksiyonu:

Hastanelerin sağlık hizmeti sunumunu verimli bir biçimde yerine getirebilmesi için etkin bir yönetime sahip olmaları gerekmektedir. Hastane yöneticisi hastalar, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarıyla iyi iletişim kurabilen ve hastanenin etkin yönetiminden sorumlu olan kişidir. Bu sebeple hastane yöneticilerinin, kurum aktivitelerine hâkim olan, ileri derece koordinasyon yetisine sahip ve liderlik vasfı barındıran kişilerden seçilmesi gerekmektedir (Beyatlı, 2017: 19).

Hastaneler hizmet üretimi gerçekleştiren yapılardır ve bu özelliği nedeniyle birer hizmet işletmesidir. Bu sebeple genel işletme ve yönetimden farklı olarak ele alınamamaktadır. Ancak hastanelerin organizasyonel yapısının karmaşıklığı ve diğer hizmet sektörlerinden farklı nitelikteki özellikleri nedeniyle hastane idareciliği oldukça profesyonel bir yaklaşım gerektirmektedir. Hastane idaresi, sağlık kuruluşunun örgütsel amaçlarını maliyet etkin, etkili ve verimlilik esasına dayalı bir şekilde yerine getirebilmesi adına organize etme, planlama, uygulama, koordine etme ve denetleme fonksiyonlarını sağlamaktadır (Ağırbaş, 2016: 17). Sargutan (2006) sağlık bağlamında yönetimi;

- Sağlık planlaması
- Yürütme
- Düzenleme
- Mevzuat şeklinde dört fonksiyona ayırmıştır

Hastaneler bağlamında yönetim, bunu sağlarken söz konusu fonksiyonlara ilişkin kavramsal, kuramsal ve ilkelere dayalı model ve tekniklerin organize, bilinçli ve sistematik bir şekilde uygulanmasıyla ilgili faaliyetlerin tümüdür (Ağırbaş, 2016: 17). Yönetimi profesyonel biçimde sağlanamayan sağlık kurumları, ayakta kalamayacak ve asıl amacı olan sağlık hizmeti sunumunu etkin, etkili, zamanında ve işlevsel olarak sunamayacaktır. Sağlık işletmelerinin çalışanlarının profesyonel olmak

zorunda olmasının yanı sıra yöneticileri de profesyonel olmalıdır. Hastane ile sağlık yönetimi biçimlerine göre işletme yönetimi bilinçli şekilde yürütmelidir.

2.3.3.9. Toplumun sağlık seviyesini yükseltme ve sosyal fonksiyonlar:

Hastaneler çoğunlukla birinci derece sosyal sorumlulukları olan kuruluşlardır. Herhangi bir kuruluşun sosyal sorumluluk anlayışı hastanelerdeki kadar gelişmiş değildir. Çünkü hastanelerin kuruluşu birer sosyal sorumluluk anlayışının yansımasıdır. Hastanelerin liberal birçok ülkede bile devlet eliyle kurulup işletilmesi devletin sosyal sorumluluktaki görevlerini ve amaçlarını yerine getirdiğini göstermektedir (Karakaya, 2008: 22). Hastaneleri diğer işletmelerden ayıran en önemli özelliklerden biri, varlıklarıyla da yokluklarıyla da tüm toplumun sağlık seviyesini tek başına etkilemeleridir. Devletler ve toplumlar insanla var olmakla birlikte insan için var olmuşlardır. Sağlıksız insanlar, sağlıksız toplumlar ve devletler aynı zamanda sağlıksız gelecek demektir.

2.3.3.10. Finansman fonksiyonu:

Hastaneler, hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık talebine karşılık vermekle yükümlü kurumlardır. Ancak bu talebe karşılık vermek için hastanelerin kıt varlıklarını etkin yönetmesi gerekmektedir (Özen ve Çetiner, 2019: 235). Sağlık kurumlarının ilk önceliği, halk sağlığına yönelik kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirmek, ikinci önceliği ise kâr elde etmektir (Yılmaz ve Ekşi, 2018: 1). Bu sebeple finansal yönetim hastaneler için önem arz etmektedir. Çünkü hastanelerin varlıklarının verimli ve etkin şekilde kullanılması, finansal yönetim alanı açısından ele alınan bir konudur (Yılmaz ve Kaya, 2022: 96).

Hastanelerin gelirleri, giderleri, kaynak ve bütçesiyle alakalı işlemler, yönetim ve düzenlemeler bu fonksiyon içerisinde yer almaktadır. Hastanelerin sunduğu sağlık hizmeti oldukça pahalı bir hizmet türüdür. Bu sebeple sağlık harcamaları içerisinde en büyük pay hastanelere aittir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024). Sağlık hizmetinin stoklanamaz ve tasarruf edilemez (Bilgili ve Ecevit, 2008: 204-205) bir hizmet olması da maliyetinin artmasının önemli sebeplerinden biridir. Sunulan tanı, teşhis, tedavi, bakım, rehabilitasyon, takip ve yan hizmetlerin her birinin ayrı bir

maliyeti vardır. Finansman fonksiyonu tüm bu maliyetlerin yönetimi ve düzenlenmesini, giderler kadar gelirlerin de yönetilmesini içermektedir.

2.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler yapısı gereği karmaşık ve yönetilmesi en zor olan hizmet kuruluşlarındandır. Hastaneler ileri uzmanlık gerektiren ve toplumla birlikte gelişim göstermesi gereken organizasyonlardır. Karmaşık olan bu sağlık kuruluşlarının kendi içinde sınıflandırmaları mevcuttur. Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010) yapmış oldukları çalışmaya göre hastaneleri sınıflandırırken, hastaneleri genel olarak mülkiyet durumlarına, yatak kapasitelerine (büyüklüğüne), bünyesindeki tedavi hizmetlerinin niteliklerine, eğitim ve araştırma hizmeti sunumlarına, hastaların hastanede kalma sürelerine, akreditasyon durumuna ve dikey bütünleşme basamağına göre ayırmaktadır.

Ülkemizdeki hastaneler mülkiyet statüsü ve hukuki niteliğine göre Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastaneleri, üniversitelere bağlı tıp fakültesi hastaneleri, özel hastaneler ve diğer hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Millî Savunma Bakanlığı hastaneleri, belediye ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastaneler, diğer hastaneler kapsamına dahil edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023a: 156).

Hastanelerin büyüklüğü belirtilirken kullanılan kriter yatak sayısıdır. Bu sebeple büyüklüğüne göre hastaneler sınıflandırılırken; büyük, orta, küçük olarak ayrılmaktadır. Hastane 400 yatak ve üzeri kapasiteye sahipse eğer büyük, 200 ve 400 arası yatak kapasitesine sahipse orta, 200 ve altı yatak kapasitesine sahipse küçük hastaneler olarak adlandırılmaktadır. Büyük hastaneler birincil ve ikincil bakımın yanında üçüncül bakımı da üstlenen sağlık kurumlarıdır. Birincil bakım; hastanelere gidilmesine ihtiyaç olmadan hastalığın önlendiği veya tedavisinin gerçekleştirildiği adımdır. İkincil bakım; tıbbi tedavilerin yapıldığı ve birçok ameliyat işleminin gerçekleştirildiği adımdır. Üçüncül bakım ise; organ nakli, açık kalp ameliyatı gibi işlemleri kapsayan adımdır (Tengilimoğlu ve Çermikli, 2002: 175).

Hastaneler sunduğu tedaviye yönelik hizmetlerin niteliğine göre sınıflandırıldığında genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Genel hastaneler acil sağlık hizmetleri sunumunda yaş veya cinsiyet

ayırımına gitmeden tüm hastaları kabul etmekte ve tedavilerini uygulamaktadır. Bünyelerinde yer alan birbirinden farklı uzmanlık alanlarıyla bu alanlarda geniş kapsamlı ayaktan ve yataklı tedavi hizmetleri vermektedir. Özel dal hastaneleri ise belli bir yaş grubuna veya cinsiyete mensup hastalara ve belirli hastalıklara sahip hastalara sağlık hizmeti veren, alanında uzmanlaşmış sağlık kurumlarıdır. Bu hastaneler; kadın doğum ve çocuk hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, göz hastaneleri vb. şekilde örneklendirilebilmektedir (Töz, 2007: 8).

Hastaneler eğitim faaliyetlerine katkıları bakımından eğitim hastaneleri ve eğitimsel amaçları olmayan hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Eğitim hastaneleri, teşhis ve tedavi hizmetleri sunmakla beraber sağlık alanında görev alacak olan profesyonellerin teorik ve pratik eğitimlerini gerçekleştirdikleri kurumlardır. Ülkemizde doktorlar alanlarındaki uzmanlık eğitimlerini eğitim hastanelerinde tamamlamaktadır. Eğitim statüsü olmayan hastaneler ise sağlık hizmetlerine odaklanmakla birlikte belirli staj uygulamalarına ev sahipliği yapmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 116).

Hastanelerde kalış süresi, hastanelerin sınıflandırılması için kullanılan bir başka ölçüttür. Hastaların kalma süresi 30 günün altında olan hastaneler, hastanede kalma süresi bakımından kısa dönemli hastaneler olarak sınıflandırılır. Hastaların 30 günden daha fazla kaldığı hastaneler ise hastanelerde kalma süresi uzun olan hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Tengilimoğlu ve Çermikli, 2002: 175).

Hastanelerin akredite edilme durumlarına göre sınıflandırılması Türkiye’de uygulanmamaktadır. Ancak Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Kurumları Akreditasyon komisyonu tarafından uygunluğu belirlenen hastaneler akredite edilmiş hastaneler olarak faaliyet göstermektedir. Bu bağlamda hastanelerin bahsedilen komisyon tarafından akredite edilmiş hastaneler ve akredite edilmemiş hastaneler olarak sınıflandırılması ve bu sınıflandırmadaki akredite edilmiş hastanelerin finansal açıdan bazı ayrıcalıkları söz konusudur. Akreditasyonu olan hastaneler toplum saygınlığını da büyük ölçüde kazanmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 116).

Hastanelerin kapsamlı sağlık planlaması bağlamında dikey bütünleşme basamaklarına (vertical integration) göre sınıflandırılması; birinci (primer), ikinci (sekonder) ve üçüncü (tersiyer) basamak hizmet sunumu gerçekleştiren hastaneler

şeklinde yapılmaktadır (Wolper ve Pena, 1995: 14). Basamaklarına göre bakıldığında birinci basamak hastaneler, daha çok ayaktan tedavi ve teşhis hizmetleri alan hastalara hizmet veren hastanelerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri veren hastaneler, yataklı tedaviyi kısa süre alan hastaları kabul etme bu bağlamda birinci basamağa göre kapasitesi ve donanımı daha büyük olan hastanelerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastaneler ise ileri düzey teknolojiye tıbbi cihaz ve donanımlara sahip olan, alt basamaklarda tedavisi mümkün olmayan hastalara hizmet veren hastanelerdir. Üçüncü basamak hastanelere üniversite hastaneleri örnek verilebilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 117).

2.4. Hastanelerin Yönetimi

Hastane yönetimi, yönetim olgusunun hastanelerde uygulanmasında sadece sağlık yönetimi değil aynı zamanda genel yönetimi de içeren bir yönetim çeşididir. Yataklı tedavi gerçekleştiren işletmelerde üretilen hizmetlerin planlaması, örgütlenmesi, yürütülmesi, denetlenmesi ve eşgüdümlemesi biçiminde tanımlanabilmektedir (Karakılçık, 1997: 41). Son dönemlerde kamu ve özel sağlık işletmelerinin maliyetlerini düşürmeye yönelik eylemleri, hastaneler arasında yükselen rekabet, hastaların ve hasta yakınlarının istek ve ihtiyaçlarında yaşanan değişiklikler, gelişen teknoloji gibi sebeplerle sağlık hizmetlerinin etkinliği konusundaki baskılarda artış yaşanmıştır. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık işletmelerinin etkin bir şekilde yönetilememesinin sebepleri; sınırlı kaynak ayrımı ve sağlık hizmetlerine ayrılan fonların kısıtlılığı, hizmet kalitesine odaklanmanın arka plana atılması, politik sebepli engeller ve sağlık kurumları yöneticiliğine yönelik eğitimlerin yetersiz kalması gibi gerekçelerdir. Bu durum hastanelerin daha etkin ve verimli hizmet sunmalarının önünde engel teşkil etmektedir (Withanachchi, Karandogada ve Handave, 2004: 361).

Hastaneler çoğunlukla kamu yararına hizmet sunumu gerçekleştiren, bireysel ve özel çıkarları gözetmeyen kısaca kâr amacı gütmeyen ve kamu yararına hizmet sunumu gerçekleştirme amacı olan kurumlardır. Bu nedenle hastanelerin daha etkin, kaliteli ve verimli hizmet sunumu gerçekleştirebilmesi için etkin örgütsel yapı ve tekli yönetime sahip olmaları beklenmektedir. Ayrıca hastanelerin sahip olduğu birbirinden farklı birimlerin arasında iş birliği ve düzenli şekilde işleyen iş akışı sağlandığı takdirde hastanelerde etkin yönetimin gerçekleşmesi mümkün olacaktır. Uygulamalı

yönetim dallarının en somut örneklerinden olan hastane yönetimi, hastanelerde üretilen sağlık hizmetinin planlanması, örgütlenmesi, denetlenmesi ve eşgüdümlemesidir (Karakılçık, 1997: 43-44).

Kısaca hastanelerde yönetim, üretilen sağlık hizmeti aracılığıyla toplumun sağlık düzeyini iyileştirme, geliştirme, koruma ve belirlenen hedeflerin yerine getirilmesi için insan kaynaklarının planlanması, örgütlenmesi, denetlenmesi ve harekete geçirilmesi sürecinin tamamıdır (Can ve İbicioğlu, 2008: 260).

Hastane yönetiminde asıl amaç, insan sağlığını önemli bir kriter olarak ele alarak hasta ve yaralıları tedavi etmek, eğitim ve araştırma faaliyetlerini verimli şekilde gerçekleştirerek, sağlığını koruyan bireylere güven vermektir. Ayrıca ülkenin ve bireylerin sağlık göstergelerinin seviyesini arttırmak, personellerine kaliteli ve insani şartlarda çalışma ortamı ile çalışma şartları sağlamak ve sunduğu hizmetlerde çevreci bir yaklaşım benimsemek, sağlık kurumu olarak hastanelerin idari amaçları kapsamındadır (Karakılçık, 1997: 44). Hastane yönetimi kendi içinde sağlık yönetimiyle birlikte işletme yönetimini de barındırmaktadır. Bu sebeple sağlık kurumlarının her iki alanda da yetkin, eğitilmiş, bilgili ve uzmanlaşmış kişilerce yönetilmesi gerekmektedir. Hastane yönetiminde toplum yararını gütmek en temel var olma amacıdır. Ancak sunulan hizmetin tüm topluma eşit ve adil dağıtılması gerekmesinin yanında bu hizmet aynı zamanda kişiye özel de olmalıdır. Sağlık hizmetinin sunumu, kişilerin ve toplumun sağlığını korumak, yükseltmek gibi bir sosyal sorumluluk gerektirmekle beraber gerçekçi maliyet, zaman ve iş yönetimini de gerektirmektedir. İşletmecilik anlayışının sağlık hizmeti gibi sosyal sorumluluk gerektiren ve kâr amacı gütmeyen, aynı zamanda bilgi asimetrisi oldukça yüksek olan bir hizmet türüne doğru şekilde uyarlanarak uygulanması oldukça profesyonel ve incelikli bir yönetim anlayışını gerekli kılmaktadır. İki yönetim anlayışının da hasta ve müşteri, kâr ve zarar, pazarlama ve reklamcılık, eğitilmiş personel çalıştırma ve personel eğitme, arz ve talep, tasarruf ve stok, ürün ve üretici gibi kavramlarının birbirine benzer görünen ancak çok ayrı kavramlar ve yaklaşımlar gerektiren paydaları bulunmaktadır. Toplum sağlığı çok kapsamlı bir ifade olduğu için birey sağlığının yanı sıra çevre sağlığı da hassas bir nokta olarak ele alınmalıdır. Tüm bunlar büyük bir organizasyon, maliyet, zaman, eğitim ve yönetim anlayışı gerektirmektedir.

Hastane başvuru sürecindeki ilk adımdan itibaren tanı, teşhis, tedavi, rehabilitasyon, kontrol, koruyucu sağlık hizmetleri, hasta sevki, olağanüstü durumlara hazırlık, bilgilendirme ve bilinçlendirme, eğitim, otelcilik, yemek, güvenlik, ulaşılabilirlik, bulunabilirlik, halkla ilişkiler, pazarlama, reklamcılık, atık bertarafı, dekontaminasyon ve sterilizasyon, finans yönetimi, işletme yönetimi, insan kaynakları yönetimi vb. çoğaltarak sıralanabilecek birçok alan, bilim ve hizmet eşgüdümlü bir şekilde yürütülmelidir.

2.5. Sağlık Sistemi

Sistem, belirli bir amaç veya amaçlar doğrultusunda birbirleri ile armonik şekilde çalışan bir bütündür. Yapısı gereği sağlık hizmeti de aynı hedefe odaklanan birimleri ve birden farklı alt sektörleri içerisinde barındıran özelliği ile bir sistem olarak değerlendirilebilmektedir. Bu tanımdan hareketle sağlık sistemi, asıl amacı sağlık düzeyini geliştirmek olan ve içerisinde hizmet sunumu, finansmanı ve mevzuatı gibi faktörlerin de yer aldığı girdiler, bu girdiler bağlamında gerçekleştirilen süreçler ve çıktılardan meydana gelen bütüncül yapıdır (Çevik ve Yüksel, 2019: 210). DSÖ'nün tanımlamalarında sağlık sistemine sağlığı iyileştirme, geliştirme ve koruyarak sürdürme önceliğine dayanan; insan gücü ve örgütler bağlamında fiiller gerçekleştiren bir bütün olarak yer verilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2007). Sağlık sisteminin asıl hedefi halk sağlığının geliştirilmesi, bireylerin ve toplumun sağlık harcamalarından kaynaklanabilecek mali yükler ve risklerden korunması ve sağlık hizmetiyle ilişkili toplumsal memnuniyetin artırılmasıdır (Sungur, 2021: 2174). Ülkeler açısından ele alındığında sağlık sistemi, ülkeleri finansal, hukuksal, politik ve sosyal açılardan doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen ve bunlardan etkilenen kompleks yapılardır. Ancak ülkeler sosyal, politik ve ekonomik açıdan birbirleri ile benzerlik gösterebilirler bile sağlık sistemleri bağlamında birbirinden farklılık gösterebilmektedirler (Karaca ve Atılğan, 2021: 1). Günümüzde ülkeler birbirinden daha farklı sağlık sistem modellerini uygulamaktadırlar. Sağlık sistemleri içinde sağlık finansmanı, sağlık hizmetinin sunumu çerçevesinde, kamu veya özel sektör aracılığıyla hizmet sunumu gerçekleştirmesine göre değerlendirmelere tabi tutulmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015: 105).

Çağdaş ve modern sağlık sistemi bağlamında ülkeler, insan sağlığını korumak, tedavi hizmetleri sunmak ve sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak gibi mali

boyutlu hedefler belirleyerek farklı sağlık sistemleri uygulamalarına gitmişlerdir. Söz konusu sağlık sistemlerinin temel bileşenleri, sağlık hizmetlerinde kullanılan varlıklar ile bu varlıkların etkin yönetimi, arz edilişi ve finansman yapısıdır (Culyer ve Newhouse, 2000: 13-19). Ülkelerin tercih etmiş oldukları sağlık sisteminin özellikleri, makro düzeyde sağlık alanındaki finansal harcamaları ve sağlık ile ilişkili sağlık göstergeleri gibi sağlık hizmeti çıktılarını etkileyen unsurları göstermektedir (Karaca, 2023: 125). Sağlık sistemi içerisinde politika yapıcılar sistemi kavramış olmalı, bunun yanında sistemi geliştirerek iyileştirecek araçları bilmeli ve reform planlamaları adına gelişmiş ülke sistemlerini araştırmalıdır (Hsiao, 2003: 1).

Yukarıda yer verilen sebepler ile ülkeler farklı sağlık sistemlerini benimsemişlerdir. Bu durumu örnekleyerek açıklamak gerekirse, sanayileşmiş ülkelerde; girişimci sağlık sistemlerini benimseyen ülke Amerika Birleşik Devletleri, refah odaklı sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler Almanya, Fransa, Japonya, Kanada ve Avustralya, kapsamlı sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler Büyük Britanya ve İskandinavya, sosyalist sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler Sovyetler Birliği, Polonya, Yugoslavya ve diğer doğu sosyalist sağlık sistemleridir. Geçiş ülkeleri arasında; girişimci sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler Tayland ve Filipinler, Latin Amerika'daki refah odaklı sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler ise Brezilya, Peru, Meksika, Şili ve diğer ülkeler, refah odaklı sağlık sistemini benimseyen diğer ülkeler Mısır, Türkiye, Irak ve Malezya'dır. Gelişmemiş ülkeler arasında; kapsamlı sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler Kenya, Gana Zaire, Pakistan ve Endonezya, refah odaklı sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler ise Burma, Hindistan, Zimbabve ve Liberya, kapsamlı sağlık sistemlerini benimseyen diğer ülkeler ise Sri Lanka ve Tanzanya, sosyalist sağlık sistemlerini benimseyen ülkeler ise Vietnam, Mozambik ve Çin'dir (Neuhauser, 1994: 656). Ülkeler kendi sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerini göz önünde bulundurarak farklı sağlık sistemlerini benimseyebilmektedirler.

2.5.1. Sağlık Sistemlerinin Fonksiyonları ve Amaçları

DSÖ'nün sunduğu rapora göre, sağlık sistemi modelinin belirlenen amaçlara ulaşabilmesi, sağlık sisteminin etkinliğinin iyileştirilmesi yönünde etkili olan 4 unsur (finansman, hizmet sunumu, kaynak yaratma ve vekilharçlık) bulunmaktadır (DSÖ, 2000). DSÖ, sağlık sistemlerinin hepsinin birbirlerinden farklı olsalar da bu dört

unsuru yerine getirecek olan kuruluşları dizayn etmek, denetlemek ve yeniden düzenlenmek bağlamında yükümlülükleri olduğunu belirtmektedir (Murray ve Frenk, 2000: 729).

2.5.1.1. Sağlık sistemlerinin fonksiyonları:

Sağlık sistemlerinin fonksiyonlarını finansman, hizmet sunumu, vekilharçlık ve kaynak yaratma olarak 4 farklı başlıkta incelemek mümkündür.

2.5.1.1.1.Finansman:

Sağlık sistemi finansmanında gelirlerin toplanması, fon havuzları ve hizmet arz edicilerine ödeme yapılması şeklinde üç temel işlev yer almaktadır. Gelirlerin toplanması, sağlık çalışanlarından ve iş verenlerden para toplama yöntemini belirten bir fon oluşturma sürecini tanımlamaktadır. Gelir toplama yöntemlerini ise vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak isimlendirilmektedir (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 86). Fonların bir araya getirilmesi yoluyla havuz oluşturulması, nüfusun bir kısmı veya tamamı adına önceden ödenmiş sağlık fonlarının biriktirilmesi ve biriktirilen fonların adil biçimde yönetilmesini amaçlamaktadır (DSÖ, 2010).

Toplanmış olan fonların ise hizmet alan kişilerin kullandıkları sağlık hizmeti karşılığında hizmet arz eden kuruluşlara yönlendirilmesi, ödeme sistemi bağlamında sağlık finansmanının işleyişini özetlemektedir (Aba ve Ateş, 2015: 24).

2.5.1.1.2. Hizmet sunumu:

Çeşitli girdilerin örgütsel yapı ile bu yapının işleyiş süreçleri aracılığıyla, bireysel nitelik taşıyan veya taşımayan şekilde üretilip sunulması, hizmet sunumu olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda asıl amaç, toplumun sağlık ihtiyacını optimal seviyede ve yüksek standartlar ortaya koyarak üretmektir. Sağlık hizmetleri yapısı gereği, maliyetleri belirlemede girdilerin ve elde edilen ürün olarak verilen hizmetlerin, üretim miktarı ile niteliğini belirlemede ise örgüt yapısı ve hizmet süreçlerinin rol oynadığı organizasyonlardır (Adams ve ark., 2002: 235).

2.5.1.1.3. Vekilharçlık:

DSÖ vekilharçlık terimine “kürek çekmekten ziyade dümen tutmak olarak” değinmiştir. DSÖ’nün söz ettiği benzetme yollu dümen tutma kavramı, genel anlamda idareciliğin uzun zamandır aşına olduğu bir kavram olmasına karşın günümüzde DSÖ sayesinde sağlık kurumları idareciliğinde de kendine önemli bir yer edinmiştir. Vekilharçlık kavramı, sağlık sistemlerini koordine edici rolünden daha ziyade, medikal hizmetlerle ilgili tüm faktörlerin sorumluluk bilinci bağlamında bilinçli ve titizlikle yönetilmesini içermektedir. Ayrıca vekilharçlık, ihtiyaçlar çerçevesinde doğru ve yerinde planlamalar yapılması ve bu planlamaların hayata geçirilmesine imkân verecek mekanizmaların ortaya konması amacıyla uzun vadeli politikalar üretebilme becerisini kapsamaktadır (Mora, 2007).

2.5.1.1.4. Kaynak yaratımı:

Hizmet sunumu ve fon sağlama rolünün yanında sağlık kurumları, iş gücü ve yapı kaynakları ile enformel veriler ve medikal hizmetler sunan dinamik yapıdaki kurumlar olarak sağlık sisteminin temel bileşenlerindendir (Murray ve Frenk, 2000: 725). Kısaca sağlık kurumları bünyesinde barındırdığı eğitim işlevi ile insan iş gücü kaynağı ve mesleki bilgi yaratımı, sağlık hizmetinin sunumunu gerçekleştirmek ve bu amaçla fiziksel altyapı sağlamak, ayrıca tüm bunları finanse etmek bağlamında kaynak yaratımı işlevlerini üstlenmektedir.

2.5.1.2. Sağlık sistemlerinin temel amaçları:

Amaçsal bakımdan değerlendirildiğinde sağlık sistemleri, iyileştirilmiş sağlık düzeyi, karşılanmış kullanıcı beklentileri ve finansmanın adil dağıtımı şeklinde üç temel hedef çevresinde toplanmıştır (DSÖ, 2000). Bu amaçlar, sağlık sisteminin performansının daha iyi şekilde değerlendirilmesinde temel oluşturmaktadır (Aba ve Ateş, 2015: 25).

2.5.1.2.1. Sağlığı yükseltmek:

Toplum sağlığının geliştirilmesi ve yükseltilmesi sağlık sisteminin en önemli amaçlarından biridir (Aba ve Ateş, 2015: 26). Sağlığın yükseltilmesi bireysel çabaların dışında toplumsal, çevreye yönelik ve maddi alanlarda yapılacak olan iyileştirmeler ile

halk sağlığı bağlamında ele alınması gereken bir konudur. Sağlığın teşvik edilmesi ve bu bağlamda sağlık düzeyinin yükseltilmesi, bireylerin sağlığı etkileyici ve belirleyici faktörlerin üzerinde söz sahibi olması ile bireysel sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri sürecidir. Hedeflenen sağlık iyileşmelerini sağlama konusunda bireylerin sürece katılım göstermesi önem arz etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 2).

2.5.1.2.2. Kullanıcı beklentilerine yanıt vermek:

Bireylerin ihtiyaç ve beklentilerine karşılık vermek, sağlık sisteminin amaçları içinde yer alan önemli bir unsurdur. Beklentileri karşılamak, bireylerin doğrudan sağlık hizmetleri ile alakalı olmayan talep ve ihtiyaçlarının sağlık sistemi tarafından gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Söz konusu istek ve ihtiyaçlar, hizmet alıcısı olan kişilere saygı ve müşteri odaklılık şeklinde iki bakımdan ele alınabilir (Aba ve Ateş, 2015: 26).

2.5.1.2.3. Adil finansman sağlamak:

Toplumdaki bireylerin sağlık sorunları, sağlığa erişimleri, gelirleri ve hayat standartlarının çeşitliliği sebebiyle mevcut sağlık sistemi içinde ihtiyaçlara yanıt veren tek bir mükemmel sağlık finansmanı yapısı geliştirmek ve hayata geçirmek pek mümkün değildir. Sağlık finansmanının toplanması ve dağıtılması, toplumun parçası olan insanların yararı gözetilerek, en yüksek faydayı sağlama amacıyla hakkaniyetli olarak şekillendirilmelidir (Garip, 2020: 1). Her bireyin sağlık finansmanı bağlamında, kazancına uygun maddi ödeme gerçekleştirerek medikal hizmetlerden kişisel gereksinimi doğrultusunda yararlanması, sağlık sisteminde adil finansman olarak tanımlanır. Bu konu başlığında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar bulunmaktadır. Bireyler finansal sağlık harcamaları sebebiyle yoksullaşmamalıdır. Bu sebeple mali yük paylaşımı amacıyla finansal risk havuzları yaratılmalıdır. Halkın kazanç bağlamında dezavantajlı olan fakir kısmının, kazancı yüksek varlıklı kısmına göre sağlık hizmetleri harcamaları daha az seviyede olmalı ya da sağlık hizmetlerine harcama yapmamalıdır (Aba ve Ateş, 2015: 26).

2.5.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Günümüzde birbirinden farklı birden fazla sağlık sistemi bulunmaktadır. Bu farklı sağlık sistemleri, ülkelerin ihtiyaçları ve politikaları doğrultusunda şekillendirilerek hazırlanması sebebiyle birbirlerinden ayrılan noktalar içermektedir. Her ülkenin ekonomik, kültürel ve ideolojik farklılıkları sebebiyle kullandıkları sağlık sistemleri, yukarıda belirtilen sebeplerden kaynaklı olarak, değişiklik göstermektedir (Ateş, 2013: 63). Bu sebeple tek bir sağlık sistemi modeli geliştirmek mümkün olmamaktadır. Literatürde sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ile ilgili birçok çalışma yer almaktadır.

Frenk ve Donabedian (1987) gerçekleştirdikleri çalışmalarında sağlık sistemlerini sınıflandırmış, yaptıkları bu sınıflandırmada hizmet arzı gerçekleştirenlerin ödeme yöntemi, sağlık hizmetlerinde kamunun payı ve hizmet arzının denetimi için kamu tarafından tercih edilen araçlar, sağlık güvencesi kapsamına alınan vatandaşların paydası, sağlık sigortalarının içeriği ve sağlık hizmetinden faydalanabilmenin şartları olarak pek çok göstergeye yer vermişlerdir.

Hollings Worth ve arkadaşları (1990), gerçekleştirmiş oldukları çalışmada sağlık sistemi modeli oluşturmuşlardır. Finansman modeli ve varlık üretiminde kamunun rolüne odaklanan bu sağlık sistemi, kamunun baskınlığının düzeyi ve yönetim odağı olarak iki farklı göstergiyi temel almaktadır.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'nin geliştirdiği sağlık sistemi sınıflandırması; finansman şekli, kamusal ve özel bağlamda sağlık arzı üreticileri ve kullanılabilirlik olarak üçe ayrılarak oluşturulmuştur. OECD, sağlık sistemlerinin ulusal sağlık sistemi, sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olarak üç başlık altında sınıflandırılmasını kabul etmektedir.

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında literatür tarafından en çok ilgi gösterilen sağlık sistemi modeli, Milton I. Roemer tarafından geliştirilen sağlık sistemi modelidir. Bu model girişimci ve serbest, refah yönelimli, kapsayıcı ve sosyalist tip olarak sağlık sistemlerini dört farklı başlık altında değerlendirmiştir (Sungur, 2021: 2184-2185).

Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü, yayınlarında çoğunlukla sağlık sistemi finansmanı ile ilgili sınıflandırmalara yer vermiştir (Aba ve Ateş, 2015: 30). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, ülkelerin kalkınmışlık seviyelerini ekonomik göstergeler temelinde belirlemektedir. Ancak bunun gerçek ölçütleri göstermeyeceği yönünde olan eleştiriler ve itirazlar sonucunda Birleşmiş Millet Kalkınma Programı ekonomik göstergelerin yanına sağlıkla ilişkili olan göstergeleri de ekleyerek İnsani Gelişim İndeksi (HDI) geliştirmişlerdir (Sargutan, 2005: 109).

2.6. Pandemi

Pandemi kelimesi Yunanca eski dilde bütün manasındaki “pan” kelimesi ile insan manasındaki “demos” kelimelerinin birleşmesinden meydana gelmektedir (Tekin, 2021: 332). T.C. Sağlık Bakanlığı (2020a) pandemi kavramını, belli bir hastalık veya enfeksiyöz etkenin ülke, bölge veya dünya çapında büyük alanlarda yayılması bağlamında ele almıştır. DSÖ, pandeminin başlaması için üç faktörün oluşmuş olması gerektiğini belirtmiştir:

- Tespitine kadar hiç maruziyete uğranmamış bir hastalık türünün belirmesi
- Beliren bu hastalığın insanlar arasında bulaşıcı bir özellik göstermesi ile sağlık anlamında tehlikeli sonuçlar ortaya çıkarması
- Ortaya çıkan hastalığın kolay bir şekilde ve sürekli olarak diğer insanlara da bulaşması (Tekin, 2021: 332).

Dünya tarihindeki salgın hastalıklar incelendiğinde ve salgın hastalıkların ortaya çıkışında oluşan nedenler göz önüne alındığında bunların çoğunlukla doğaya verilen zarar, temiz su kaynaklarının azalması ve yerleşim şekillerinde yaşanan değişiklikler olduğu düşünülmektedir (Bolat, 2022: 370). Dünya, bulunduğumuz çağdan daha önceki dönemlerde büyük çapta tahribata sebep olan çeşitli epidemi ve pandemilerle karşılaşmıştır. Günümüze en yakın dönemde ortaya çıkmış olan COVID-19 pandemisi sağlık, sosyal yaşam ve ekonomi gibi birçok alanı derinden etkilemiş ve sarsmıştır (Kurttaş, 2020: 530). Etkileri bulunduğumuz dönemde yeni hafiflemiş olan COVID-19, önceki pek çok pandemide de olduğu gibi geniş bir alana yayılan ve bulaşı oldukça kolay olan bir hastalıktır. Bu sebeple COVID-19, insanlık tarihinde virüs ve benzeri kaynaklı salgınların sebep olduğu, yıkıcı etkisi yüksek olan ve farklı dönemlerde yüzleşilen bazı sorunları yeniden doğurmuştur (Tekin, 2021: 330- 333).

Buradan yola çıkılarak tez çalışmasına konu olan COVID-19 pandemisi çalışmanın devamında detaylı olarak incelenmiştir.

2.6.1. COVID-19 Öncesi Salgınların Tarihi

Salgın hastalıklara sebep olan patojenlerle ilgili bilgilerin yeterli olmadığı çağlarda, hastalıklar birçok bireyin yaşamını yitirmesine sebep olarak toplumların askeri, sosyal ve siyasi hayatlarında ciddi sorunlar oluşturmuştur (Ahmadi, Şirin ve Ergüder, 2020: 88). Bulaşıcı hastalıkların epidemi ve pandemi halini aldıkları durumlar, bireylerin fiziksel sağlığının yanında ruh sağlığını da kötü etkilemiştir. Bu salgınlar sadece insanları etkilemekle kalmayıp doğa, hayvanlar ve toplumsal yapılar üzerinde de etkiler bırakarak, kalıcı izlerle tarihe yön vermiştir (Artvinli, 2020: 43). Salgın hastalıkların kaynağının mikroplar olduğu bilinmekte, mikropların varlığının ise insanlık tarihinden daha eski olduğu düşünülmektedir. Salgın hastalıkların tarihi bu sebeple çok eskiye dayanmaktadır. M.Ö. 14. yüzyılda Hitit uygarlığında ilk defa salgın hastalıklarla ilgili bilgilere ulaşılmıştır. Hitit döneminden kalma tablette veba salgının uygarlığa olan olumsuz etkileri belirtilmiştir (Elçi, 2020: 1). Tıp bilgilerinin yetersiz olduğu eski çağlarda ortaya çıkan salgın hastalıklar birçok kişinin ölümüne sebep olmuştur. Salgın hastalıklarla mücadelenin yetersiz olduğu bu dönemlerde bireyler sosyal yaşantılarında olumsuz etkilere maruz kalmıştır. Bunun yanında yaşanan pandemiler sebebiyle de bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz etkilenmiştir.

Dünya tarihinde birçok salgın hastalığın ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu salgın hastalıklar veba, kolera, cüzzam, İspanyol gribi, Rus gribi, ebola, SARS, MERS salgınları, HIV ve COVID-19 salgınları olarak örneklendirilebilir. Çalışmanın devamında söz konusu salgın hastalıklarla ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.6.1.1. Veba:

Vebanın ortaya çıkması tarihin eski dönemlerine kadar ulaşmaktadır. Vebanın tarihinin milattan önce ve milattan sonra olarak ikiye ayrılarak ele alınması mümkündür. Dünyada Justinyen vebası, Kara veba ve Bombay vebası olmak üzere üç farklı veba salgını gerçekleşmiştir. Yaşanan bu veba salgınları bireyleri fiziksel olarak hasta etmiş ve psikolojilerini derinden etkilemiştir. Veba hastalığının ilk görülme zamanı kesin bir şekilde tespit edilememişse de milattan önceki kayıtlarda söz konusu

hastalıkla alakalı bazı izlere denk gelinmiştir (Yıldız, 2022: 264). Oldukça tehlikeli bir enfeksiyon olan veba hastalığı, bulaşıcı ve öldürücü bir mikroptan kaynaklanmaktadır. Bu mikrobun içerisinde bulunan yabani kemiriciler fare ve pireleri enfekte etmektedir. İnsanlara bulaş ise bu hayvanların ısırıkları yoluyla gerçekleşmektedir (Hüşan, 2010: 39). Veba hastalığı üç farklı gruba ayrılmıştır.

Bubonik (hıyarcıklı); bu veba türü çoğunlukla pire ısırması sonucunda bulaşmaktadır. Ayrıca koltuk altı, kasık ve boyun bölgelerinde yer alan lenf bezlerinde şişlik oluşması ve ağrılı lenf düğümü iltihabı şikayetleriyle kendisini göstermektedir.

Septisemik veba; çoğunlukla hıyarcıklı veba sonucu geliştiği bilinmektedir. Lenf düğümünde meydana gelen iltihaplanmalar dışında hıyarcıklı vebayla aynı belirtileri göstermektedir. Enfeksiyonun kana karışmasıyla menenjit, toksik şok sendromu ve yaygın damar pıhtılaşması oluşmaktadır.

Zattürel veba; pnömonik veba olarak da bilinen bu veba türü, bubonik vebadan kana karışan bakterilerin akciğerlere ulaşmasıdır. Kısaca vücudun başka bölümlerinden akciğere kadar bulaşan bir enfeksiyon türüdür. Üç veba türü arasında en yaygın olarak bilinen veba türü bubonik (hıyarcıklı) veba türüdür (Erdoğan, 2017: 6-7).

Veba salgının oluşmasında kirlilik, temizlik eksikliği, fakirlik, savaşlar, iklimsel koşullar ve ticaret gibi faktörler yer almaktadır. Yaşanan üç farklı veba salgını küresel ölçekte sosyolojik, fiziksel ve psikolojik olarak farklı olumsuz sonuçlar doğurmuştur (Yıldız, 2022: 265). Vebanın tarihte ilk ortaya çıkışı dayanmaktadır Mısır'a (Parıldar, 2020: 22). Veba salgının ikinci dalgası ise ilk olarak Çin'den başlamıştır (Karabulut, 2023: 141). Veba hastalığı yalnızca insandan insana bulaşan bir hastalık değildir. Veba, hayvandan insana (zoonotik) ve insandan insana iki farklı bulaş yoluyla da enfekte edebilen bir hastalıktır (Erdoğan, 2017, 6-7).

Artan nüfus yoğunluğu veba salgını sebebiyle düşüş göstermiş, yaşanan bu düşüşle beraber bireylerin sosyal yaşamlarında değişimler yaşanmıştır (Özden ve Özmat, 2014: 83-84). İş gücünde yaşanan azalmayla birlikte daha fazla iş gücüne ihtiyaç duyulmuştur. Hayatta kalan bireyler veba salgını sonunda ekonomik açıdan rahatlama yaşamıştır. Salgının ölümcül etkisi sebebiyle bireyler birçok yakını

kaybetmiş ve uzun yıllar süren veba salgını, bireyleri zorlayıcı psikolojik etkilere maruz bırakmıştır.

2.6.1.2. Kolomb değişimi:

Coğrafi keşifler döneminin başlangıcına denk gelen 15. yüzyılın sonlarında, Christopher Columbus'un Amerika kıtasına yaptığı gemi yolculuğu sonucu keşfedilen bu Yeni Dünya (Amerika kıtası) ve Eski Dünya (dünyanın bilinen kısmı) arasında insan, hayvan ve bitki popülasyonlarının, hastalık ve fikirlerin karşılıklı olarak dolaşıma geçmesine "Kolomb Değişimi" denilmektedir (Ahmadi, Şirin ve Ergüder, 2020: 90). Yaşanan değişimin ardından çiçek hastalığı gibi hastalıklar Yeni Dünya'da yaşayan yerlilere taşınmıştır. Yeni Dünya'da yaşayan bireyler daha önce bu hastalıklara hiç maruz kalmamıştır. Bu sebeple keşif öncesi dış dünyayla herhangi bir teması olmayan yerli popülasyonlar, Eski Dünya'dan taşınan hastalıklara karşı immünolojik olarak savunmasızdır. Yaşanan değişimle henüz bağışıklık sağlayamamış yerlilerin Eski Dünya'dan gelen hastalıklara karşı savunmasızlığı sonucu birçok yerli yaşamını yitirmiş ve Yeni Dünya nüfusunda ciddi azalmalar yaşanmıştır (Nunn ve Qian, 2010: 163-164). Eski Dünya ile Yeni Dünya arasında yaşanan bu değişimlere yukarıda söz edilen kavram olan "Kolomb Değişimi" denmektedir.

2.6.1.3. Kolera:

Kolera salgınının 19. yüzyılda Hindistan'ın Aşağı Bengal deltasında yer alan Ganj ile Brahmaputra nehirleri arasında yer alan araziden ortaya çıktığı düşünülmektedir (Yılmaz, 2017: 23). 19. yüzyılın en tehlikeli hastalıklarından olan kolera salgını küresel boyutta çok fazla insani kayıp verilmesine neden olmuştur (Ayar, 2005: 9). Kolera hastalığı şiddetli ishal şikayetiyle kendini belli eden bir rahatsızlıktır. Kalabalık yaşayan toplumlarda ve savaşlar, fakirlik, doğal afet gibi durumlarla daha kolay yayılmaktadır. Kolera hastalığının temiz su ve hijyenin bulunmadığı ortamda daha çok görüldüğü bilinmektedir. Temiz suya ulaşımın az olduğu, göçmenler ve yerleşik hayata geçişte sorun yaşayan toplumlarda ve sel veya deprem gibi doğal afetler sonucunda kanalizasyon sularının içme suyuna karışması gibi altyapı sorunu yaşanan durumlarda kolera hastalığının yayılma olasılığı daha fazladır. Kolera hastalığı genelde hafif seyreden bir rahatsızlık olmakla beraber, hastalarda bazen hiç belirti olmadan yalnızca hafif ishal şikâyeti, bazen de ağır ishal ve kusma şikayetleriyle

kendini gösterebilen bir hastalıktır. İshal, hastanın vücudunun yoğun tuz ve sıvı kaybetmesine sebep olabilmektedir. Hastalığı en ağır şekilde geçiren bireylerde mide, kol ve bacaklarda kramplar oluşmaktadır. Bu tür durumlarda hastanın vücut sıvılarını çok hızlı kaybetmesi sebebiyle dehidratasyon ve şok tablosu ortaya çıkmaktadır. Bu belirtilerin olduğu durumlarda hastalar tedavi edilmezse saatler içerisinde hastanın yaşamının sonlanmasıyla karşı karşıya kalılabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023b).

2.6.1.4. Cüzzam:

İnsanlık tarihi kadar eskiye dayanan cüzzam hastalığı, mycobacterium leprae mikrobundan kaynaklanan bulaşıcı ve tehlikeli bir rahatsızlıktır. Cüzzam hastalığı olarak bilinen bu hastalık lepra, lepef, leprosy ve eski Orta Çağ Avrupa insanlarının söylemlerine göre “Tanrının Lakabı” ismiyle anılmaktadır. Dünya tarihinde insanları bu hastalık kadar meşgul eden ve çaresiz bırakan çok az hastalık vardır. Hastalığın kökeni Asya’ya dayanmaktadır ancak dünyanın çeşitli bölgelerinde de hastalığın izlerine rastlamak mümkündür. Örneğin Ortaçağ Avrupası’nda bu hastalığın derin izlerine rastlanmaktadır. Cüzzam hastalığı bireylerin yaşamı üzerinde fiziksel rahatsızlığın yanında, toplumdan bir süre veya tamamen dışlanma gibi sosyal hayatı olumsuz etkileyecek sonuçlar doğurmuştur. Cüzzam hastalığının ortaya çıkardığı olumsuz etkiler sebebiyle Avrupa’da bu hastalığa yakalanan bireyler için hastaneler ve cüzzam evleri kurulmuştur (Serdar, 2014: 100). Hansen hastalığı olarak da bilinen cüzzam hastalığına sebebiyet veren mycobacterium leprae mikrobi insan vücuduna yerleştikten sonra 20 yıl kadar uzun sürebilen ve yavaş büyüyen bakterilere sahiptir (Uysal, 2013: 210-211). Cüzzam hastalığı bulaşıcı bir rahatsızlık olmasına rağmen klinik belirti gösteren bireylerin oranı %10 gibi düşük seviyelerdedir. Bu hastalık tedavi edilmezse bireylerde körlük, his kaybı ve lokal felce sebep olabilmektedir. Hastalığın leonine formu deri kalınlaşması ve ciltte oyulmalara neden olarak vücutta ayak ve el gibi bölgelerde deformeler meydana getirebilir. Bu hastalığa yakalanan bireylere “pençe el” benzetilmesi yapılmaktadır. Frengi, donma, diyabet veya fiziksel yaralanmadan meydana gelen ikincil enfeksiyonlar çoğunlukla hastalığa bağlı karakteristiklerin bazılarını sebep olmaktadır (Covey, 2001: 316). Hasta bireyler toplumdan izole edilmiş hatta bu hastalara ayrı sağlık kuruluşları bile yapılmıştır.

Cüzzam hastalığının fiziksel görüntüde meydana getirdiği değişiklikler kişileri fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan olumsuz etkilemiştir.

2.6.1.5. İspanyol gribi:

Günümüz dünyasında grip salgını normal hayatın içerisinde sıklıkla karşılaştığımız ve bireyler tarafından garipsenmeyen bir kavramdır. Grip salgını pandemisi kavramıyla sıklıkla karşılaşılmamaktadır. Bir salgının pandemi tanımına uygun olması için küresel boyutta birçok bireyi etkisi altına almış olması gerekmektedir. Pandemi ortamının oluşması için bireylerin influenza virüsüne karşı bağışıklığının olmaması veya virüsün virülansı yüksek bir genetiğe evrilmiş olması gerekmektedir. Çoğunlukla influenza virüslerinden influenza A pandemilere sebep olarak gösterilmektedir. İnfluenza tip A virüsü, hemagglütinin ve nöraminidaz şeklinde isimlendirilen yüzey antijenlerini “antijenik kayma” mekanizmasıyla değiştirerek daha farklı genetik bir forma gelmektedir. Yaşanan bu durumun sonucunda pandemiler oluşmaktadır (Bekgöz, 2020). Eric Hobsbawn tarafından Aşırılık Çağı (1914-1991) olarak isimlendirilen dönemde iki dünya savaşı, buhranlar, devrimler ve imparatorlukların çöküşü gibi dünyada etkisini şiddetli bir biçimde hissettiren büyük olaylar yaşanırken, bu durumlara ek olarak dünya tarihi açısından en büyük biyolojik felaketlerden birisi olan İspanyol gribi pandemisi yaşanmıştır. İspanyol gribi 1918-1920 yılları arasında 50-100 milyon arasında bireyin hayatını kaybetmesine sebep olmuş büyük bir biyolojik felakettir (Yolun, 2020: 74). İspanyol gribi I. Dünya Savaşından sonra ortaya çıkmıştır ve İspanyol gribinden ölen kişi sayısı I. Dünya Savaşında ölen kişi sayısından daha fazladır. İspanyol gribinin etkisinin iki yıl sürdüğü bilinmektedir. Hastalık çok hızlı yayılması sebebiyle çok fazla kişiye bulaşmıştır (Eşidir ve Bak, 2020: 5-11). Hastalığa yakalanan kişi sayısının fazla olması sebebiyle hastanelerde yer kalmamıştır. Bu sebeple hastane, ilaç ve doktor bulma sorunu ortaya çıkmıştır. Hastalık solunum yoluyla bulaşmaktadır. Hastalığın yayılımını azaltmak için hastalık döneminde insanlar maske takmış, kişisel önlem olarak birbirleriyle temastan uzak durmuşlardır (Özdemir, 2021: 64).

2.6.1.6. Asya gribi:

Doğu Asya bölgesinde 1957 yılının şubat ayında yeni bir influenza türü ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan bu influenza Asya gribi olarak isimlendirilmiş ve yeni bir

pandeminin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Saunders Hastings ve Krewski, 2016: 7). Yeni türlere karşı bağışıklığın olmaması sebebiyle genelde 65 yaş üstü kişileri etkisi altına alarak ortaya çıkan yeni tür influenza, Hong Kong, Singapur, Tayvan ve Japonya gibi ülkelerin hemen ardından küresel olarak yaygınlık göstermiştir (Khan ve ark., 2020: 5).

Vakalar eylül ve kasım aylarında artış göstermiştir. Bu sebeple bu dönemler “salgın dönemi” şeklinde isimlendirilmiştir. Asya gribi, İspanyol gribi kadar ağır seyreden bir hastalık değildir. Ancak 1968 yılında yaşanan Hong Kong gribinden daha fazla kişinin hayatını yitirmesine sebebiyet vermiştir (Kelly, 2009: 5-6). Asya gribinde en kritik grup 65 yaş üstü bireyler olmuştur. Asya gribi hastalığa karşı bağışıklık geliştirmekte zorluk yaşayan 65 yaş üstü bireylerde ölümcül sonuçlara yol açmıştır (Cobos ve ark., 2016: 1). Grip birçok kişiyi enfekte etmiştir ancak Asya gribinin ortaya çıktığı dönemde sağlık sistemlerinin daha iyi durumda olması ve tıp biliminin daha gelişmiş olması sebebiyle ölüm oranlarının İspanyol gribinden daha düşük seviyelerde olduğu düşünülmektedir (Eşidir ve Bak, 2020: 27).

2.6.1.7. HIV /AIDS:

Küresel boyutta 75 milyondan fazla insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olmuştur. HIV virüsü ilerleyici CD4 + T hücre kaybına ve çeşitli bağışıklık problemlerine neden olmaktadır (Deeks ve ark., 2015: 1). HIV virüsü mukozal yüzeyler üzerinde cinsel temas, anne-bebek teması ve perkütan aşılama ile bulaş göstermektedir (Shaw ve Hunter, 2012: 1). HIV ile enfekte olmuş bireylerin büyük çoğunluğu Sahra Altı Afrika’da yaşamaktadır (Dökmetaş ve Hamidi, 2016: 6). Pandemilerin kontrole alındığı düşünülen 1980’li yıllarda ortaya çıkan HIV virüsü, 2014 senesine kadar geçen sürede 78 milyon kişiyi enfekte etmiş, 39 milyon kişinin ise ölümüne neden olmuştur. Dünya’da belirli 15 ülkede yaşayan bireylerin neredeyse %75’i HIV pozitifdir. Türkiye HIV/AIDS konusunda düşük prevalanslı ülkelerden olmasına rağmen son yıllarda enfekte hasta sayılarında artış gözlemlenmektedir. HIV vakalarının çoğunluğunun erkek olması, erkek erkeğe cinsel ilişki veya enjeksiyon yoluyla uyuşturucu kullanma kategorisinde bulaşmayı olanaklı hale getirmektedir (Savaş, 2015: 29). Günümüzde halen HIV/AIDS salgını dünya üzerinde varlığını devam ettirmektedir. Ülkemizde yıllardır bu konuda birçok eğitim ve korunma yöntemleri ile ilgili bilgilendirme gerekli kurumlarca yapılmaktadır.

2.6.1.8. SARS-MERS:

2002 yılında dünyada viral enfeksiyon hastalığı olan şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS) ve 2012 yılında orta doğu solunum yolu sendromu (MERS) salgınları yaşanmıştır. Dünya çapında etkisini gösteren bu hastalıklar birçok bireyin yaşamını yitirmesine sebep olmuştur. SARS hastalığı kaynaklı 8092 enfekte vaka bildirilmiş ve 774 ölüm meydana gelmiştir. MERS hastalığından ise 866 kişi yaşamını yitirmiştir (Xiao ve ark., 2020: 843). Bu enfeksiyonlar bronşit, zatürre veya şiddetli geçirilen bazen de ölümcül olan solunum yolu hastalığı olarak ortaya çıkmaktadır (Antiochia, 2020: 639). Solunum yolu hastalıkları olan SARS ve MERS hastalıkları Çin bölgesinde ortaya çıkmış ve dünyaya yayılmıştır. Solunum yolu hastalıklarının hava yoluyla yayılması, bulaş riskinin daha hızlı olması tehlikesini ortaya çıkarmaktadır. Bulaşıcı solunum yolu hastalıklarında bireylerin sosyal mesafelerine dikkat etmeleri gerekmektedir. Pandemi ve bulaşıcı solunum yolu hastalıklarının ortaya çıktığı durumlarda bireylerin maske takma, sosyal mesafe uygulama gibi bazı hastalıktan korunma yöntemlerini uygulamaları gerekmektedir. 2019'un aralık ayında ise Çin'de yeni bir salgın ortaya çıkmıştır. Solunum yolu hastalığı olan bu yeni salgın COVID-19 ismiyle anılmaktadır. SARS, MERS ve COVID-19 gripten daha şiddetli belirtilere sahip olan koronavirüslerden kaynaklanmaktadır (Costa, Moreli ve Saivsh, 2020: 1517).

2.7. COVID-19

Dünya tarihinde insanlık defalarca salgın hastalıklarla mücadele etmiş, toplum geliştikçe bu bağlamda toplumu etkileyen farklı problemler de gün yüzüne çıkmıştır. Son 50 yılda dünyanın farklı bölgelerini etkisi altına alan farklı virüsler ortaya çıkmış ancak dünya çapında en çok yayılan virüs COVID-19 virüsü olmuştur (Suryasa, Rodríguez Gámez ve Koldoris, 2021: 6). COVID-19, dünya tarihinde eşine rastlanmamış bir salgındır (Ndwandwe ve Wiysonge, 2021: 111). Şiddetli akut hastalığa sebep olan SARS-Cov-2 virüsü ilk olarak 2019 yılının sonlarında Çin'de bulunan Wuhan şehrinden bildirilmiştir. Daha sonrasında 3 ay gibi kısa bir süre içerisinde tüm dünyaya yayılmış ve DSÖ tarafından global salgın olarak ilan edilmiştir (Ciotti ve ark., 2020: 365). COVID-19, gelişmiş ülkelerde ciddi sosyoekonomik zararlar doğururken, düşük ve orta gelirli ülkeler için de büyük tehdit oluşturmıştır (Lone ve Ahmad, 2020: 1300). Bunun yanında salgının sosyal hayat üzerinde çeşitli

etkileri söz konusu olmuştur. Özellikle hastalığın bulaş hızını yavaşlatmak amacıyla sosyal mesafenin korunması için sokağa çıkma yasakları ve “evde kal” gibi toplumsal çağrılar sosyal hayatta COVID-19’un getirdiği değişikliklere örnek gösterilebilir. Salgının toplum geneli üzerindeki etkilerinin yanı sıra toplumun belirli bir yaş üzerindeki bireylerinin sağlık durumları açısından yüksek risk teşkil etmesi ve dolayısıyla günlük yaşamlarını daha fazla kısıtlaması söz konusu olmuştur (Soysal, 2020: 290).

COVID-19 pandemisi hayatımıza sağlık krizi olarak girmiştir ve tüm dünyada hayatı olumsuz biçimde etkisi altına almıştır. Ülke yöneticilerinin gerçekleştireceği zirveler, spor maçları, bilimsel kongreler, eğitim-öğretim gibi toplumsal birçok faaliyet gerçekleştirilememiştir. Bunun yanında pandeminin olumsuz etkilerinin yanı sıra bazı pozitif yönlü etkileriyle de karşılaşmıştır. COVID-19 pandemisinde insanların evlerinde kalmaları ve sanayi faaliyetlerinin azalmasıyla doğada çevre ve hava kirliliği açısından düzelmeler meydana gelmiştir. Örneğin; İstanbul’daki hava kirliliğinde düşüş yaşanmış ve boğazda yunuslar tekrardan görülmeye başlamıştır. Dünyanın farklı coğrafyalarında savaşlar ve silahlı çatışmalar neredeyse durma noktasına gelmiştir (Afacan ve Avcı, 2020: 1).

COVID-19 salgını döneminde sağlık çalışanlarının iş yükünde gözle görülür bir artış yaşanmıştır. Hastalığın insidansının yüksek oluşu, hızlı bulaş sağlanması ve hastalığın patolojisinin hızlı ilerlemesi buna en büyük sebeptir. Yaşanan bu artışın yanında sağlık çalışanlarının yüksek maruziyet riski, özellikle kronik hastalığı olan çalışanlarda, yüksek morbidite ve mortalite riskiyle karşı karşıya kalmalarına sebep olmuş ve bu durum psikolojik açıdan oldukça yıpratıcı bir hal almıştır. Bütün bu etkiler göz önüne alındığında sağlık çalışanları sadece fiziksel değil aynı zamanda psikolojik sağlıkları açısından da riskli ve zorlayıcı dönemler geçirmişlerdir.

2.7.1. COVID-19’un Sosyal Etkileri

COVID-19 hızlı bulaşma özelliği gösteren ve yüksek morbidite ile mortaliteye yol açan bir hastalıktır. Hastalığın ani ortaya çıkışı ve birçok kişinin ölümüne neden olması, toplumdaki bireylerde panik ve korkuya yol açmıştır. Hastalığın etkilediği yaş grupları ve yayılımı dikkate alındığında, bu etkinin yalnızca sağlık sektörüyle sınırlı olmadığı, aynı zamanda hukuk, eğitim, turizm, ulaşım, eğlence, ekonomi ve tarım gibi

sektörleri de etkilediği görülmektedir. Ayrıca, bireylerin sosyokültürel düzeyi ile etik ve ahlak kavramlarının da bu süreçle ilişkili olduğu ve bunun doğal sonucu olarak halk sağlığını etkilediği anlaşılmaktadır (Üstün ve Özçiftçi, 2020: 142).

COVID-19 salgını, son 50 yılın en önemli sosyoekonomik krizi olarak değerlendirilmektedir. Salgın, dünya genelinde iktisadi, sosyal ve kültürel açıdan önemli değişikliklere yol açmıştır (İnce ve Yılmaz, 2020: 552). Salgın hastalığın yayılımını engellemek amacıyla devlet tarafından alınan sokağa çıkma yasağı, sosyal mesafe kuralı, topluma açık alanlarda maske takma zorunluluğu, okulların kapatılması gibi tedbirler ve bu tedbirlerin uzun süreli oluşu, sosyal etkileşimleri azaltarak bireylerin sosyal yaşamını olumsuz etkilemiştir (Turhan, 2020: 550).

Teknolojinin ilerlediği dönemde yaşanan bu salgın diğer küresel salgınlarla karşılaştırıldığında çok daha farklı uygulamaların söz konusu olduğu görülmektedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı öncülüğünde geliştirilen Hayat Eve Sığar (HES) uygulaması buna önemli bir örnektir.

HES uygulaması vatandaşlara kişisel bir HES kodu tanımlayarak tıbbi öykülerinde COVID-19 virüsü olup olmadığının kolayca anlaşılması, çevrede hastalık yaygınlığının ne derece olduğunun uygulamada yer alan hastalık görülme sıklığına göre renklendirilmiş harita sayesinde öğrenilebilmesi gibi kolaylıklar sağlamıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2020b).

Sosyal etkileşimin azalması kitlesel olarak dijital platformlara yönelimi arttırmıştır. Dijital platformlara yönelimin artışı, bu platformların sosyalleşme için kullanımının yanı sıra iş görüşmesi, iş toplantıları, online ders ve kurslara katılım imkânı sunması, salgının dünya üzerindeki etkilerini öğrenebilmek için haberleşme aracı olması ve evden çıkmadan kitlesel sosyal aktiviteler yapabilmeyi (online konserler, kitlesel sosyal medya akımları gibi) sağlaması (Bozkurt, 2020b: 115-116) sebepleriyle kişilerin sosyal hayatlarıyla olan bağının kopmaması açısından önemli olarak değerlendirilebilir.

Sosyal mesafeyi azaltmak adına, eğitim alanında uzaktan eğitim uygulamasına, iş alanında ise home office ve freelance çalışma uygulamalarına geçilmiştir. Pandeminin etkisinin azaldığı dönemlerde de bu çalışma stili ekonomik açıdan

verimliliği sayesinde bazı alanlarda kullanılmaya devam etmiştir. Bunun yanı sıra, pandeminin getirdiği ekonomik zararlar sebebiyle işten çıkarmalar ve birçok alanda işsizlik oranlarının arttığı gözlemlenmiştir (Eryüzlü, 2020: 12). Salgının sosyal hayata olumlu sayılabilecek etkileri değerlendirildiğinde ise salgının toplumsal yardımlaşmayı kuvvetlendirdiği, aile içindeki etkileşimleri arttırdığı ve bireylerin kendine zaman ayırabildiği gözlemlenmektedir. Kişilerin yoğun günlük aktivitelerinin azalması ve kendilerine zaman ayırabilmesi psikolojik ve fiziksel açıdan kendi hayatlarını sorgulama imkânı sağlamıştır. Tüm bu değişimler göz önüne alındığında, pandemi döneminin yarattığı etkiler ilerleyen yıllarda gözlemlenmeye ve sebep sonuç ilişkisinin değerlendirilmeye devam edileceği düşünülmektedir.

2.7.2. COVID-19'un Psikolojik Etkileri

COVID-19 pandemisi ve etkileri, yaşamımıza aniden giren yadsınamaz bir gerçeklik olmuştur. Kişilerin fiziksel ve psikolojik sağlığını tehdit eden COVID-19 salgını, %0,5 ile %0,3 arasında değişkenlik gösteren ölüm riskine sahiptir. Kısa süre içerisinde hayatımıza dahil olmuş olan COVID-19 virüsü, hayatlarımızda dönüşü olmayan sonuçlarla değişiklik yaratmıştır. Virüsün tüm dünyayı tehdit altına almış olması küresel boyutta bir travma yaratmıştır. Pandeminin ortaya çıkışı yüksek tedirginlik durumu, depresyon, sağlık endişesi, bunalım, yalnızlık, sosyal izolasyon, sağlık personelleri için ikincil bir travma ve ailelerinden uzak kalma gibi çeşitli sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Söz konusu koşullar göz önüne alınarak pandemi sırasında ve sonrasında psikolojik destek uygulamalarının lüzumu, değeri ve kapsamı somut bir şekilde öne çıkmıştır (Zeybek, Bozkurt ve Aşkın, 2020: 304). Salgın hastalıklar her dönemde toplumu psikolojik ve sosyal açıdan etkilemiştir. Ancak COVID-19 pandemisinin küresel nitelikte olması, oluşan kaygı ve panik düzeyini arttırmıştır. Pandemi süreci, kişilerin önceliklerinde değişimler yaratarak bireysel ve toplumsal ilişkilerin dönüşmesine neden olmuştur (Yıldırım, 2020: 1349).

Pandemi döneminde ortaya çıkan psikolojik etkiler, sağlık anksiyetesi sebebiyle aşırı korku ya da hastalığa inanmayan veya ciddiye almayan kişilerce kayıtsızlık gibi farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde ortaya çıkan psikolojik etkilerin her zaman kısa sürmediği, bazı dönemlerde ağır seyreden ve devamlılık içeren ruhsal problemlere sebep olabileceği belirtilmiştir. Pandemi döneminde en fazla rastlanan ruhsal bozukluklar; duygudurum bozuklukları, kaygı

bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğudur (Tükel, 2020: 617). Pandemi döneminde alınan sosyal izolasyon ve karantina gibi önlemler, bireylerin kaygı, depresyon ve stres düzeylerini arttırmıştır (Mevlana ve Karaaziz, 2021: 158). Özellikle kronik hastalığı olan ve toplumun yaşlı grubunda yer alan bireylerin, pandeminin psikolojik etkilerine karşı daha hassas oldukları söylenebilir (Kahraman ve ark., 2022: 124). Ancak toplumun genç nüfusunun çalışma hayatında aktif rol alması ve bu sebeple iş kaybı, iş değişikliği ve çalışma şartlarının değişimine (Yolvermez, 2022: 79) uyum sağlamada zorluk yaşaması gibi durumlar sonucu psikolojik etkilenimleri göz ardı edilemez. Bunların yanında genç nüfusun sosyal hayat ve sosyal aktivitelerde daha etkin olması ve buna yönelik ihtiyaçları, pandemi döneminde psikolojik olarak olumsuz etkilenmelerine sebep olmuştur. COVID-19 pandemisinin hem bireysel hem de toplumsal psikoloji açısından uzun vadede derin izler bırakacağı düşünülmektedir.

2.7.3. COVID-19'un Ekonomik Etkileri

COVID-19 yalnızca salgın hastalık olarak düşünülse de kısa sürede hayatın her alanını etkisi altına almış bir olgudur. COVID-19 hem sağlık hem ekonomi açısından bir kriz niteliği taşımaktadır. Pandemi döneminde gelen kısıtlamalar doğrultusunda üretimde yavaşlamalar olmuştur ve bu durum ekonomiyi olumsuz şekilde etkilemiştir. Öyle ki yetkili otoritelerce pandemi süreci ekonomik kriz kapsamına dahil edilmiştir. COVID-19, ekonomik krizin tanımına uygun olabilecek şekilde hiç beklenmedik ve ani biçimde ortaya çıkmış, yerelden küresele doğru büyüme göstermiş, ekonomik kaynaklı olmayan bir ekonomik krizdir (Altan, 2022: 658).

Bu krizin ekonomik etkilerine bakılacak olursa, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte, sağlık sisteminin arz ve hizmet sunumu konusunda aşırı zorlanması, işsizlik sayılarında artış yaşanması ve özellikle tedarik zincirinin bozulması sonucunda paranın dolaşım hızında yaşanan yavaşlamalar, finans sektörü için olumsuz sonuçlar doğurmuştur (Eryüzlü, 2020: 12). Devletler ve uluslararası kuruluşlar COVID-19 döneminde yaşanan kriz dalgasının önüne geçebilmek adına ekonomik araçlarını hızlı bir şekilde devreye sokmuşlardır. Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası kuruluşlar bu dönemde yüksek fiyatlı paketleri hayata geçirmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri için 2 trilyon dolar, Almanya için

880 milyar dolar, İngiltere için ise 430 milyar dolarlık paketler hayata geçirilmiştir. Tüm bunlara rağmen ülkeler salgın döneminde ekonomik küçülme, işsizlik ve yoksullukla karşı karşıya kalmıştır (Aydoğdu, Yorulmaz ve Kırar, 2021: 167).

Bu dönemde ülkeler ekonomik krizle uğraşmanın yanı sıra artan sağlık harcamalarına da maddi bütçe ayırmak zorunda kalmışlardır. Yapılan sağlık harcamalarının artması sağlık hizmetlerine ayrılan maddi bütçenin de artması anlamına gelmektedir. OECD bünyesindeki ülkelerin verilerine göre; 2019-2020 yıllarında yapılan sağlık harcamalarına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYH)'dan en fazla pay ayıran ülke %16,8 oranı ile ABD olmuştur. Bu ülkeyi takip eden diğer ülkeler ise; %12,8 oranıyla İngiltere, %12,5 oranıyla Almanya, %12,4 oranıyla Fransa ve %11,6 oranıyla Kanada'dır. Türkiye'nin bu dönemde sağlık harcamaları için GSYH'den ayırdığı pay ise %4,7 olmuştur (Euronews, 2022).

Pandeminin dünyada ve Türkiye'de sağlık hizmetleri kullanımını arttırdığı, dolayısıyla sağlık harcamalarını ve ülkelerin GSYH'den ayrılan sağlık harcamaları paylarını da yükselttiği görülmüştür. Salgın gibi kriz durumlarında bireylerin panik ve korku halinde olmalarının önüne geçebilmek için alabilecekleri sağlık hizmetinin ne boyutlarda olabileceği ve ülkelerin bu durum için ayırdıkları bütçenin durumunu bilmeleri sosyoekonomik açıdan planlama yapabilmek için gereklidir. Bireylerin ve toplumun hem ruhsal hem de fiziksel sağlığını koruyabilmek adına ülkelerin sağlık ekonomisi hakkında vatandaşlarını bilgilendirmesi önemlidir. COVID-19 krizi sağlık temelli bir ekonomik kriz olması sebebiyle, salgın döneminde birey ve toplum sağlığının korunması doğrultusunda daha fazla sağlık harcamasına sebep olmuştur. Ülkelerin ulusal veya küresel pandemi, salgın hastalık, afet gibi öngörülemez ve beklenmedik şekillerde ortaya çıkabilecek durumlar için bütçelerinden sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmaları ekonomileri ile bireylerin ve toplumun ruhsal ve fiziksel sağlığını korumak adına yapılması gereken önemli bir planlamadır.

2.7.4. COVID-19'un Finansal Etkileri

COVID-19 temelli salgın, sağlık sektörünün yanı sıra ekonomi alanında da büyük zararlar doğurmuştur. Pandeminin getirdiği bilinmezlik ve öngörülemezlik durumu finansal rapor ve bu raporlar aracılığıyla iletişim kuran işletmelerde değişimlere ve belirsizliklere yol açmıştır (Cavlak, 2020: 143). Pandeminin yol açtığı

öngörülemezlik ve belirsizlik ortamının finansal çevreler ve reel sektör açısından dışsal şok yarattığı düşünülmektedir (Doruk, 2022: 68).

Varlık fiyatları finansal piyasa, ekonomi ve pazar durumu ile ilgili öngörülemez belirsizlikler ya da ekonomik aktivitenin baskılanması hakkındaki haberler karşısında hızlı bir şekilde değişmektedir. Finansal krizlerde, örneğin 2008 krizinde, finansal piyasalarda hızlı ve beklenmedik düşüşler gözlemlenebilmektedir. Piyasadaki dramatik düşüşlerde yatırımcıların kaybetme korkusu da itici bir rol üstlenmektedir. Ekonomik ve finansal değişikliklerin piyasa düşüşündeki etkisiyle, COVID-19'un piyasaya getirdiği belirsizlik temelli sert düşüş açıklanabilmektedir. Yeni tip coronavirus büyük finansal krizlerde olduğu gibi piyasada da olumsuzlukları beraberinde getirmiştir (Kılıç, 2020: 66-67).

Borsa, haberlere ve yeni bilgilere karşı ani tepki veren bir yapıdadır (Özdemir ve Hiçyılmaz, 2022: 472). Bu sebeple politik, finansal ve sosyokültürel açılardan bir gösterge görevi görebilmektedir. Borsa düşüşleri ekonomik belirsizliği ve riski göstermektedir (Kaya, Kaya ve Çelik, 2023: 21). Bu bağlamda değerlendirildiğinde COVID-19 pandemisi, ülkelerde artarak ilerlemesi ile ölüm ve hastalık oranlarının hızlı ve beklenmedik şekilde yükselmesi sebebiyle büyük ekonomik riskler doğurmuştur.

COVID-19 küresel çapta belirsizlik ve risk algısını ortaya çıkarmıştır. Bu küresel risk algısı sebebiyle borsa endeksleri duruma hızlı tepki vermiş ve borsada sert düşüşler yaşanmıştır. COVID-19'un risk algısı yaratma sebebi, hızlı bir şekilde Çin'den çıkarak Avrupa ve Amerika gibi dünyanın çeşitli yerlerine yayılmaya başlamasıdır. Bu yayılım hızı dünya çapında salgın ilan edilmesine sebep olunca devletler sokağa çıkma yasakları ve iş yerlerinin kapanması gibi piyasa açısından keskin etki yaratabilecek önlemler almışlardır. Beklenmedik olan bu salgının ilk zamanlarında hastalık için ilaç ve aşı üretimi hemen başlayamamış, salgını durdurmak için alınması gereken tedbirler tam olarak planlanamamıştır. Tüm bu durum büyük karmaşaya ve borsada dalgalanmalara sebep olarak, borsanın satış dalgalanmaları ve sert düşüşler yaşamasına sebebiyet vermiştir. 2020 yılı mart ayının ikinci haftasında Amerika Birleşik Devletleri'nde borsa düşüşleri %7'nin üzerine çıkınca borsa işlemleri 15 dakika süreyle durdurulmuştur (Şenol, 2020: 81).

COVID-19 pandemisi dünya genelinde finansal piyasalarda yıpratıcı etkilere neden olmuştur. Pandeminin başlamasıyla birlikte borsalar küresel çapta hızlı düşüşler yaşayarak, küresel ekonomide belirsizlik ortamının oluşmasına neden olmuştur. Küresel ölçekte hisse senetleri değer kayıpları yaşamıştır (Ulusoy ve Civek, 2020: 2632). Ayrıca sağlık, turizm, eğitim ve ulaşım işletmeleri bu durum sebebiyle çok sert etkilere maruz kalmıştır (Marangoz ve Akçam, 2023: 36-37). COVID-19, finans alanı üzerinde kısa ve uzun vadeli etkiler yaratarak kullanıcı davranışlarında ve piyasa koşullarına değişikliklere neden olmuştur.

COVID-19'un yarattığı finansal etkiler pandeminin ortaya çıkmasıyla birçok araştırmaya konu olmuştur. Günümüzde COVID-19 döneminde yaşanan olumsuz durumlardan ders çıkarılarak uzun vadede oluşabilecek etkiler minimize edilmeye çalışılmaktadır. Dünya genelinde tekrar ortaya çıkabilecek kriz dönemleri için önlemler ve tedbirler alınması amacıyla bu alanda çalışmalara devam edilmektedir. Ayrıca COVID-19 döneminin ve normalleşme döneminin tüm verilerine ulaşımın daha mümkün olmasıyla birlikte bu alandaki çalışmaların devam edeceği düşünülmektedir.

2.8. Sağlık Finansmanı

Medikal hizmetlerin mali kaynakları ve sağlık hizmetine dayalı harcamalara ulusal ekonomiden ayrılan oran birçok ülkede tartışılmaktadır. Teknolojik gelişmeler, artan nüfus ve hastalıkların yapısında ortaya çıkan değişimler sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur. Sağlık harcamalarında yaşanan artış sebebiyle harcamaları kontrol altına almak için birçok düzenlemeye gerek duyulmuştur. Yapılan düzenlemelerde temel amaç, sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir kalitede, erişilebilir, hakkaniyetli ve verimli biçimde sunulmasıdır (Tatar, 2011: 104). Sağlık hizmetleri finansmanının kullanımı için üç aşama bulunmaktadır. İlk aşama, sağlık hizmetlerinin sunumunun gerçekleşmesi adına gerekli olan yeterli finansman için fonun bulunmasıdır. İkincisi; satın alıcılar arasında risk paylaşımına uygun biçimde fonların havuzda toplanmasının gerçekleşmesidir. Son olarak gerek duyulan sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirilmesi için fonların uygun şekilde kullanılması gerekmektedir.

Sağlık sisteminin yapısına göre sağlık harcamalarına ayrılan finansal fonlar ve harcamalar değişiklik göstermektedir. Sağlık hizmetine ayrılan fonlar ve sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli biçimde sunulmasını sağlamaktadır.

Sağlık harcamalarının temel belirleyicileri içerisinde sağlık göstergeleri, sağlık sisteminin organizasyonu, vatandaşın sağlık ihtiyacı, kişi başına düşen gelir düzeyi, sosyokültürel etkiler, sosyal güvencenin varlığı, hizmet sunumu, hekim ücret ödeme modelleri, teknolojik gelişmeler gibi faktörler bulunmaktadır. Ancak sağlık harcamalarında bu faktörlerin etkileri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Atasever, 2014: 42).

Sağlık sisteminin verimli ve etkin bir biçimde sürdürülebilmesi sağlığa ayrılan finansman ile mümkün olmaktadır. Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasıyla birlikte, sağlık finansmanlarının yetersizliği ön plana çıkmıştır. Sağlık hizmetleri, kamu finansmanı ve özel nitelikli finansman yöntemleriyle finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamusal finansmanını vergi, sosyal güvence, prim ödemeleri ve devlet harcamaları oluşturmaktadır. Özel sağlık finansmanı ise kişilerin sağlık harcamaları için yaptığı cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları ve tıbbi tasarruf gibi yöntemlerdir (Erumut, 2015: 93).

2.8.1. Sağlık Finansman Yöntemleri

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetinin etkin ve verimli şekilde gerçekleştirilmesi için gerekli olan finansmanın sağlık hizmeti sunucuları ve satın alıcılarına dağıtımıyla ilgilenilen alandır (Tatar, 2011: 105). Sağlık finansmanı dağıtımının belirli yöntemleri bulunmaktadır. Finansman dağıtım türlerinde en yaygın kullanılan yöntem özel sağlık sigortaları ve kamu sağlık sigortalarıdır. (Sevinç ve Yılmaz, 2020: 125). Bunların yanında fonlama, hibe yöntemleri ve doğrudan ödeme gibi finansman kaynakları da kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sunulan finansman yöntemlerine aşağıda yer verilmiştir.

2.8.1.1. Cepten ödeme yöntemi:

Bu yöntemle sağlık hizmeti alan kişiler, herhangi bir sağlık güvencesi olmadan kuruma veya ilgili kişiye doğrudan cebinden ödeme yapmaktadır. Cepten ödeme yöntemi kendi içerisinde doğrudan ödemeler, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödemeler olarak farklı başlıklar altında değerlendirilmektedir (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 90-91).

2.8.1.1.1. Doğrudan ödemeler:

Sosyal güvence içerisinde sunulmayan tüm hizmetler doğrudan ödeme olarak kabul edilmektedir. Bireylerin doğrudan ödeme yoluyla sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için belirli bir maddi imkânın üzerinde olmaları gerekmektedir. Fakat her bireyin doğrudan ödemeyi karşılayacak maddi durumu söz konusu değildir (Sargutan, 2006: 53).

2.8.1.1.2. Kullanıcı katkısı:

Sosyal güvence kapsamında yer alan sağlık hizmetlerinin kullanımından kaynaklanan ödemelerdir. Kullanıcı ödemelerine, ilaç katkı payları örnek olarak gösterilebilir (Austvoll Dahlgren ve ark., 2008: 4). Sağlık harcamalarının yetersiz olduğu durumlarda sağlık hizmetlerine kaynak oluşturmak, sağlık harcamalarının fazla olduğu durumlarda ise sağlık hizmetine olan talebi azaltarak verimlilik sağlamak amaçlarıyla kullanıcı katkıları kullanılabilmektedir (Manavgat, Daştan ve Abbasi, 2021: 30).

2.8.1.1.3. Resmi olmayan ödemeler:

Sosyal güvence kapsamına girmesine rağmen alınan sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapılmasıdır. Bu ödeme türü birçok ülkede yasa dışı kabul edilmekle beraber “bıçak parası” ve “teşekkür hediyeleri” şeklinde devam etmektedir (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 90-91).

2.8.1.2. Sosyal sağlık sigortası:

Sosyal sağlık sigortası olarak da bilinen Alman Sağlık Modeli, çalışanlara zorunlu sağlık sigortası uygulamasının söz konusu olduğu sağlık sistemidir. Bu model 1883 senesinde Otto Van Bismarck’ın öncülüğünde Almanya’da geliştirilmiştir. Ayrıca bu model kamunun yürüttüğü ve zorunlu hale getirilmiş olan sağlık sigortacılığının finansman yöntemidir. Bu yöntemde kâr amacı gütmeyen sağlık sigorta sunucusu ve daha az miktardaki devlet katkısı ile finansman elde edilir. Bismarck modelinde ülke nüfusunun büyük çoğunluğu için ödeme zorunludur. Örneğin sağlık çalışanları, devlet ve iş verenler fonun oluşması adına prim ödemesi yapmaktadırlar (Tosun, 2018: 59). Muhtaçlar ve emekliler, çalışan nüfusun yaptığı prim ödemeleriyle sigorta kapsamına

alınmaktadır. Sosyal sağlık sigortası kapsamındaki kişiler özel sigorta da kullanabilmektedir. Sosyal sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan sağlık hizmetleri, özel muamele görmek isteyen kişilerin geniş kapsam sunan sağlık sigortası isteyen ve farklı bölgelerde sağlık hizmeti almak isteyen kişilerce özel sağlık sigortası tercih edilebilmektedir.

2.8.1.3. Vergilerle finansman:

Beveridge modeli olarak bilinen ve vergilerle finanse edilen sağlık finansman yöntemidir. Beveridge modeli tüm ülke nüfusunu kapsamına almaktadır. Ayrıca bu model katkı payları dışında ücretsiz hizmet verilmesi esasına dayanmaktadır. Sağlık hizmeti alan her birey gelir seviyesine bakılmaksızın devlet eliyle finanse edilmektedir. DSÖ bünyesinde üyesi bulunan ülkelerin büyük çoğunluğu vergilerle finanse edilen sağlık finansmanı yöntemini kullanmaktadır. Bu finansman yönteminde, gelir kaynağının vergi olmasından dolayı toplumun her kesiminin katkısı bulunmaktadır (Evans, 2002: 2). Ancak sağlık hizmetlerinin tamamen kamudan finanse edilmesi sebebiyle sistem işleyişinde hantallık da söz konusudur. Kişilerin işsiz kalması veya ekonomik durumunun değişmesi sebebiyle yapılacak vergi ödemelerindeki değişiklik ve dolayısıyla kamunun kişi sağlık harcamasına ayırdığı payı düzenlemek için uzun sürebilen resmi prosedürler söz konusudur. Bu da hali hazırda sağlık hizmeti alan kişinin resmi prosedürlerle ilgilenirken bu hizmeti almasının aksamasına sebep olabilmektedir.

2.8.1.4. Özel sağlık sigortacılığı:

Özel sağlık sigortacılığı yönteminde medikal hizmet talebi olan taraf ile hizmet sunumunu gerçekleştiren taraf arasında aracılık oluşturan özel sağlık sigorta kuruluşları bulunmaktadır. Bu finansman yöntemine İsviçre, Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkeler ağırlık vermektedir. Söz konusu sağlık finansmanı yönteminde hizmet alan taraftan alınan prim ödemeleri, gerekli olduğu durumlarda hizmet sunan sağlık kurumuna özel sağlık sigorta kuruluşu tarafından aktarılır. Ayrıca bu finansman yöntemi alternatif sağlık sigortası olarak seçilebildiği gibi bazı durumlarda tamamlayıcı sigorta olarak da tercih edilmektedir (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 91).

Özel sigorta şirketlerinin kişilerin sigorta yaptırmadan önceki sağlık durumlarına, yaşlarına ve gelir düzeylerine göre sigorta paketi hazırlaması sebebiyle (Balkanlı, 2017: 19-20) kronik hastalığı olan, risk altında görülen ve belli bir yaşın üzerinde bulunan kişilerin kendi ihtiyaçlarına uygun kapsayıcılıkta sağlık sigortası edinmesi zor olabilmektedir.

2.8.1.5. Tıbbi tasarruf hesabı:

Talep doğrultusunda oluşturulan tıbbi tasarruf hesabı, kamunun gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının azaltılmasını amaçlamaktadır. Sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını azaltmayı da teşvik eden bu finansman yöntemi, ihtiyaç duyulabileceği düşünülen sağlık hizmeti için para tasarrufu esasına dayanmaktadır (Dixon, 2002: 409). Tıbbi tasarruf hesabı, bireylerin bir hesapta kişisel sağlık harcamaları için para biriktirmesi ile söz konusu birikimi sadece kişisel sağlık giderleri için kullanabilmeleri esasına dayalı bir yöntemdir. Bireylerin kendi hesaplarında yaptığı bu birikimin gereksiz sağlık hizmeti kullanımını önlemesi ve kamu üzerindeki sağlık harcamaları yükünü azaltması beklenmektedir.

2.8.2. Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı

Ülkemizde insan sağlığını koruma ve geliştirme çalışmaları devlet tarafından sağlanmaktadır (Orhaner, 2006: 2). Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Sistemi, Alman Sosyal Sağlık Sigortası Modeli’ne benzemektedir. Sosyal Sağlık Sigortası Modeli, toplumun çalışan kesimin gelirlerinden ödediği primlerin ortak bir fon havuzunda biriktirildiği sistemdir. Belirli bir yaş üzerine gelen bireyler yaşlı aylığı almaya başlamakta ve sağlık harcamaları bu ödenen primler üzerinden karşılanmaktadır. Sigortalıların emeklilik, kaza ve hasta olma durumlarında kullanacağı ödemelerin tutarı daha önce kazandıkları gelir bağlamında değişmektedir. Sistemin başlıca aktörleri iş gücü, işveren ve devlet yetkilileridir. Bu sistem, liberal sisteme göre işgücü piyasasında daha fazla düzenleyici önlem içermektedir (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2024).

Türkiye Cumhuriyeti yapısı bakımından sosyal yapıda bir devlettir. Bu durumun getirisiyle vatandaşlarına etkin, verimli, adil, eşit, sürdürülebilir sosyal güvenlik hizmeti sağlamaktadır. Türkiye’de 2006 yılından itibaren sosyal güvenlik

sunucuları bir kurum çatısında birleşmiştir. Türkiye, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile tüm vatandaşlarının sağlık sigortasına sahip olmasını sağlamıştır (T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2011: 13).

GSS en net biçimde bireylerin sağlıklarının korunması ve hastalık riskleriyle karşılaşmaları halinde oluşacak olan harcamaların finansmanını karşılayan sigortayı ifade etmektedir. GSS kapsamında vatandaşların ekonomik durumuna bakılmaksızın oluşacak hastalık risklerine karşı ulaşılabilir, eşit ve etkin sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmıştır (T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2023).

GSS'nin bütçesi, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bütçesinin içerisinde yer almaktadır. Yani Türkiye'de kamu sağlık sigortacılığında geri ödeme finansmanı SGK tarafından sunulmaktadır. GSS sistemi dört temelden oluşmaktadır (T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2011: 5).

- Tüm nüfusu kapsamı
- Adil, ulaşılabilir ve eşit olması
- Kaynakları verimli ve etkin kullanması
- Sağlık hizmetlerinin kapsamının artırılması

2.9. Sağlık Sektöründe Finansal Performans

Herhangi bir işletmenin varlığının devamlılığı rekabet edebilirliği ile doğru orantılıdır. Bu sebeple işletmenin rekabet edebilirliğinin tespiti, finansal performansının belirlenmesi ve analiz edilmesi gerekmektedir (Acar, 2003: 21). Finansal performans ölçümü, mali tablolar ve finansal veriler ile yapılmaktadır (Ercan, Dayı ve Akdemir, 2013: 56). Ayrıca işletmelerin mevcut durumu, geleceğe yönelik durumu ve uzun vadeli planlamaları için finansal performanslarını ölçmeleri önemlidir. Bu ölçümler sayesinde işletme geleceğine dair öngörülerde bulunulabilmektedir. Bu ölçüm ve öngörüler işletmenin artı ve eksi yönlerini belirlemekle birlikte buna yönelik yatırımlar yaparak gelişim göstermesine olanak tanımaktadır. Neely, Gregory ve Platts (1995) işletmeler için olumlu yöndeki finansal performansının üç önemli nedeni olduğunu belirtmektedir.

- Finansal performansın olumlu yönde olması, işletmenin uzun vadeli bakış açısı geliştirmesi açısından esneklik sağlamaktadır. İşletme finansal açıdan sıkıntılı bir döneme girdiği zaman finansal sıkıntısı dışında başka bir konuya yönelmesi zordur. İşletmelerin içinde varlığını sürdürdüğü ve sürekli etkileşim halinde olduğu iç ve dış çevreleri bulunmaktadır. Bu iç ve dış çevre finansal değişiklikler, piyasa ve pazar değişimleri, teknolojik gelişimler gibi durumlara karşı duyarlıdır. İşletmenin bu değişen çevre koşullarına ayak uydurabilmesi için finansal performans konusunun üstünde durması, uzun vadeli ve sürdürülebilir bir işletme modeli için önemlidir.
- Finansal performansın olumlu yönde ilerlemesi örgüt itibarını da arttıracaktır. İşletme itibarı için finansal performans önemli göstergeler arasında sayılmaktadır. Bu sebeple finansal rekabet ortamında bulunan işletmeler, kendi finansal performansında artış olmasını istemektedirler.
- Sermaye piyasası içerisinde, işletmelerin uzun vadede faaliyetlerini sürdürebilmesi ve uygun sermaye bulabilmeleri adına finansal performanslarının iyi olması gerekmektedir.

Hastanelerin gelişim göstermesi ve etkin biçimde yönetilmesi ile sağlık sektörünün gelişimi arasında doğrudan bir ilişki vardır. Hastanelerin büyümesi için yapılacak olan yatırımlar sağlık ekonomisinin gelişmesine katkı sağlayacaktır. Bir sağlık işletmesi olan hastanelerin organizasyonel ve operasyonel açılardan, yönetim ve finans alanlarında başarılı bir tablo çizmesi sağlık alanının gelişimine katkı sağlamaktadır (Karadeniz, 2016: 102).

Çağımızda ekonomik baskısı artan birçok ülke bulunmaktadır. Artan bu ekonomik baskı birer sağlık işletmesi olan hastanelerde finansal sorunlara neden olmaktadır (Capkun, Messner ve Rissbacher, 2012: 469). Bu finansal sorunlardan kurtulmak için sağlık idarecilerinin performanslarını değerlendirme ihtiyacı doğmaktadır. Bu performans değerlendirmesinin yanında sağlık idarecilerinin etkin ve doğru politikalar belirlemeleri önemlidir (Fineberg ve Hunter, 2013: 78). Finansal performans, hastanelerin finansal durumunun, yatırım risklerinin ve işletme güvenilirliğinin değerlendirilmesine olanak sağlayan bir finansal analiz türüdür (Özgülbaş, 2005: 128). Son yıllarda uygulanan sağlık politikaları, geri ödeme sistemi

vb. konular sebebi ile hastanelerin finansal performanslarında düşüşler yaşanmıştır. Ancak hastanelerin hizmet sunumlarını kesintisiz ve kaliteli biçimde gerçekleştirebilmeleri için finansal performanslarını sürekli kılmaları beklenmektedir (Yiğit ve Yiğit, 2016: 265). Finansal açıdan başarılı hastanelerin kaynaklarını beklenen seviyelerde finanse etmesi, borç ve öz sermaye ile dengeli fon sağlamaları beklenmektedir.

Finansal performansın ölçülmesi için birçok finansal analiz yöntemi bulunmaktadır. Ancak sağlık işletmelerinde finansal performansın ölçülmesi için kullanılan yöntemler diğer sektörlerle karşılaştırıldığında görece daha kısıtlı ve karmaşık olabilmektedir. Hastanelerin finansal performansını ölçmek için çoğunlukla oran analizi tercih edilmektedir (Özgülbaş, 2005: 128-130). Ancak çalışmanın daha kapsayıcı olması, finansal yöntemler arası karşılaştırmalı bulgular sağlayabilmesi ve literatürde birden fazla finansal analiz ile yapılan çalışmaların daha kısıtlı olduğunun gözlemlenmesi sonucu literatüre katkı sağlaması amacıyla, Hastane Hizmetleri alt sektörünün 2019-2023 yılları arasındaki verilerinin finansal analiz yöntemlerinden olan yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizi yöntemleri ile incelenmesi uygun bulunmuştur.

2.10. Sağlık Sektöründe Finansal Sürdürülebilirlik

Giovannoni ve Fabietti'ye (2014) göre finansal sürdürülebilirlik, bir işletmenin kârlılığını, verimliliğini, finansal performansını ve sosyal kaynaklarını iyi yöneterek zaman içerisinde varlığını devam ettirme yeteneğidir. İşletmelerin gerçekleştirdiği bütün faaliyet alanlarına konu olan finansal sürdürülebilirlik kavramı, bugünün ihtiyaçlarının karşılanma düzeylerinde eksiklik yaşanmadan, kesintisiz hizmet sunumunun gerçekleştirilmesidir (Yıldırım, 2024: 32).

Sağlık sektöründe finansal sürdürülebilirlik, sağlık sisteminin bekleneni karşılayabilmek için varlıklarını yeterli düzeyde koruması, varlıklarını sağlığı korumak ve geliştirmek için kullanma becerisidir. Sistem, giderleri gelirlerle karşılama konusunda sorun yaşıyor ve hazine veya mali yardımlarla ihtiyaçlarını karşılamaya çalışıyor ise bu durumun sürekliliği gerekmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Sağlık sisteminin sürdürülebilir olması için finansmanın etkin biçimde yönetilmesi gerekmektedir. Çünkü finansman açısından sıkıntı yaşayan sistemlerin uzun vadede varlığını koruyarak uygulanabilir kalması mümkün olmamaktadır. Bu sebeple, sağlık sektörü yönetiminde yer alan kişilerin sürdürülebilirliği sağlarken finansmanı etkin kılmak noktasında donanımlı olması gerekmektedir (Yılmaz, Gökmen ve Erişen, 2023: 182).

Sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir yeri olan hastanelerin finansal sürdürülebilirliği ise halk sağlığı ve ekonomi açısından oldukça önem arz etmektedir. Bu sebeple hastanelerin, finansal sürdürülebilirlik için mevcut mali durumunu raporlaması ve kâr-zarar seviyelerine göre mali stratejilerini planlaması gerekmektedir (Avan, 2023: 2).

Hastanelerde hizmet kesintisi durumunun mümkün olmaması ve varlıklarını etkin biçimde kullanarak kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirilebilmesi için hastanelerin finansal açıdan sürdürülebilir olmaları gerekmektedir. Hastanelerin finansal açıdan sürdürülebilirliklerini sağlayabilmeleri için ise finansal sağlıklarını korumaları önemli bir gereklilik arz etmektedir. Bu sebeple hastanelerin, finansal performanslarını değerlendirerek gerekli olan önlemleri ve tedbirleri almaları gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Amacı

Gerçekleştirilen bu araştırma, nicel ve retrospektif araştırma türünde tasarlanmış olup, pandemi döneminde Türkiye’deki hastanelerin finansal performansını analiz ederek sağlık yöneticilerine ve literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Hastanelerin talep edilen ihtiyaçları karşılamak ve halka daha kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirmek için düzenli aralıklarla finansal durumunu analiz ederek raporlaması gerekmektedir. Pandemi gibi olağandışı durumlarda hastanelerin finansal sağlıklarını kontrol altında tutmaları halk sağlığı açısından önem arz etmektedir. Finansal analizler geçmiş ve mevcut döneme ilişkin hastanelerin finansal sağlığına yönelik durumu ortaya koyarken, gelecekte oluşabilecek finansal durumla ilgili tahminler yürütmeye olanak sunmaktadır. Bu çalışmada pandemi döneminde Türkiye’deki hastanelerin finansal performansı analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizlerinden elde edilen bulgular yorumlanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulguların gelecekte oluşabilecek kriz dönemlerinde hastanelerin tedbir alması için sağlık yöneticilerine yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

3.3. Verilerin Kapsamı

Çalışmada Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası (TCMB)’nın yayımladığı sektör bilançolarında bulunan İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri başlığı kapsamında olan Q-861 Hastane Hizmetleri alt sektörünün 2019-2023 yılları arasındaki gelir tablosu ve bilanço verileri kullanılmıştır. Söz konusu veriler Türkiye’de bulunan hastanelere aittir ve 2019 yılı için 2,540, 2020 yılı için 2,642, 2021 yılı için 2,744, 2022 yılı için 2,748 ve 2023 yılı için 2,570 hastanenin konsolide edilmiş gelir tablosu ve bilanço verileridir. Hastaneler bu verileri gönüllülük esasına dayanarak TCMB’ye vermektedir (T.C. Merkez Bankası [TCMB], 2024).

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada kullanılan analizler finansal analiz yöntemlerinden yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda farklı analiz yöntemleri tercih edilerek karşılaştırmalar yapılması ve hastanelerin finansal performansı üzerinde etkisi olan hasta memnuniyeti, hasta beklentisi, hizmet kalite algısı gibi değişkenlerin de değerlendirmeye alınması literatüre katkı sağlayacaktır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada kullanılan veriler TCMB'nin halka açık yayımlamış olduğu verilerdir. Çalışmaya konu olan veriler kamuya açık şekilde yayımlanan veriler olduğu için etik kurul izni gerekmemektedir.

3.6. Verilerin Analizi

Çalışmada kullanılan veriler finansal analiz yöntemleri içinde yer alan ve çoğu zaman birbirinin tamamlayıcısı olan yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analiziyle değerlendirilerek yorumlanmıştır. Hastanelerin finansal performansını değerlendirmek için yapılan söz konusu analizlerde yer alan oranlar literatürde sıklıkla tercih edilen oranlardır.

3.6.1. Oran Analizi

Oran analizini tanımlamadan önce konunun daha açık şekilde ele alınması için finansal analizin tanımlanmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir. Finansal analiz, kurumların finansal tablolarının dönemlere göre birbiriyle karşılaştırılması veya aynı dönemdeki finansal tabloların dikey ve yatay olarak oranlanarak standartlar ile karşılaştırılmasıdır (Berk, 2020: 99). Finansal analiz yapılırken kullanılan başlıca yöntemler vardır.

- Yatay analiz
- Dikey analiz
- Trend Analizi
- Oran (Rasyo) Analizi

Bu çalışmada Hastane Hizmetlerinin alt sektörünün finansal performansının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizi kullanılarak sektörün finansal performansı değerlendirilmiştir.

Oran analizi; bilanço ile gelir tablosunun bağlantısal ilişkisini sağlayan ve finansal analizlerde sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir (Akbulut ve Coşkun, 2015: 122). Bilgiye ihtiyaç duyan kurumlar veya kişiler ihtiyaçlarına göre tabloda bulunan kalemlerden anlamlı sonuç elde edebilecekleri kalemi oranlayarak hesaplama yapabilirler (Bilici, 2019: 174). Oran analizi yardımı ile işletmenin likidite durumu, devir hızları, karlılığı ve finansal gücüyle alakalı bazı çıkarımlar yapılabilir. İşletmelerin likiditesi, karlılığı, verimliliği ve finansal gücünün iyi bir biçimde ortaya çıkarılabilmesine yardımcı olmak için tablolarda bulunan mutlak rakamlar yardımı ile farklı kalemler arasında oluşan ilişkinin incelenmesine olanak sağlayan oran analizi uygulanırken birden fazla oran tercih edilerek analiz gerçekleştirmek mümkündür. Ancak analizde olması gereken başlıca oranlar; likidite, kârlılık, faaliyet yapısı ve sermaye yapısı oranlarıdır (Palamutçu, 2013: 55).

Bu çalışmada Hastane Hizmetleri alt sektörünün finansal performansını değerlendirme amacıyla kullanılacak finansal oranlar belirlenirken alan ile ilgili literatürde genel kabul görmüş oranlar tercih edilmiştir (Çam, 2016; Karadeniz, 2016; Aydemir, 2018).

3.6.1.1. Likidite oranları:

İşletmelerin kısa vadeli borçlarını karşılama kapasitesini ortaya koymak amacıyla likidite oranları kullanılır. Başka bir deyişle işletmenin geri ödeme yeteneğinin belirlenmesi bu oranlar ile analiz edilir. İşletmenin dönen varlıkları (kasa, banka, serbest menkul kıymetler, kısa süreli alacaklar, stoklar vb.) ile kısa süreli borçları oranlanarak hesaplama yapılır. Likidite oranları; cari oran, asit-test oranı ve nakit oran olmak üzere üç farklı orandan oluşmaktadır (Berk, 2020: 105).

3.6.1.1.1. Cari oran:

Henüz gelişmemiş ancak gelişmekte olan ülkeler için bu oranın genelde 1,5 olması beklenirken, gelişmiş olan ülkelere bu oranın 2 olması arzu edilmektedir. Bu

oran, dönen varlıklar ve kısa vadeli yabancı kaynaklar arasındaki ilişkiyi gösteren orandır. Ayrıca sağlık işletmesinin kısa vadedeki borcunu ödeme gücünü göstermektedir.

$$\text{Cari Oran} = (\text{Dönen Varlıklar}) / (\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar})$$

3.6.1.1.2. Asit-test oranı:

Sağlık hizmeti veren işletmelerde süratle paraya çevirebilecekleri değerler ve hazır değerler ile kısa vadeli yabancı kaynakların ödeme kapasitesini ortaya koyan bu oranın, henüz gelişmekte olan ülkeler için 0,65 ile 0,80 aralığında bulunması beklenirken bu durumun gelişmiş ülkelerde 1 olması beklenmektedir (Akbulut, 2013: 176-177).

$$\text{Asit Test Oranı} = (\text{Dönen Varlıklar-Stoklar}) / (\text{Kısa Vadeli Borçlar})$$

3.6.1.1.3. Nakit oran:

Nakit oran, işletmelerin ellerinde bulundurdıkları stokları eritememe ve alacaklarını temin edememe durumlarında kısa vadeli yabancı kaynakların hangi miktarda hazır değerler ile ödeme yapabileceğini ortaya koyan orandır. Ayrıca her sektörde farklı olabilecek bu oranın genellikle 0,20 olmasının yeterli olduğu düşünülmektedir (Coşkun, 2007: 49-50).

$$\text{Nakit Oranı} = (\text{Hazır Değerler} + \text{Menkul Değerler}) / (\text{Kısa Vadeli Borçlar})$$

3.6.1.2. Finansal yapı oranları:

İşletmelerin uzun vadeli borçlarını karşılama yeteneğinin belirlenmesi amacıyla finansal yapı oranlarından faydalanılmaktadır. Bu finansal yapı oranları, söz konusu işletmenin sermaye şekli ve yapısı hakkında bilgiler vermekle birlikte uzun vadedeki ödeme gücünü ortaya koymaktadır (Berk, 2020: 107).

3.6.1.2.1. Borç oranı:

Bu oranın bir diğer ismi “kaldıraç” oranıdır. İşletmelerin varlıklarının yabancı kaynaklardan ne kadarının finanse edildiğini göstermeye yardımcı olan orandır.

Gelişmekte olan ülkelerde bu oran %70'lere kadar çıkabilirken, gelişmiş ülkelerde %50 altında olması beklenmektedir (Coşkun, 2007: 51).

$$\text{Borç Oranı} = (\text{Toplam Yabancı Kaynaklar}) / (\text{Varlık Toplamı})$$

3.6.1.2.2. Toplam borçların öz sermayeye oranı:

Bu oran, sağlık işletmelerindeki yabancı kaynak toplamının öz sermayeye bölünmesi ile bulunmaktadır.

$$\text{Toplam Borçların Öz Sermayeye Oranı} = (\text{Yabancı Kaynak Toplamı}) / \text{Öz sermaye}$$

3.6.1.2.3. Kısa vadeli borçların ağırlığı:

Sağlık işletmelerinde, kısa vadeli borçların ağırlığının ortaya çıkarılmasını sağlayan bu oran, kısa süreli yabancı kaynakların pasif toplama bölünmesi yoluyla elde edilmektedir.

$$\text{Kısa Vadeli Borçların Ağırlığı} = (\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}) / (\text{Pasif Toplamı})$$

3.6.1.2.4. Uzun vadeli borçların ağırlığı:

Sağlık işletmelerinde bu oran, uzun vadeli yabancı kaynağın pasif toplama bölünmesi yoluyla elde edilmektedir (Aydemir, 2018: 138).

$$\text{Uzun Vadeli Borçların Ağırlığı} = (\text{Uzun Vadeli Yabancı Kaynak}) / (\text{Pasif Toplamı})$$

3.6.1.2.5. Maddi duran varlıkların uzun vadeli borçlara oranı:

Bu oran sağlık işletmelerinde, uzun süreli kredi değerliliğinin ölçülmesi amacı doğrultusunda hesaplanmaktadır (Karadeniz, 2016: 104-109).

$$\text{Maddi Duran Varlıkların Uzun Vadeli Borçlara Oran} = (\text{Maddi Duran Varlıklar}) / (\text{Uzun Vadeli Yabancı Kaynak})$$

3.6.1.3. Faaliyet oranları:

İşletmenin nakit elde etme ve yaratma gücü hakkında likidite oranları tek başına bilgi vermez. Faaliyet oranları bilanço ve gelir tablosu kalemleri arasındaki

ilişkileri incelemekle birlikte, müşterinin borcunu vadesinde ödeyip ödemediği, olası yatırım kapasitesinin doğru değerlendirilip değerlendirilmediği ve stok yatırımı hakkında gerçek bilgiler vermektedir (Berk, 2020: 109).

3.6.1.3.1. Alacak devir hızı oranı:

Hastanelerin borçlulardan alacaklarını temin edebilme yeteneklerini belli eden bu oran ticari alacakların kalitesi ve likiditesi hakkında çıkarım yapılması gerektiğinde kullanılır (Karakaya, 2008: 81).

$$\text{Alacak Devir Hızı Oranı} = (\text{Net Satışlar}) / (\text{Ortalama Ticari Alacaklar})$$

3.6.1.3.2. Alacak devir süresi:

İşletmelerde bu oran, bir yıl içindeki her günün (360) alacak devir hızına bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Aydemir, 2018: 138).

$$\text{Alacak Devir Süresi} = 360 / (\text{Alacak Devir Hızı})$$

3.6.1.3.3. Stok devir hızı oranı:

Stok devir hızı oranı, stokların likiditesinin göstergesidir. Ayrıca bu oranın artış göstermesi işletmenin stok idaresinin daha fazla verimlilik sağladığına işaret etmektedir. Bu oran stokların satış vasıtasıyla tahsilatlara dönüşüm hızıyla ilgili bilgi sağlamaktadır. Bu oranda yaşanan azalış ise stokların yavaş hareket ettiğini ve/veya işletmenin ürettiği ürünlerine olan ilginin azaldığını gösterebilir (Berk, 2020: 111).

$$\text{Stok Devir Hızı Oranı} = (\text{Satışların Maliyeti}) / (\text{Ortalama Stoklar})$$

3.6.1.3.4. Stok devir süresi oranı:

İşletmelerde stok devir süresi, bir yıldaki her günün (360) stok devir hızına bölünmesiyle hesaplanmaktadır (Aydemir, 2018: 138).

$$\text{Stok Devir Süresi} = 360 / (\text{Stok Devir Hızı})$$

3.6.1.3.5. Faiz karşılama oranı:

Hastanelerde bu oran, faiz ve vergi öncesi karın faiz giderlerine bölünmesi ile bulunmaktadır.

$$\text{Faiz Karşılama Oranı} = (\text{Faiz ve Vergi Öncesi Kâr}) / (\text{Faiz Giderleri})$$

3.6.1.3.6. Maddi duran varlıklar devir hızı oranı:

Sağlık işletmelerinde bulunan duran varlıkların yatırım durumunu ve kullanımının etkinliğini gösterir. Bu oranın beklenenden fazla olması duran varlık kullanımının etkinliğini göstermektedir. Elde edilen oranın beklentinin altında olması sağlık işletmesinin sahip olduğu duran varlıkların tüm kapasitesiyle kullanılmadığını ya da bu varlıkların kapasitesi kadar gelir getiremediğini göstermektedir (Karakaya, 2008: 84).

$$\text{Duran Varlıklar Devir Hızı Oranı} = (\text{Net Satışlar}) / (\text{Maddi Duran Varlıklar Toplamı})$$

3.6.1.3.7. Varlık/aktif devir hızı oranı:

Yapılan satışların, aktif toplama oranını göstermektedir. Ayrıca net satışlara toplam aktifin bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Gögebakan, 2019: 22).

$$\text{Aktif Devir Hızı Oranı} = (\text{Net Satışlar}) / (\text{Aktif Toplamı})$$

3.6.1.4. Kârlılık oranları:

Bir işletmenin yeterli kar elde etmesi, piyasa ve pazarda o işletme için önemli bir göstergedir. Kâr elde edemeyen işletmeler açısından kredi alma, girişimci yatırımları, yatırımcıların yaptığı finansal yatırımlar gibi konularda sorun yaşar. Üst üste zarar eden firmalar kredilendirilmez. Kârlılık değerlendirmesinde satış karlılığı ve işin niteliğinin karlılığı, sermaye ortaklarının kâr beklentisinin karşılanıp karşılanmadığı gibi sonuçlar elde edilir. Kârlılık oranları ana başlık olarak satışlar ve yatırımlar üzerinden kârlılık oranları şeklinde ikiye ayrılabilir (Berk, 2020: 114).

3.6.1.4.1. Kâr ve sermaye arasındaki ilişkileri gösteren oranlar:

İşletmenin öz sermayesi ile yabancı kaynaklarının kullanımının değerlendirilmesi amacıyla kâr ve sermaye arasındaki ilişkiler analiz edilmektedir. Bu oranlar ile yatırımlarda kullanılan öz sermaye ve yabancı kaynakların kullanımı ve bundan elde edilen kâr arasındaki ilişki analiz edilmekle birlikte, öz sermaye ve yabancı kaynakların verimli kullanımı değerlendirilebilmektedir (Akdoğan ve Tenker, 2001: 637).

3.6.1.4.1.1. Aktif kârlılık oranı:

Bu oran, sağlık işletmesinin aktif kısmında bulunan varlıkların hizmet sunumunda ne seviyede kârlı kullanıldığının bulunmasını sağlamaktadır. Kısaca işletmenin yapmış olduğu yatırımlarının karlılığını göstermektedir.

$$\text{Aktif Kârlılık Oranı} = (\text{Net Kar}) / (\text{Aktif Toplamı})$$

3.6.1.4.1.2. Öz sermaye kârlılık oranı:

Bu oran, sağlık işletmesinin ortakları veya sahibi tarafından sağlanmış olan öz sermayenin her bir birimine düşen kârı göstermektedir. Yüksek olduğu durumlarda olumlu olduğu düşünülürken, beklenenden düşük olması olumsuz olarak kabul edilmektedir (Akbulut, 2013: 186).

$$\text{Öz sermaye kârlılık Oranı} = (\text{Net Kâr}) / (\text{Öz sermaye})$$

3.6.1.4.2. Satışlara göre karlılığı gösteren oranlar:

İşletmelerin bulundukları sektörün genel ortalamaları ve işletmelerin geçmiş yıllarının oranları kıyaslanarak kâr ve satış arasındaki ilişki yorumlanır. Bu oranların genel geçer kabul gören bir değeri yoktur. Sektör durumu ve geçmiş yıllara göre bir değer belirlenmektedir. İşletmenin kârları ile yaptığı net satışları, gelir tablosunda yer alan kâr kalemleri ve net satışlarının kullanılmasıyla yorumlanmaktadır (Karakaya, 2008: 89-90).

3.6.1.4.2.1. Brüt kâr marjı oranı:

Brüt kâr marjı, satışlar üzerinden sağlanan kârlılık oranıdır. Beklenen durum ise bu oranın her zaman yüksek olmasıdır. Ayrıca işletmenin üretimdeki maliyet kontrolü ve ücret politikası açısından da önem arz eden bir orandır (Gögebakan, 2019: 40).

$$\text{Brüt Kâr Marjı Oranı} = (\text{Brüt Satış Kârı}) / (\text{Net Satışlar})$$

3.6.1.4.2.2. Faaliyet kâr marjı oranı:

Sağlık işletmesinin faaliyet kârının ne kadarının net satışlardan sağlandığını ve sağlık işletmesinin iş hacminin kârlılığını göstermektedir. Ayrıca bu oranın yüksek çıkması istenilen bir durumdur (Karakaya, 2008: 90).

$$\text{Faaliyet Kâr Marjı Oranı} = (\text{Faaliyet Kârı}) / (\text{Net Satışlar})$$

3.6.1.4.2.3. Net kâr marjı oranı:

İşletmenin tüm masraf harcamaları, vergileri ile giderleri düşülerek hesaplanmaktadır. Kısaca bir birim satışın kârını hesaplamak için kullanılır. Bu elde edilen değerin her zaman yüksek olması beklenmektedir (Gögebakan, 2019: 40).

$$\text{Net Kâr Marjı Oranı} = (\text{Net Kâr}) / (\text{Net Satışlar})$$

3.6.2. Yatay Analiz

Yatay analiz, belirli bir dönemde yıllara göre ortaya çıkan değişimleri gösteren finansal analiz yöntemidir (Göçer, 2015: 153). Ayrıca yatay analiz, iki ya da daha fazla dönemin birbirleri ile olan durumlarının karşılaştırması amacı ile yapılan dinamik bir analiz çeşididir. Yatay analiz yardımı ile iki dönem arasında karşılaştırma yapıldığında kullanılan formül aşağıdaki gibidir.

$$\text{Önceki Döneme Ait Yüzdesel Değişim} = (\text{Cari Dönem Tutarı} - \text{Önceki Dönem Tutarı}) / (\text{Önceki Dönem Tutarı}) \times 100$$

Tutar bazında hesaplamada ise iki döneme ait olan verilerin birbirinden çıkarılması ile değişim miktarları hesaplanabilir (Tekin, 2017: 32).

3.6.3. Dikey Analiz

Dikey analiz yani bir diğer ismi ile yüzdeler yöntemi ile analiz uygulanırken ilk aşamada mali tablolarda esas alınacak kalem belirlenir. Bilanço için hesaplama yapılırken bu kalem çoğunlukla aktif veya pasif toplamıdır. Belirlenmiş olan kalem 100 kabul edildikten sonra her bir kalemin toplam içerisindeki dağılımı belirlenmiş olur. Dikey analiz gelir tablosunda uygulanırken, temel alınacak olan kalem satış hasılatı kalemidir. Satış hasılatı kalemi 100 olarak belirlenerek formül uygulanır. Analizin devamında ise mali tablolarda yer alan kalemlerin bu oran içindeki yüzdelik payları tespit edilmiş olur. Dikey analiz formülü aşağıdaki gibidir (İtik, 2021: 1041).

$$\text{Dikey Yüzde} = \text{İlgili Kalem Verisi} \div \text{Grup Toplamı Alınan Kalem Verisi} \times 100$$

3.6.4. Trend Analizi

Trend analizi, bir tür karşılaştırmalı analiz çeşididir. Mali tablolardaki mevcut durumu ve gelecekteki hareketleri belirlemeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca trend analizi yardımı ile işletmelerin finansal durumları bir süre için değerlendirilebilmektedir. Trend analizinde temel amaç miktarda ve yüzdede yaşanan değişimin bir dönemden diğer döneme hesaplanması ve analiz edilmesidir. Bu sebeple yatırımcılar işletmelerin finansal durumunu ve pozisyonunu belirlemek için trend analizine başvurabilmektedir. Trend analizi, işletmelerin geçmiş dönem verileri ile gelecek hakkında bazı çıkarımlar yapılmasına olanak sağlayabilmektedir. Bu sebeple büyük bir avantaja sahip olan analiz türüdür. Trend analizinin formülü aşağıdaki gibidir (Berk, 2020: 100).

$$\text{Trend Yüzdesi} = \text{İlgili Yıl Verisi} \div \text{Baz Yıl Verisi}$$

$$\text{Yüzde Değişimi} = (\text{İlgili Yıl Verisi} - \text{Baz Yıl Verisi}) \div \text{Baz Yıl Verisi}$$

3.7. Literatür Taraması

Hastanelerin finansal performansı ile ilgili literatür incelendiğinde birçok çalışmaya rastlanılmıştır. Çalışmalarda hastanelerde finansal performansın farklı analizlerle değerlendirilerek yorumlandığı görülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalara bu bölümde yer verilmiştir.

Ozcan ve McCue (1996) bu çalışmada hastanelerin finansal performansının ölçülmesinde veri zarflama analizini kullanarak finansal performans ölçümü için yeni bir yöntem sunmayı amaçlamışlardır. Çalışmanın sonucunda ise finansal performans indeksinin geliştirilmesinin hastanenin kendileri ile aynı seviyede olan bir başka hastane ile karşılaştırılmasına olanak sağlayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca finansal performans indeksinin sağlık sektöründen ziyade başka sektörler için de uygulanabileceğini söylemişlerdir.

Zeller, Stanko ve Cleverley (1997) gerçekleştirdikleri çalışmalarında hastanelerin performans ölçümü için kârlılık oranı, sabit varlık etkinliği, sermaye yapısı, sabit varlık yaşı, işletme sermayesi etkinliği ve likidite oranlarını kullanmışlardır. Çalışma 1989 ile 1992 yılları arasında 2.189 kamu hastanesi ile yapılmıştır.

Younis, Younis ve Okojie (2006) Amerika Birleşik Devletleri 'nde hastane kârlılığını etkileyen etkenleri bulmak amacıyla bu çalışmayı gerçekleştirmişlerdir. 1998 senesine ait olan veriler için kesitsel bir tasarım kullanmışlardır. Ayrıca 1990'ların başlarında yapılan düzenlemelerin hastanelerin performansı üzerine etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Gerçekleştirmiş oldukları bu çalışmada açıklayıcı değişkenleri coğrafi konum, rekabet, hastane büyüklüğü ve doluluk oranı, hastane kârlılığına katkıda bulunan unsurlar olarak belirlemişlerdir.

Özgülbaş ve arkadaşları (2008) birer sağlık işletmesi olan özel hastanelerin finansal performanslarını analiz etmeyi amaçlamışlardır. Çalışmada kullanmak amacıyla gerekli izinler ve gizlilik şartları sağlanarak TCMB'nin verileri değerlendirilmiştir. Hastanelerin finansal performansını oran analizi ve trend analizi kullanarak değerlendirmiş, ilgili finansal performansı etkileyen değişkenleri Mann-Whitney U testi uygulayarak belirlemişlerdir.

Ercan, Dayı ve Akdemir (2013) bu çalışmada, kamu hastanelerinin finansal performansını oran analizi ile değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Bu amaç doğrultusunda Kastamonu ilinde faaliyet gösteren 12 kamu hastanesinin 2008 ve 2012 seneleri arasındaki finansal performansını değerlendirmişlerdir.

Wongsin (2014) oran analiziyle Tayland'da bulunan kamu hastanelerin finansal performansını karşılaştırmıştır. Elde ettiği sonuçlara göre, ilçe hastanelerinin likidite durumunun beklenenin altında kaldığını ve borçlarını ödeme yeteneklerinin zayıf olduğunu belirtmiştir. Ayrıca yerel hastanelerin borçlarını ödeme süresi daha kısa, genel hastanelerin ise daha uzun olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Orak (2015) çalışmasında, Sağlık Bakanlığına bağlı biçimde faaliyet gösteren hastanelerde finansal performansı etkileyen değişkenlerin hastanelerin finansal performansında iyileşmeye sebep olup olmadığını tespit etmek amacıyla finansal performans analizini yapmayı ve sermaye yapılarını belirleyebilmek için 2008-2013 seneleri arasındaki eğilimleri tespit ederek finansal profilleri çıkarmayı amaçlamıştır. Çalışmaya konu olan eğitim araştırma ve devlet hastanelerin 2008-2013 seneleri arasındaki gelir ve bilanço tablolarını kullanmıştır. Çalışmasında oran analizi ve eğilim yüzdeleri analizini kullanmıştır.

Lee (2015) Güney Kore'de bulunan üniversite hastanelerinin mali tablolarını kullanarak finansal performanslarını değerlendirmiştir. Elde ettiği bulgulara göre, hastanelerin kaynaklarında azalma, borçlarında ise yükselme yaşandığı ve bazı üniversite hastanelerinin kısa vadeli borçlarına bağımlı faaliyetlerine devam ettiği sonucuna ulaşmıştır.

Karadeniz (2016) çalışmasında, Türkiye'deki Hastane Hizmetlerinin finansal performansını değerlendirme amacıyla, Hastane Hizmetlerinin 2011 ile 2013 senelerini kapsayan verilerini oran analizi yardımıyla incelemiştir. Kullanmış olduğu verilerin Hastane Hizmetleri alt sektörü için finansal açıdan en kapsamlı veriler olduğunu söylemiştir.

Çam (2016) çalışmasında, Karaman Devlet Hastanesinin finansal performansını ölçmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda hastanenin 2003 ve 2007 senelerini kapsayan verilerine oran analizi uygulamıştır. Çalışmasının devamında ise oranlar arasındaki sapmaları belirleyerek bu sapmalarının sebeplerini belirtmeyi amaçlamıştır.

Songur ve arkadaşları (2016) bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin 2008 ve 2015 dönemlerinin finansal tablolar analizi yöntemi ile finansal performansını

değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Gerçekleştirdikleri bu çalışmanın evrenini ise Türkiye’de faaliyet gösteren 829 hastane oluşturmaktadır. Ek olarak bu çalışmada oran analizi, trend analizi ve dikey analiz yöntemlerini kullanmışlardır.

Yurttadur ve Demirbaş (2017) gerçekleştirmiş oldukları bu çalışmada, üç katılım bankası ve benzer büyüklüklere sahip olan üç mevduat bankasının performanslarını karşılaştırmışlardır. Toplamda (likidite, kârlılık, risk ve borç ödeme gücü, sermaye yeterlilik ve aktif kalitesi) 11 adet oran kullanmışlardır.

Bülüş, Özkan ve Ağırbaş (2017), BIST’de faaliyet gösteren bir özel sektör hastane işletmesinin mali performansını incelemeyi amaçladıkları çalışmada, 2013-2016 senelerine ait mali tablolara oran analizi yöntemini uygulayarak değerlendirmeler yapmışlardır.

Aydemir (2018) çalışmasında, 2013-2015 senelerini kapsayan Hastane Hizmetlerine ait mali tabloları oran analizi yöntemi ile incelemeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda sektörün kaynak ve varlık yapısını inceleyerek, sektöre ait likidite, varlık kullanımı, kârlılık oranları ve finansal yapısı çalışmayı gerçekleştiren araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

Çil Koçyiğit ve Kocakoç (2019) bu çalışmada, Türkiye Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin finansal performanslarını ölçmeyi amaçlamışlardır. Genel sekreterlik dönemi, öncesi ve sonrası finansal performansları karşılaştırmışlardır. Çalışmalarının evreni ise Ankara ilinde bulunan 13 devlet hastanesi ve 13 eğitim araştırma hastanesidir. Ayrıca bu çalışmada hastanelerin 2008 ve 2017 senelerini kapsayan mali tablolarını oran analizine tabii tutmuşlardır. Hastaneye ilişkin verileri T. C. Sağlık Bakanlığı Tek Düzen Muhasebe Sisteminden elde etmişlerdir.

Acaravcı ve Gazi (2019) bu çalışmayı, Hatay’da Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin oran analiziyle finansal performansının ölçülmesi amacı ile hazırlamışlardır. Kamu hastanelerinin Kamu Hastaneler Birliğine bağlanmadan önce ve sonraki finansal performanslarını yıllara göre oran analizi yardımıyla değerlendirmişlerdir. 21 finansal oran belirleyerek çalışmaya konu olan hastanelerinin finansal performansını değerlendirmeye almışlardır.

Yiğit (2020) çalışmasında, Hastane Hizmetlerinin 2009-2019 senelerine ait mali tablolarını kullanarak sektörün finansal performans ve risk durumunu analiz etmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmasında oran analizi ve TOPSIS yöntemini kullanmıştır. Ayrıca Altman Z Skor modelini kullanarak sektörün finansal risk durumunu saptamıştır. Araştırmada kullanmış olduğu verileri TCMB'nin kamuya açık şekilde yayımlamış olduğu Q-861 Hastane Hizmetleri alt sektöründen elde etmiştir. Analizler için Microsoft Excel programını kullanmıştır. Oran analizi için 11 tane finansal performans değerlendirme kriteri kullanmıştır.

Jakóbczyk, Kocot ve Koziel (2020) yaptıkları çalışma, 2018 yılında Polonya'da bulunan devlet hastaneleri aracılığıyla tüm ülke nüfusunu kapsamakla beraber; kamuya bağlı hastanelerin finansal performansını ve hastaneleri organizasyon yapısına göre kıyaslamayı amaçlamaktadır. Çalışmadaki değişkenler ile mali performans arasındaki ilişkiyi analiz etmişlerdir. 2018 yılında yaptıkları bu çalışma ile Polonya'daki kamuya bağlı çalışan hastanelerin %40 gibi büyük bir kısmının ödenmemiş borçlarının bulunduğu, çoğu hastanenin brüt zarar getirisi olduğu ve şirketleşmiş olan kamu hastanelerinin geleneksel şekilde faaliyet gösteren bağımsız birimlere göre daha kötü performans sonuçları olduğunu ortaya koymuşlardır.

Yiğit ve Bayrakcıoğlu (2020) çalışmalarında, Ankara ilinde faaliyet gösteren kamu üniversite hastanelerinin finansal performansını değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Bu amaç doğrultusunda ise 2013-2018 dönemi arasında bulunan bilanço, mizan ve gelir tabloları verilerine oran analizi yöntemini uygulamışlardır.

Erkılıç (2021), TCMB'nin yayımlamış olduğu 2009- 2019 yılları arasındaki Hastane Hizmetlerinin gelir tablosu ve bilanço verilerini kullanarak, hastanelerin finansal performansını değerlendirmeyi amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda CRITIC ve TOPSIS analiz yöntemlerini kullanmıştır. Çalışmasında 12 finansal oran hesaplamış ve bu oranların ağırlığını CRITIC analiz ile belirleyerek, bu ağırlıklara TOPSIS analiz yöntemini uygulamıştır.

Tutar ve Güngör Tanç (2022) COVID-19 pandemisinde Mersin'de bulunan bir devlet hastanesinin finansal performansını değerlendirdikleri çalışmalarının sonucunda; stoklar, ticari alacaklar, dönem net zararının ve faaliyet zararının 2019 yılına göre 2020'de marjinal biçimde arttığı sonucuna ulaşmışlardır.

Yurttadur ve Taşcı (2022) bu çalışmada, katılım bankalarının 2019-2021 yılları arasındaki verileri yardımı ile PIV yöntemi kullanarak finansal performansını ölçmeyi amaçlamışlardır. Ayrıca analiz aşamasında katılım bankaları üzerinde 7 farklı finansal performans kriteri ile analiz gerçekleştirmişlerdir.

He, Jessri ve Zhang (2022) gerçekleştirmiş oldukları bu çalışmada, COVID-19'un hastanelerin finansal performansı üzerine etkisini, kaynak kullanılabilirliğini ve sahiplik yapısından kaynaklı oluşan etkileşim ile karma doğrusal etkiler modelini kullanmışlardır. Gerçekleştirdikleri çalışmanın sonucunda, COVID-19'un hastane işletme marjında olumsuz etkilerinin olduğu, toplam marj üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı, kâr amacı güden hastanelerin her iki hastane işletme marjı içinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Yurttadur, Akbalık ve Taşcı (2022) çalışmalarında ENTROPİ ve COPRAS yöntemleri kullanılarak, Türkiye'de faaliyet gösteren katılım ve mevduat bankalarının finansal performansları değerlendirilmiş ve bu finansal performans değerlendirmeleri birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Bu finansal performans verileri 2017 ile 2021 yılları verilerini kapsamaktadır. Değerlendirmeleri sonucunda katılım bankaları ve mevduat bankalarının finansal performans sıralamalarının aynı olduğunu, Türkiye'de faaliyet gösteren iki banka türünün de finansal performanslarının arttığını ortaya koymuşlardır.

Işıkçelik, Turgut ve Ağırbaş (2022) TCMB'nin yayımladığı Hastane Hizmetleri alt sektörü verilerinden yararlanarak, Türkiye'de faaliyet gösteren hastanelerin finansal performansını analiz etmişlerdir. Finansal performans analizi yaptıkları çalışmada DuPont analizi, finansal güç indeksi ve hastane finansal yaşam indeksini kullanmışlardır.

Bozdemir ve Güley (2022) bu çalışmada TCMB'nin yayımlamış olduğu veriler yardımıyla özel sağlık hizmeti sunumu gerçekleştiren kuruluşların finansal performansını ve durumunu 2009-2020 seneleri kapsamında oran analizi ile analiz etmeyi amaçlamışlardır. Ayrıca bu çalışmada Hastane Hizmetleri alt sektörüne ait verileri oran analizi yardımıyla incelemişler ve literatürde sağlık sektörü için genel kabul görmüş oranları kullanmışlardır.

Işıkcılık ve Ağırbaş (2022) gerçekleştirmiş oldukları bu çalışmada, TCMB'nin yayımlamış olduğu İnsan Sağlığı Hizmeti sektöründe faaliyet gösteren orta ve büyük ölçekli sağlık kurumlarının finansal performansını değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Bu amaç doğrultusunda çalışmalarında gri ilişkisel analiz yöntemini kullanmışlardır.

Karaca ve Boztosun (2022) literatüre katkı sağlamanın yanında, sağlık idarecileri için mali performans konusunda önerilerde bulunma amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında, Kayseri'de bulunan bir sağlık kurumunun mali performansını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada kullanılan verileri karşılaştırmalı mali tablolar analizi, yüzde yöntemi, eğilim yüzdeleri ve oran analizi yöntemi ile değerlendirmişlerdir.

Lee (2024) çalışmasında, COVID-19 salgının Kore hastaneleri üzerindeki finansal etkisini detaylı biçimde incelemeyi ve hastane özelliklerine göre finansal performansı da dikkate almayı amaçlamamıştır. Çalışmasında kullanmış olduğu verilerini, gelir tablolarını web sitesine yükleyen 255 genel hastaneden toplamıştır. Elde ettiği verilerini t -testi, doğrusal karışık etkiler modelini kullanarak analiz etmiştir. Daha sonra finansal performansı ölçmek için işletme marjı oranını ve toplam marj oranını kullanmıştır. Ayrıca hastane özellikleri olarak hastanelerin konumunu, türünü ve mülkiyet yapısını kullanmıştır. Çalışmasının sonucunda pandeminin hastanelerin finansal performansı üzerine yarattığı etkinin hastanelerinin konumu, türü ve mülkiyetine göre farklılık gösterdiğini bulmuştur.

Anjani, Fitrianti ve Qadri (2024), gerçekleştirdikleri çalışmada 2018 yılının PEER-24'üne dayalı finansal oran analizi yaklaşımını kullanarak Dr. Kariadi Hastanesi'nin 2018-2022 yılları arasındaki verimliliğini analiz etmeyi ve hastanenin finansal performansı ile alakalı çıkarımlar yapmayı amaçlamışlardır. Çalışmada söz konusu hastanenin finansal tabloları kullanılmış ve veriler sekiz finansal performans metriği hesaplanarak değerlendirilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda Dr. Kariadi Hastanesi'nin verimliliğini ve finansal performansını arttırmak amacıyla nakit oranı ve öz sermaye getirisi göstergelerinin iyileştirilmesine odaklanılması önerilmektedir.

Park ve Lee (2024), çalışmalarında Güney Kore'deki hastanelerin maddi varlıkları ile finansal performansı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamışlardır. Çalışmalarında Güney Kore'deki kamu kurumları tarafından sağlanan hastane

muhasabe verilerini kullanmışlardır. Çalışmada elde edilen bulgulara göre tıbbi tesislerin ve bina varlıklarının, tıbbi kârlar üzerinde önemli bir pozitif etkiye sahip olduğu ancak temel iş için yedek fonlardan önce gelir ve net gelir üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Ditha ve arkadaşları (2025) gerçekleştirdikleri çalışmalarında finansal uygulamaların iş yükü, eğitim öğretim ve çalışan iş yükü değişkenlerinin devlet hastanelerinin finansal performansına etkisini analiz etmeyi amaçlamışlardır. Bu amaç doğrultusunda çalışmalarında nicel araştırma tasarımı kullanarak 62 devlet hastanesini örneklem olarak belirlemişlerdir. Çalışmanın sonucunda finansal performansı iyileştirmek için eğitime yatırım yapmanın gerekli olduğuna dair kanıtların daha da desteklendiğini bulmuşlardır.

Onowu (2025) çalışmasında Rivers eyaletindeki kamuya bağlı sağlık kurumlarının finansal performansını değerlendirmiştir. Çalışmasının örneklemini Nijerya'nın Rivers eyaletindeki kamu sağlık kurumlarından seçilmiş bilgili ve yetenekli 272 personel oluşturmaktadır. Çalışmada anket formu kullanılmış ve veriler SPSS Sürüm 22'de analiz edilmiştir. Rivers eyaletindeki kamu sağlık kurumları bağlamında çalışmadan elde edilen bulgular; finansal denetim ile varlık getirisi arasında ilişkisel olarak çok güçlü pozitif anlamlılık bulunduğu, finansal denetim ile gelir yaratma arasında güçlü pozitif anlamlılık bulunduğu ile paranın karşılığı, değer denetimi ve varlık getirisi arasında güçlü pozitif anlamlılık bulunduğu ve paranın karşılığı, değer denetimi ve gelir yaratma arasında pozitif anlamlılık bulunduğu şeklindedir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Yatay analiz bilanço sonuçları

AKTİF (VARLIKLAR)	19/20	20/21	21/22	22/23
Dönen Varlıklar	0,47	0,34	0,62	0,62
Hazır Değerler	0,88	0,55	0,58	0,66
Ticari Alacaklar	0,17	0,24	0,62	0,73
Stoklar	0,35	0,70	0,73	0,78
GAAGİVGT*	0,43	0,39	1,14	1,00
Duran Varlıklar	0,12	0,41	0,94	0,29
Maddi Duran Varlıklar	0,14	0,39	0,96	0,22
Diğer Duran Varlıklar	-0,03	1,60	0,00	0,70
Aktif Varlık Toplamı	0,26	0,38	0,80	0,42
PASİF (VARLIKLAR)				
KVYK*	0,34	0,31	0,71	0,56
Ticari Borçlar	0,32	0,37	0,62	0,63
Diğer Borçlar	0,18	0,26	0,67	0,32
Alınan Avanslar	0,55	0,30	0,87	0,36
Ödenecek Diğer Yükümlülükler	0,28	0,36	0,64	0,90
GAAGEVGT*	0,87	0,22	0,71	0,77
UVYK*	0,24	0,07	0,39	0,45
Borç ve Gider Karşılıkları	0,18	0,19	0,72	-0,04
Öz Sermaye	0,17	0,85	1,19	0,28
Ödenmiş Sermaye	0,10	0,21	0,15	0,16
Geçmiş Yıllar Zararları (-)	0,24	0,14	0,03	0,10
Dönem Net Kâr/Zararı	2,26	2,19	0,45	0,89
Pasif Kaynak Toplamı	0,26	0,38	0,80	0,42

*GAAGİVGT: Gelecek aylara ait giderler ve gelir tahakkukları

**KVYK: Kısa vadeli yabancı kaynaklar

***GAAGEVGT: Gelecek aylara ait gelirler ve gider tahakkukları

****UVYK: Uzun vadeli yabancı kaynaklar

Sağlık işletmelerine ait verilere yatay analiz yönteminin uygulanabilmesi ve bu bağlamda sağlık işletmelerinin finansal durumunun değerlendirilebilmesi için cari dönem ile bir önceki döneme ait verilere ulaşılması gerekmektedir (Karaca ve Boztosun, 2022: 81). Bu sebeple bu çalışmada analizin doğru yorumlanması ve güvenilirliğinin sağlanması için elde edilen verilerin son beş yılı kapsamı uygun bulunmuştur. Yatay analiz, finansal tablolarda yer alan her bir hesap kaleminin yıllara göre değişiminin incelenmesine ve hastanelerin finansal açıdan seviyesinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca tablolarda belirtilen yüzdesel değişimler, veriler arasında neden sonuç ilişkisi kurmaya olanak tanımaktadır.

2019-2023 yıllarına ait bilanço verileri incelendiğinde; dönen varlıklarda 2019-2020 döneminde %0,47, 2020-2021 döneminde %0,34, 2021-2022 döneminde %0,62 ve 2022-2023 döneminde %0,62 oranında artışın yaşandığı görülmektedir. Dönen varlıklar söz konusu yıllar itibari ile devamlı olarak artış gösterme eğilimindedir. Aynı zamanda kısa vadeli yabancı kaynaklar, 2019-2020 döneminde %0,34, 2020-2021 döneminde %0,31, 2021-2022 döneminde %0,71 ve 2022-2023 döneminde %0,56 oranlarındadır. Kısa vadeli yabancı kaynaklar söz konusu yıllarda devamlı artış göstermekle birlikte toplam pasif içerisindeki payını da arttırarak devam etmiştir. Dönen varlıklar kısa vadeli yabancı kaynaklarla finanse edildiği için, dönen varlıklarda yaşanan artışlarla beraber kısa vadeli yabancı kaynakların da artış yaşaması beklenen bir durumdur. Sonuç olarak söz konusu iki kalem değerlendirildiğinde, 2019-2023 döneminde dönen varlıklar ve kısa vadeli yabancı kaynakların artmış olduğu görülmektedir.

Aktif varlık toplamı 2019-2023 yıllarında devamlı artış göstermekle birlikte, aktif varlık toplamında 2021-2022 döneminde %0,80 oranında artış yaşanmıştır. Ayrıca duran varlıklar kaleminin 2019-2020 döneminde %0,12, 2020-2021 döneminde %0,41, 2021-2022 döneminde %0,94 ve 2022-2023 döneminde %0,29 oranında artış yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Öz sermaye kaleminde yaşanan değişimler incelendiğinde; öz sermaye kaleminin 2019-2023 arasındaki yıllık dönemlere göre sırasıyla %0,17, %0,85, %1,19 ve %0,28 oranlarında yükselme eğilimine girdiği gözlemlenmiştir. Kısaca öz sermayenin tutarı pasif kaynak toplamı içerisinde artmıştır. Öz sermayenin artması hastanelerin finansal sağlığı açısından olumlu bir gelişme olarak yorumlanmaktadır. Çünkü öz sermayenin artışı, işletmenin borçlarına olan bağımlılığının azalması ve işletmenin finansal olarak sağlamlaşması anlamına gelmektedir. Fakat burada gözden kaçırılmaması gereken nokta, işletmenin büyümesi adına gerekli fırsatların kaçmaması için küçük çapta borçlanma hareketlerinin uygun olmadığıdır. Borca bağımlılığı azaltmak hedefi ile yapılan finansal planlamalar, işletmenin büyümesinin önünde engel oluşturabilmektedir. Ancak öz sermaye artışında rol oynayan sebep; devlet desteği, var olan borçların ödenmesi ve iyi bir finansal yönetim ise öz sermaye artışı olumlu bir gelişmedir. Bu durumda ödemeler sayesinde borçlanmalar azalırken, işletmenin büyümesinin durması veya borç tahsilatı problemlerinin yaşanması söz

konusuysa, işletmenin uzun vadede finansal açıdan sürdürülebilirlik yetisi riske girebilmektedir. Bu olumlu ve olumsuz yönler göz önüne alınarak, pandemi gibi belirsizlik ikliminin hâkim olabileceği dönemlerde, işletmeler öz sermayelerini finansal açıdan riskler çerçevesinde doğru değerlendirerek uygun biçimde yönetmelidir.

Satışlarda yaşanan bir artışın stokları da arttırması gerekmektedir. Bu sebeple stoklar ve net satışlar kalemlerinde yaşanan değişimlerin birlikte incelenmesi uygun bulunmaktadır. Çünkü işletmelerin satışları arttığında, talebe karşılık vermek adına ellerinde bulundurmaları gereken stokları da arttırmaları gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık işletmelerinin stoklarını etkin yönetmesi önemlidir. Çünkü tarihi geçen stoklar gider kalemine eklenmektedir (Dayı, 2013: 109). 2019-2023 dönemlerinde stoklarda yaşanan değişimler yıllara göre sırasıyla %0,35, %0,70, %0,73 ve %0,78 oranlarında devamlı olarak artış göstermiştir. Net satışlar kaleminde de stoklara benzer şekilde yıllara göre artış yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu artış oranları sırasıyla 2019-2020 döneminde %0,13, 2020-2021 döneminde %0,47, 2021-2022 döneminde %0,78 ve 2022-2023 döneminde %0,66 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak sağlık işletmelerinde satışların artmasıyla birlikte stokların da artması söz konusudur.

Ticari alacaklar kaleminde yaşanan değişim, net satışlar kaleminde de değişim yaratacağı için birbiriyle ilişkili olan söz konusu hesap kalemlerinin birlikte incelenmesi gerekmektedir. Ticari alacaklar kaleminde 2019-2023 yıllarında yaşanan değişimler sırasıyla, %0,17, %0,24, %0,62 ve %0,73 oranlarında bulunmuştur. Net satışlar kaleminin de yıllara göre artış gösterme eğiliminde olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle pandemi döneminde hastanelere olan talebin artmasıyla birlikte hastanelerin net satışlar kaleminde yükselme yaşanması beklenen bir durumdur. Her iki hesap kalemi birlikte yorumlandığında, COVID-19 pandemi döneminde artan hasta sayısının hem satışları arttırdığı hem de gelen hasta sayısının fazlalığı sebebiyle alacaklar kaleminde artışa sebep olduğu düşünülebilir. Bu bilgiler ışığında, sağlık işletmelerinde net satışlar kaleminin artmasıyla birlikte ticari alacaklar kaleminin de artması, alacakların tahsilinde sorun yaşandığı şeklinde yorumlanabilmektedir.

Satışların yükselmesiyle ticari alacaklar kalemi artmakta ve bu bağlamda sunulan hizmetin artmasıyla birlikte malların miktarları da yükselmektedir. Bu sebeple işletmelerin ticari borcunun yükselmesi beklenmektedir. Ticari borçlar 2019-2020

döneminde %0,32, 2020-2021 döneminde %0,37, 2021-2022 döneminde %0,62 ve 2022-2023 döneminde %0,63 oranlarında artmıştır. İşletmeler alacaklarını hızlı bir biçimde tahsil etmeyi isterken borçlarını geç ödemeyi finansal sağlıkları açısından olumlu bulmaktadırlar. Ancak söz konusu 2019-2023 yıllarında ticari alacakların her yıl yükseldiği, ticari borçların da buna benzer bir seyrinde artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 4.2. Yatay analiz gelir tablosu sonuçları

Gelir Kalemleri	19/20	20/21	21/22	22/23
Brüt Satışlar	%0,14	%0,47	%0,77	%0,66
Satış İndirimleri (-)	%0,22	%0,50	%0,69	%0,92
Net Satışlar	%0,13	%0,47	%0,78	%0,66
Satışların Maliyeti (-)	%0,11	%0,43	%0,85	%0,64
Brüt Satış Kâr/Zararı	%0,25	%0,62	%0,52	%0,74
Faaliyet Giderleri (-)	%0,03	%0,51	%0,96	%0,72
Faaliyet Kâr/Zararı	%0,57	%0,72	%0,16	%0,78
Diğer Faaliyet Olağan Gelir Ve Kârları	%-0,01	%0,57	%0,52	%0,61
Diğer Faaliyet Olağan Gider Zararları (-)	%0,01	%0,68	%0,28	%0,34
Olağan Kâr/Zarar	%1,03	%1,72	%0,34	%0,96
Olağandışı Gelir ve Kârlar	%0,17	%1,35	%0,83	%0,20
Olağandışı Gider Zararlar (-)	%0,14	%1,00	%0,38	%0,42
Dönem Net Kâr/Zararı	%2,26	%2,19	%0,45	%0,89

İşletmelerin brüt satışlarının artması ve satış indirimlerinin düşmesi, işletmeler açısından olumlu bir durum olarak kabul edilmektedir. Yatay analiz sonuçları incelendiğinde, brüt satışlarda devamlı artış yaşandığı görülmektedir. Brüt satışlar kalemi, satış indirimleri kalemiyle birlikte değerlendirildiğinde ise brüt satışlar ve satış indirimleri kalemlerinin her ikisinde de artış yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır. Brüt satışlar kalemi 2019-2023 yıllarında devamlı artış göstermekle birlikte; 2021-2022 yılları arasında yüksek bir artış söz konusuysa, 2022-2023 yılları arasında daha az bir artış söz konusudur. Satış indirimlerinin yüksek olması, net satışlar kaleminde azalışa sebep olacağından işletme için olumsuz bir durum olarak kabul edilmektedir. Yapılan yatay analizde satış indirimlerinin devamlı artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Satış indirimleri, özellikle 2022-2023 yılları arasında en yüksek artış oranına ulaşmıştır ve bu durum hastanelerin finansal performansı açısından olumsuz olarak değerlendirilmektedir.

Net satışlar kalemi ile satışların maliyeti kaleminin birlikte değerlendirilmesi doğru yorumlama açısından daha uygun olmaktadır. Çünkü net satışlar kalemi ve satışların maliyeti arasında ilişki bulunmaktadır. 2019-2023 yılları arasında net satışlar artış gösterirken, satışların maliyetinde de devamlı artış gözlemlenmiştir. Hastaneler için finansal performans etkinliği bakımından, net satışların artması ancak satışların maliyetinin düşmesi beklenmektedir. Oysaki analiz sonuçları incelendiğinde, her iki hesap kaleminde de artış yaşandığı görülmektedir. Her iki hesap kalemi birlikte ve dengeli bir yükselme yaşadığı için, bu durumun hastanelerin büyümeye gittiğinin göstergesi olabileceği düşünülmektedir.

Brüt satış kârı kalemi, net satışlar ve satışların maliyeti arasında ilişki bulunmaktadır. Net satışlarda yaşanan artış, satışların maliyetini azaltarak brüt satış kârını arttırmaktadır. Maliyetlerde yaşanan azalmalar, işletmelerin maliyetlerinin etkin yönetildiği anlamına gelmektedir (Dayı, 2013: 112-113). Brüt satış kârı; 2019-2020 döneminde %0,25, 2020-2021 döneminde %0,62, 2021-2022 döneminde %0,52 ve 2022-2023 döneminde %0,74 oranında yükselme yaşamıştır. Kısaca brüt satış kârında her yıl yükselmeler yaşanmıştır. Hastane işletmeleri için brüt satış kârının yükselmesi finansal açıdan olumlu bir durum olarak yorumlanmaktadır.

Faaliyet giderleri ve faaliyet kâr-zararı kalemleri incelendiğinde, her iki kaleminde de devamlı olarak artış yaşandığı görülmektedir. 2021-2022 dönemlerinde giderlerde %0,96'lık bir yükselme yaşanırken, aynı dönem faaliyet kâr-zarar kaleminde diğer yıllarda artış yaşanan orandan daha az bir artış yaşanarak, %0,16 seviyesinde bir yükselme gözlemlenmektedir. Ancak genel olarak söz konusu 2019-2023 dönemindeki faaliyet giderleri ve faaliyet kâr-zarar kalemleri incelendiğinde, bu kalemlerde her yıl artış yaşandığı görülmektedir. Ayrıca bunların yanında olağan kâr ve dönem net kâr-zarar kalemlerinde de devamlı artış yaşanmıştır. Faaliyet giderleri ile faaliyet kârı arasında genellikle ters orantılı bir ilişki beklenmektedir. Çünkü faaliyet giderlerinin artması durumunda, gelirden bir değişiklik yoksa, faaliyet kârının azalması beklenmektedir. Faaliyet giderlerinin artması ile birlikte faaliyet kârının da artması, yönetsel olarak dikkat edilmesi gereken bir durum olmakla birlikte, doğru yönetildiği takdirde olumlu yorumlanabilen bir husustur. Faaliyet giderlerinin artması dikkatli kontrollerle sağlandığı ve sürdürülebilirliği göz önüne alınarak yönetildiğinde,

faaliyet giderlerinin gelir artışıyla doğru orantılı ilerlemesi büyümenin göstergesi olarak yorumlanabilmektedir.

Tablo 4.3. Toplam pay içerisinde hesaplanan dikey analiz bilanço sonuçları

AKTİF (VARLIKLAR)	2019/T	2020/T	2021/T	2022/T	2023/T
Dönen Varlıklar	38,33	44,87	43,59	39,27	44,85
Menkul Kıymetler	0,40	1,09	1,06	1,34	1,07
Hazır Değerler	6,05	9,08	10,20	8,94	10,45
Ticari Alacaklar	16,07	14,91	13,40	12,01	14,65
Stoklar	7,22	7,75	9,53	9,13	11,44
GAAGİVGT*	1,17	1,34	1,34	1,60	2,25
Duran Varlıklar	61,67	55,13	56,41	60,73	55,15
Maddi Duran Varlıklar	31,51	28,61	28,79	31,33	26,89
Diğer Duran Varlıklar	0,97	0,75	1,41	0,78	0,93
Aktif Varlık Toplamı	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
PASİF (VARLIKLAR)					
KVYK*	37,90	40,32	38,31	36,30	40,04
Ticari Borçlar	14,32	15,04	14,93	13,41	15,37
Diğer Borçlar	10,12	9,50	8,68	8,04	7,48
Alınan Avanslar	1,47	1,81	1,70	1,77	1,70
Ödenecek Diğer Yükümlülükler	2,22	2,27	2,23	2,03	2,71
GAAGEVGT*	1,06	1,59	1,41	1,34	1,67
UVYK*	32,94	32,59	25,33	19,56	19,99
Borç ve Gider Karşılıkları	0,47	0,44	0,38	0,36	0,24
Öz Sermaye	29,16	27,10	36,35	44,14	39,97
Ödenmiş Sermaye	26,10	22,91	20,05	12,78	10,49
Geçmiş Yıllar Zararları	-19,98	-19,79	-16,34	-9,38	-7,29
Dönem Net Kâr/Zararı	0,75	1,95	4,50	3,62	4,84
Pasif Kaynak Toplamı	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*GAAGİVGT: Gelecek aylara ait giderler ve gelir tahakkukları

**KVYK: Kısa vadeli yabancı kaynaklar

***GAAGEVGT: Gelecek aylara ait gelirler ve gider tahakkukları

****UVYK: Uzun vadeli yabancı kaynaklar

Tablo 4.4. Grup içerisinde hesaplanan dikey analiz bilanço sonuçları

AKTİF (VARLIKLAR)	2019/G %	2020/G %	2021/G %	2022/G %	2023/G %
Dönen Varlıklar	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Hazır Değerler	15,80	20,24	23,41	22,77	23,30
Ticari Alacaklar	41,94	33,24	30,74	30,60	32,68
Stoklar	18,85	17,28	21,85	23,25	25,52
GAAGİVGT*	3,06	2,98	3,08	4,06	5,01
Duran Varlıklar	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Maddi Duran Varlıklar	51,09	51,89	51,03	51,59	48,75
Diğer Duran Varlıklar	1,57	1,36	2,49	1,28	1,69
PASİF (VARLIKLAR)					
KVYK*	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ticari Borçlar	37,79	37,31	38,98	36,92	38,38
Diğer Borçlar	26,71	23,57	22,64	22,16	18,67
Alınan Avanslar	3,87	4,49	4,44	4,86	4,24
Ödenecek Diğer Yükümlülükler	5,87	5,64	5,83	5,58	6,77
GAAGEVGT*	2,81	3,94	3,68	3,69	4,17
UVYK*	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Borç ve Gider Karşılıkları	1,42	1,34	1,48	1,83	1,22
Öz Sermaye	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Ödenmiş Sermaye	89,49	84,55	55,16	28,95	26,25
Geçmiş Yıllar Zararı	-68,51	-73,03	-44,94	-21,25	-18,24
Dönem Net Kâr/Zararı	2,58	7,20	12,39	8,21	12,10

*GAAGİVGT: Gelecek aylara ait giderler ve gelir tahakkukları

**KVYK: Kısa vadeli yabancı kaynaklar

***GAAGEVGT: Gelecek aylara ait gelirler ve gider tahakkukları

****UVYK: Uzun vadeli yabancı kaynaklar

Dikey analiz, sağlık işletmelerine ait verilerin kendi içlerinde değerlendirilmesine olanak sağlayan statik bir analiz yöntemidir (Dayı, 2013: 115). Tablo 4.3.'te gösterildiği üzere dikey analizden elde edilen dikey yüzde sonuçlarına göre; dönen varlıkların aktif kaynak toplamı içerisindeki payı, 2019 yılında %38,33, 2020 yılında %44,87, 2021 yılında %43,59, 2022 yılında %39,27 ve 2023 yılında ise %44,85 olarak bulunmuştur. Dönen varlıkların dikey analiz sonuçları incelendiğinde; dönen varlıklar aktif kaynak toplamı içerisinde 2020 ve 2023 yıllarında yükselme trendi gösterirken, 2021 ve 2022 yıllarında düşme eğilimi göstermektedir. Kısacası dönen varlıkların bazı dönemlerde yükselme, bazı dönemlerde düşme eğilimi göstermesinden dolayı dalgalanan bir seyir izlemekte olduğu görülmektedir. İşletmelerin likidite ve kısa vadeli finansal yönetimi, dönen varlıkların oranlarının

değişimiyle birlikte incelenmektedir. Likidite oranlarının artması ile işletmelerin ödemelerini daha kolay gerçekleştirmesi ve pandemi gibi kriz dönemlerindeki belirsizliklere karşı daha sağlam finansal performans göstermesi sağlanmaktadır. 2022’de dönen varlıkların düşme eğiliminde olması, uzun dönemli büyüme stratejisi geliştirilmesi ve duran varlık yatırımında artış yaşanması şeklinde yorumlanabilmektedir. Ancak 2023 yılındaki dönen varlık artış trendi, işletmelerin gerçekleştirebilecek risklere karşı hazırlık yapması ve kısa vadeli likidite artış stratejisi geliştirmesi olarak yorumlanabilir.

Kısa vadeli yabancı kaynakların 2019-2023 yılları arasındaki dikey analiz sonuçları incelendiğinde; kısa vadeli yabancı kaynakların artışı 2019 yılında %37,90, 2020 yılında %40,32, 2021 yılında %38,31, 2022 yılında %36,30 ve 2023 yılında ise %40,04 olarak bulunmuştur. Kısa vadeli yabancı kaynaklarda 2020 ve 2023 yıllarında artışlar yaşanmıştır. Azalan dönen varlıklar ve artan kısa vadeli yabancı kaynaklar işletmelerin finansal sağlığı için olumlu karşılanmamaktadır. Tablo 4.3.’te yer alan bilgilere göre; dönen varlıklar kalemi ve kısa vadeli yabancı kaynaklar kalemlerinin birlikte azalma ve artma eğilimi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. 2020 ve 2023 yıllarındaki kısa vadeli borç artışının; likidite ihtiyacı sebebiyle yapılmış olup, borçları ödemede baskı oluşturabileceği ve kısa vadeli finansman kaynağına dayanan bir finansal yapıya işaret etmekte olabileceği düşünülmektedir. Kısa vadeli borçlarda yaşanan 2021 ve 2022 yıllarındaki düşüş ise borçların verimli yönetimi ve finansal iyileşme olarak yorumlanabilmektedir. Buradan hareketle borç ödemelerindeki riskin azalması ve borçlar bağlamında ödeme gücünün artmasının söz konusu olması mümkündür.

Hizmet işletmelerinde genelde dönen varlıkların duran varlıklardan daha fazla olması beklenmektedir. Ancak dikey analizden elde edilen verilere göre bunun tam tersine duran varlıkların dönen varlıklardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma kapsamındaki hastane işletmelerinde, dönen varlıklardan ziyade duran varlıklara daha çok yatırım yapıldığı görülmektedir.

Hastanelerin duran varlıkları demirbaşlar, tıbbi cihazlar ve tıbbi ekipmanlar gibi ihtiyaçlardır. Ele alınan verilerin 2019-2023 yıllarını kapsamasından dolayı COVID-19 pandemisinde hastanelerde duran varlıklara ihtiyacın arttığı düşünülmektedir. Ayrıca işletme yapısının karmaşıklığı, tıbbi cihaz kullanımının

fazlalığı ve teknolojik gelişmelerin sürekliliğinin, hastane işletmelerinin duran varlık ağırlıklı işletmeler olmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Kısa vadeli yabancı kaynaklar ve öz sermaye kalemlerinin toplam pasif kaynaklar içerisindeki payları incelendiğinde; kısa vadeli yabancı kaynakların 2019 yılında %37,90, 2020 yılında %40,32, 2021 yılında %38,31, 2022 yılında %36,30 ve 2023 yılında ise %40,04 oranlarında olduğu bulunmuştur. Öz sermaye kaleminin oranları, 2019-2023 dönemindeki yıllara göre sırasıyla %29,16, %27,10, %36,35, %44,14 ve %39,97 olarak bulunmuştur. 2020 ve 2023 yıllarında kısa vadeli yabancı kaynaklar artarken öz sermaye azalmıştır. 2021 ve 2022 yıllarında ise öz sermaye artarken kısa vadeli yabancı kaynaklar azalmıştır. 2021 yılında pasif toplam içerisinde öz sermayenin payının %27,10 ve kısa vadeli yabancı kaynakların payının %38,31 olduğu bulunmuştur. Bu bağlamda kısa vadeli yabancı kaynakların öz sermayeden pasif toplam içerisinde daha fazla pay aldığı görülmektedir. 2022 yılında ise durum tam tersine dönerek kısa vadeli yabancı kaynakların %36,30, öz sermayenin %44,14 oranlarında olmasıyla, öz sermaye kaleminin pasif toplamdan daha fazla pay aldığı görülmektedir. İşletmelerin finansal durumu açısından bu durum olumlu olarak kabul edilmektedir.

Sağlık işletmelerinde stokların, dönen varlıklar ve aktif varlıklar toplamı içerisindeki dikey yüzde payı dikkate alınmalıdır. Çünkü sağlık işletmelerinde stoklar son kullanma tarihi olan ilaçlar ve tıbbi malzemelerdir. Son kullanma tarihi geçen stoklar kullanılamadığı için sağlık işletmelerinde stokların ne fazla ne de az olması, doğabilecek her türlü ihtiyaca yönelik optimum seviyede bulunması gerekmektedir.

Tablo 4.3.'te yer alan verilere göre, aktif varlıklar toplamı içerisinde stokların 2019 ve 2023 yılları arasında dikey yüzdeleri sırasıyla, %7,22, %7,75, %9,53, %9,13 ve %11,44 olarak bulunmuştur. Tablo 4.4.'te görüldüğü üzere stokların dönen varlıklar içerisindeki dikey yüzde payları sırasıyla, %18,85, %17,28, %21,85, %23,25 ve %25,52 olarak bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre, stokların genel olarak artış eğiliminde olduğu görülmektedir. İşletmelerin 2019-2023 yılları arasında satışlarının arttığı düşünüldüğünde işletme stoklarında artış yaşanması beklenen bir durumdur ve normal karşılanmaktadır. Ayrıca bu dönemlerde yaşanan COVID-19 pandemisi de göz önüne alındığında pandeminin satışları arttırdığı ve bu duruma bağlı olarak hastanelerin stoklarının arttığı düşünülebilir.

Ticari alacakların dönen varlıklar ve aktif varlıklar toplamı içerisindeki payı, alacakların etkin yönetilip yönetilmediğinin yorumlanabilmesi için incelenmesi gereken kalemler arasındadır. 2019-2023 yılları arasında ticari alacakların aktif varlıklar toplamı içerisindeki payı sırasıyla, %16,07, %14,91, %13,40, %12,01 ve %14,65 olarak bulunmuştur. Ticari alacakların dönen varlıklar içerisindeki payı ise yine aynı yıllar kapsamında sırasıyla %41,94, %33,24, %30,74, %30,60 ve %32,68 olarak bulunmuştur. 2019-2023 yıllarında ticari alacakların dikey analiz yüzde payları incelendiğinde, ticari alacakların dikey yüzde paylarında azalma yaşandığı gözlemlenmektedir. Hastanelerin alacaklarının çoğunun SGK'ya fatura edildiği göz önüne alındığında, hastanelerin alacaklarının tahsilinde herhangi bir sorunla karşılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 4.5. Dikey analiz gelir tablosu sonuçları

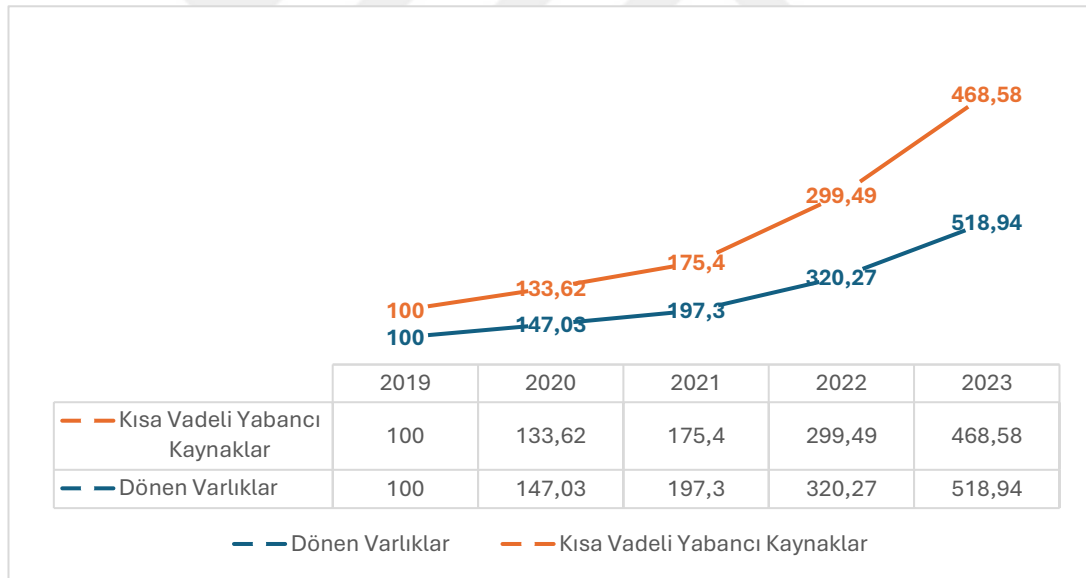
Gelir Kalemleri	2019%	2020%	2021%	2022%	2023%
Brüt Satışlar	101,98	102,13	102,18	102,08	102,40
Satış İndirimleri (-)	1,98	2,13	2,18	2,08	2,40
Net Satışlar	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Satışların Maliyeti (-)	81,98	80,06	78,02	81,21	80,25
Brüt Satış Kâr/Zararı	18,02	19,94	21,98	18,79	19,75
Faaliyet Giderleri (-)	10,43	9,45	9,73	10,75	11,13
Faaliyet Kâr/Zararı	7,59	10,48	12,25	8,04	8,62
Diğer Faaliyet Olağan Gelir ve Kârlar	9,77	8,57	9,14	7,84	7,60
Diğer Faaliyet Olağan Gider Zararları (-)	7,47	6,67	7,64	5,52	4,47
Olağan Kâr/Zarar	2,35	4,21	7,79	5,86	6,92
Olağandışı Gelir ve Kârlar	1,12	1,16	1,86	1,92	1,39
Olağandışı Gider Zararlar (-)	1,98	1,98	2,70	2,11	1,81
Dönem Net Kâr/Zararı	0,91	2,62	5,69	4,64	5,31

Gelir tablosuna uygulanan dikey analiz yönteminde net satışlar kalemi 100 olarak kabul edildiğinden net satışlarda yaşanan değişimleri incelemek mümkün olmamaktadır. Ancak satışların maliyetinin net satışlar içerisindeki payı incelendiğinde, satışların maliyetinde genel anlamda azalma yaşandığı gözlemlenmiştir.

2019 yılında net satışların %81,98'lik bir bölümünü satışların maliyeti oluştururken, 2023 yılında bu oranda azalma yaşanarak %80,25'e düşmüştür. Satışların artmasıyla satışların maliyetinde düşüş yaşandığı düşünülmektedir.

Brüt satış kârı, işletmenin maliyet sonrası elde ettiği kâr miktarını temsil eden kalemdir. Hastanelerde satışların maliyeti kaleminde yaşanan azalmalar brüt satış kârını arttırmıştır. 2019 senesinde %18,02 olan brüt satış kârı, 2023 yılında %19,75'e yükselmiştir. Brüt satış kârında yaşanan bir artışın faaliyet kârını arttırması öngörülmektedir. Tablo 4.5. incelendiğinde; hastanelerin 2019 senesinde %7,59 olan faaliyet kârı, 2023 senesinde %8,62'ye yükselerek beklentiyi karşılamıştır. Kısaca satışlarda yaşanan artış, maliyetleri azaltırken brüt satış kârını arttırmış ve brüt satış kârında yaşanan artış, faaliyet satış kârında da artışa sebep olmuştur.

Faaliyet kâr zarar kalemi incelendiğinde, hastanelerin 2019-2023 yıllarında faaliyet kâr zarar kaleminde artış yaşandığı gözlemlenmiştir. Hastanelerin her yıl kâr elde ettiği görülmektedir. COVID-19 hastalığının henüz Türkiye'de görülmediği yıl olan 2019 yılında hastanelerin faaliyet kârı %7,59 iken, pandeminin hissedildiği yıl olan 2021 senesinde bu oranın %12,25 oranına kadar yükseldiği görülmektedir.

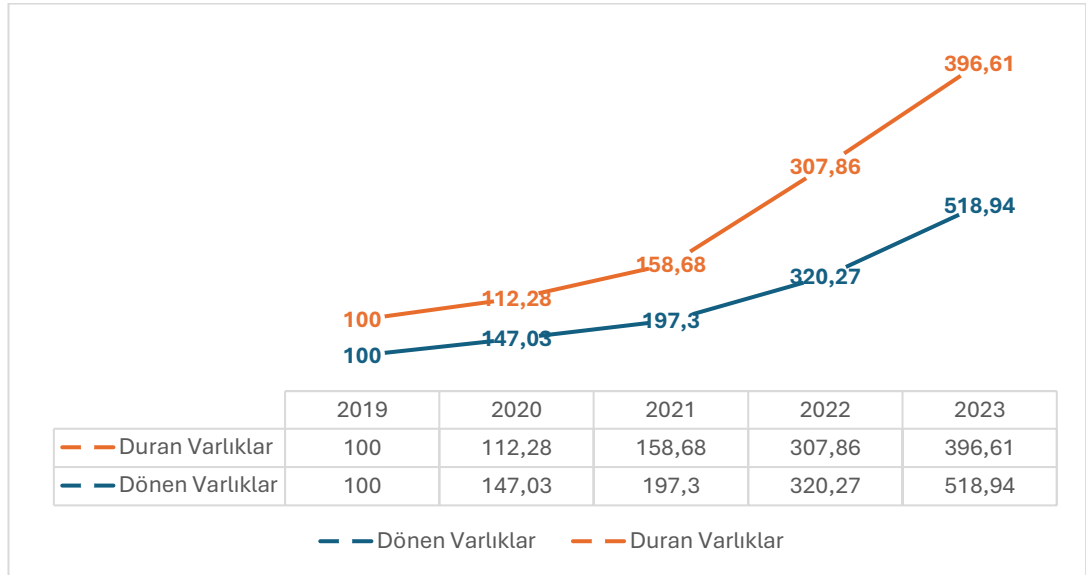


Şekil 4.1. Kısa vadeli yabancı kaynaklar ve dönen varlıklar trend analizi sonuçları

Trend analizinin yorumlanmasında birbirleriyle alakalı hesap kalemlerinin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu sebeple kısa vadeli yabancı kaynaklarla finanse edilen dönen varlıkların değişiminin birlikte incelenmesi daha uygun olacaktır. 2019-2023 yılları arasında dönen varlıkların devamlı artış trendi gösterdiği, 2019 yılında %100 olan dönen varlıklar oranının 2023 yılında %518 oranına kadar yükseldiği gözlemlenmiştir.

Kısa vadeli yabancı kaynakların 2019-2023 yılları arasındaki değişimi incelendiğinde; kısa vadeli yabancı kaynakların devamlı artış yaşadığı ve 2019 yılında %100 olan kısa vadeli yabancı kaynakların 2023 yılında %468,58 oranına yükseldiği gözlemlenmiştir. Dönen varlıklarda yaşanan artışın, hastanelerin daha fazla gelir elde etmeye başladığı veya stoklarını arttırarak hastane kalitesini yükseltmeye çalıştığı anlamını taşıdığı düşünülmektedir. Kısa vadeli yabancı kaynaklarda yaşanan artışlar bazı finansal risklerin göstergesi olabilmektedir.

Kısa vadeli yabancı kaynakların yüksekliği, hastanelerde yetersiz nakit akışı olduğu veya kısa vadeli yabancı kaynakların bazı durumlarda yüksek faiz oranlarına sahip olabileceği ihtimali göz önüne alındığında, sağlık işletmelerinin uzun vadeli planlamaları ve sürdürülebilirliği açısından olumsuz karşılanmaktadır. Kısacası hastaneler kısa vadeli borçlarını yöneterek, dönen varlıklarını arttırmış olabilir. Bu durumda hastanelerin finansal kaynaklarının etkin kullanıldığı düşünülebilir. Fakat kısa vadeli borçlanmanın yükselmesi finansal riskleri de arttırabilir. Yüksek seviyelerdeki dönen varlıklar, hastanelerin likiditesi açısından olumlu karşılanırsa bile bu artışın devamlılığının sağlanması ve borçların yönetiminin dikkat ve titizlikle düzenlenmesi gerekmektedir.

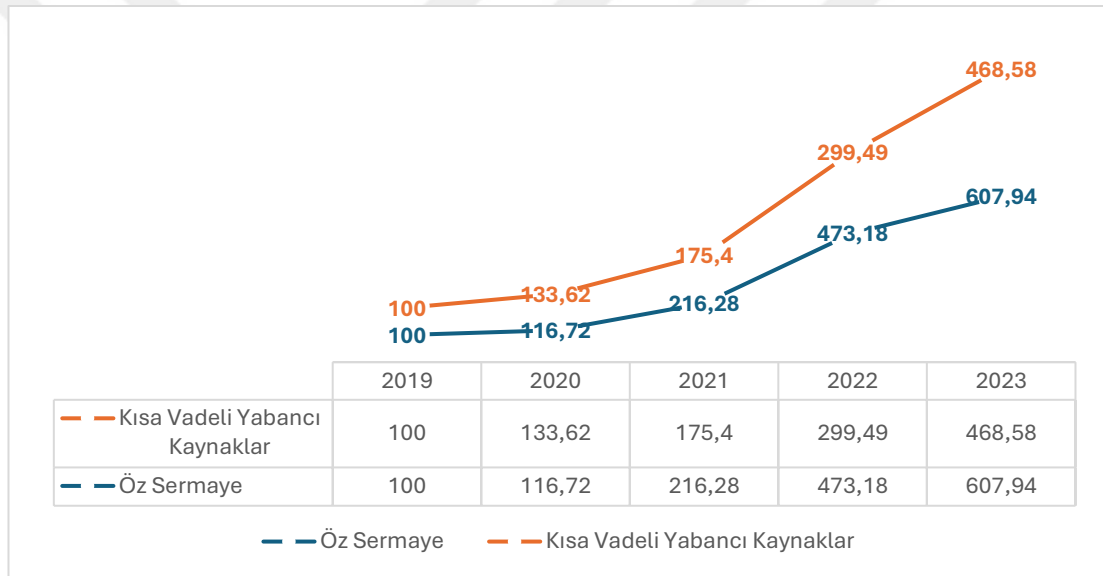


Şekil 4.2. Duran varlıklar ve dönen varlıklar trend analizi sonuçları

Dönen varlıklar ve duran varlıklar hesapları birlikte incelendiğinde, dönen varlıkların 2019-2023 yıllarında devamlı artış trendi yaşadığı görülmektedir. 2019 yılında %100 olan dönen varlıkların, 2023 yılında %518,94 seviyelerine yükseldiği

görülmüştür. Dönen varlıklarda yükselmeler likidite artışı, hasta sayısında yaşanan artış, yüksek stoklar gibi sebeplerden kaynaklanabilmektedir. Elde edilen verilerin pandemi dönemini kapsamına aldığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda pandemi, hastanelerin dönen varlıklarının yükselmesine neden olmuş olabilir.

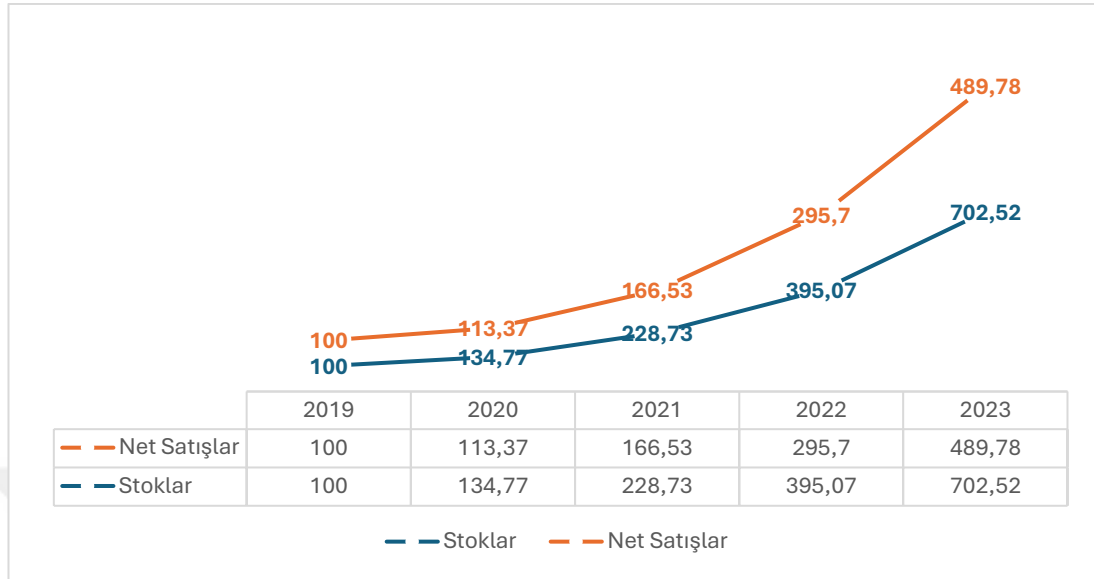
Duran varlıkların 2019-2023 yılları arasındaki oranları incelendiğinde; 2019 yılındaki %100'lük oranın, 2023 yılında %396,61 oranına yükseldiği görülmektedir. Hastanelerin duran varlıklarında yaşanan yükselme trendi uzun vadeli yatırım, gelişme ve büyüme gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Her iki hesap kaleminde yaşanan artış incelendiğinde, hastanelerin kısa vadeli finansal sağlığını güçlendirerek, uzun vadeli büyüme ve gelişme stratejileri izlediği düşünülmektedir.



Şekil 4.3. Kısa vadeli yabancı kaynaklar ve öz sermaye trend analizi sonuçları

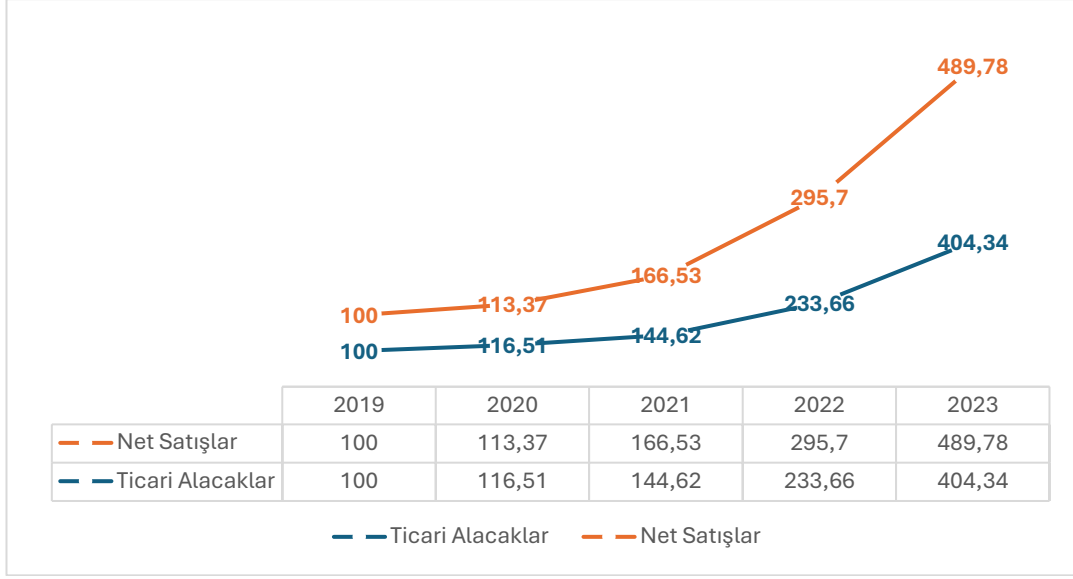
Kısa vadeli yabancı kaynaklar ve öz sermaye kalemleri birlikte incelendiğinde, her iki hesap kaleminde de yıllara göre artış yaşandığı görülmektedir. Kısa vadeli yabancı kaynakların 2019-2023 yılları arasında neredeyse 4 kat yükselerek, 2023 yılındaki %468,58 seviyesine ulaşmıştır. Hastanelerin her iki hesap kaleminde de yaşanan bu yükselmenin, hastane işletmelerinin büyüme için yatırım yapmasından ya da hastanelerin içsel ve dışsal kaynaklarının kullanımından dolayı olabileceği düşünülmektedir. Öz sermayede yaşanan herhangi bir artış hastanenin finansal sağlığını olumlu etkilemektedir. Kısa vadeli yabancı kaynakların yükselmesi ise hastanelerin dış kaynaklara yöneldiğini ve yatırım amacıyla borçlandığını

düşündürebilir. Fakat bu borçlanma kısa vadeli olduğu için ödemelerin yönetiminin doğru yapılması önem arz etmektedir.



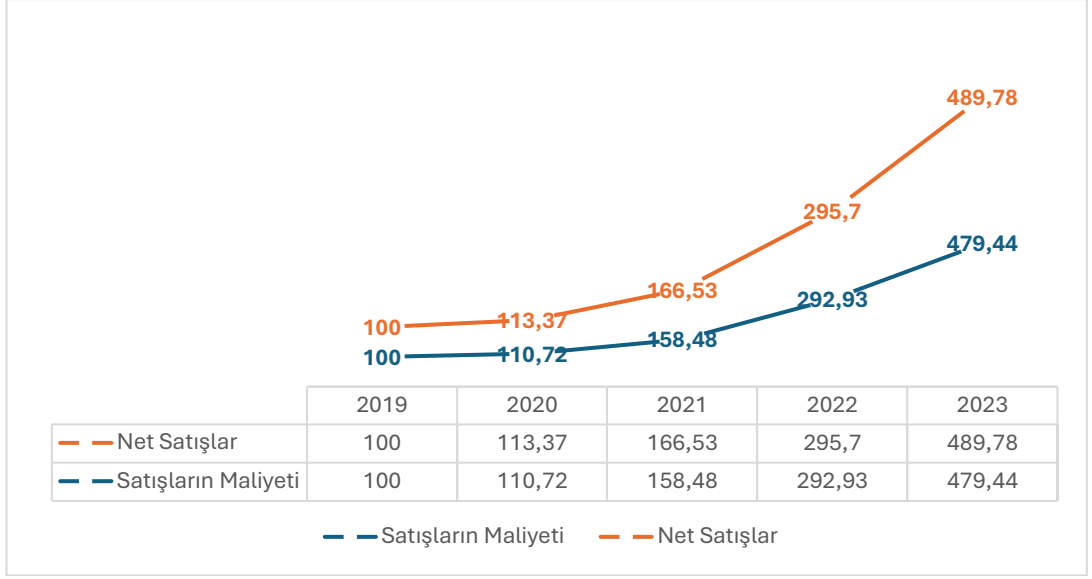
Şekil 4.4. Net satışlar ve stoklar trend analizi sonuçları

Stoklar ve net satışlar kalemleri birlikte incelendiğinde, stoklar kaleminde 2019-2023 yılları arasında; 2019 yılında %100 olan stok oranının, 2023 yılında 7 kat artarak %702,52 oranına ulaştığı görülmektedir. Net satışlar kaleminde ise giderek artan bir trend eğilimi olmakla beraber, 2019 yılında %100 olan oranın, 2023 yılında 4 kat artarak %489,78 oranına yükseldiği görülmektedir. Pandemi döneminde sağlığa olan talepte yaşanan artışla birlikte stokların da artmış olabileceği düşünülmektedir. Çünkü ilaçlar, sarf malzemeler, tıbbi cihazlar gibi hastanelerin hizmet sunumu için gerekli olan malzemeler stoklar kaleminde yer almaktadır. Pandemi gibi beklenmedik durumlarda stoklarda yaşanan bu artış, hizmet kesintisi yaşanmaması için oldukça önemlidir. Net satışlar hastanelerin elde ettiği gelirleri gösteren kalemdir. Net satışlarda yaşanan bu artışın en önemli sebeplerinden bir tanesinin pandemi döneminde artan hasta sayısı olduğu düşünülmektedir. Kısacası COVID-19 pandemisinin, sağlık ihtiyacına olan talebi arttırmasıyla birlikte, hastanelerin stoklar ve net satışlar kalemlerinde artışa neden olduğu düşünülmektedir.



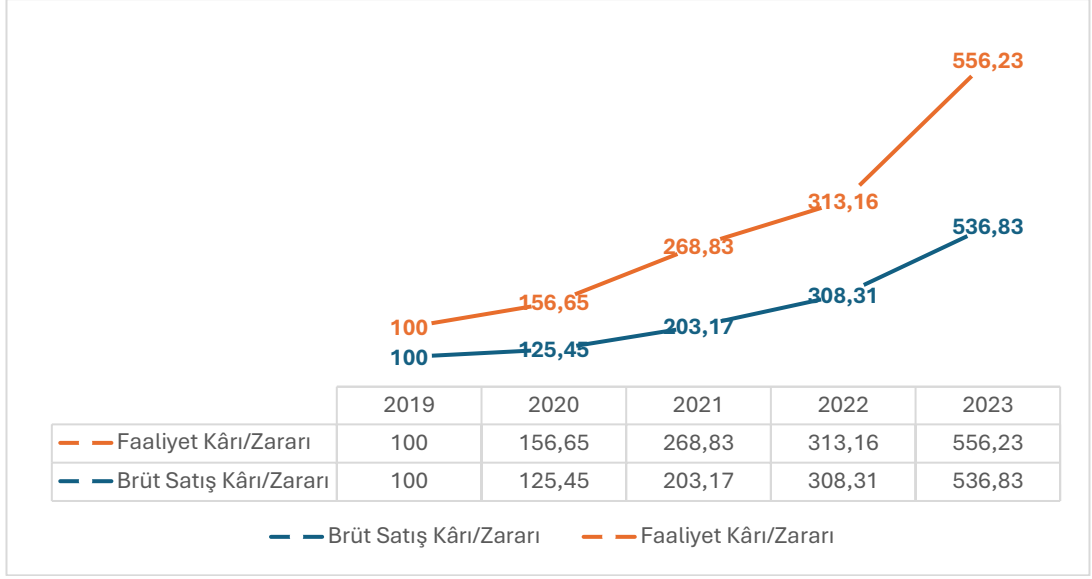
Şekil 4.5. Net satışlar ve ticari alacaklar trend analizi sonuçları

Ticari alacaklar ve net satışlar kalemleri incelendiğinde; net satışlar kaleminde giderek aratan bir trend eğilimi olmakla beraber, 2019 yılında %100 olan oranın, 2023 yılında 4 kat artarak %489,78 oranına yükseldiği görülmektedir. Ticari alacaklar kaleminde ise; 2019 yılında %100 olan oranın, 2023 yılında 4 kat artarak %404,34 oranına yükseldiği görülmektedir. Pandemi döneminde hasta sayısında yaşanan yükselme, alacaklar hesabında artışa neden olmuştur. Hastaların ödeme süresinde yaşanan uzamalar alacaklar hesabını arttırmaktadır. Ayrıca sigorta şirketleri de ödemelerin tahsilatını uzun sürelerde yapmış olabilir. Bu durum ticari alacaklar hesabında artışa sebebiyet verebilmektedir. Kısacası artan hasta sayısı ve sigorta sistemlerinin yaygınlığının ticari alacaklar hesabındaki artışı açıklayabileceği düşünülmektedir.



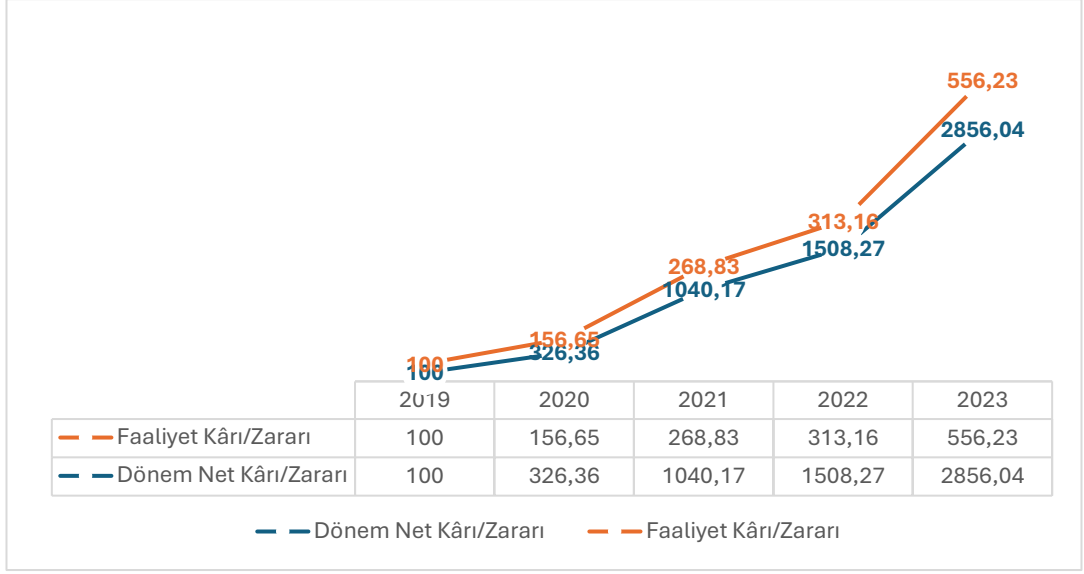
Şekil 4.6. Net satışlar ve satışların maliyeti trend analizi sonuçları

Net satışlar ve satışların maliyeti kalemleri incelendiğinde; net satışlar kaleminde giderek aratan bir trend eğilimi olmakla beraber 2019 yılında %100 olan oranın, 2023 yılında 4 kat artarak %489,78 oranına yükseldiği görülmektedir. Satışların maliyeti kaleminde ise; 2019 yılındaki %100'lük oranın, 2023 yılındaki 4 kat artışla birlikte %479,44 oranına yükseldiği görülmektedir. Pandemiden kaynaklanan hasta artışının, satışların maliyeti ve net satışlarda yükselme yaşanmasına neden olması olasıdır. Çünkü hastanelerin daha fazla hastaya hizmet vermesi, sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan malzemelerin tüketimini arttıracaktır. Bu durumun satışların maliyeti kalemini direkt etkilemesi normaldir. Bu sebeple artan hasta sayısı, satışların maliyetini ve satışları arttırmıştır. Her iki hesap kaleminde de yaşanan bu artış trendinin, hastanelerin büyüme ve kapasite artışını gösterdiği düşünülebilir.



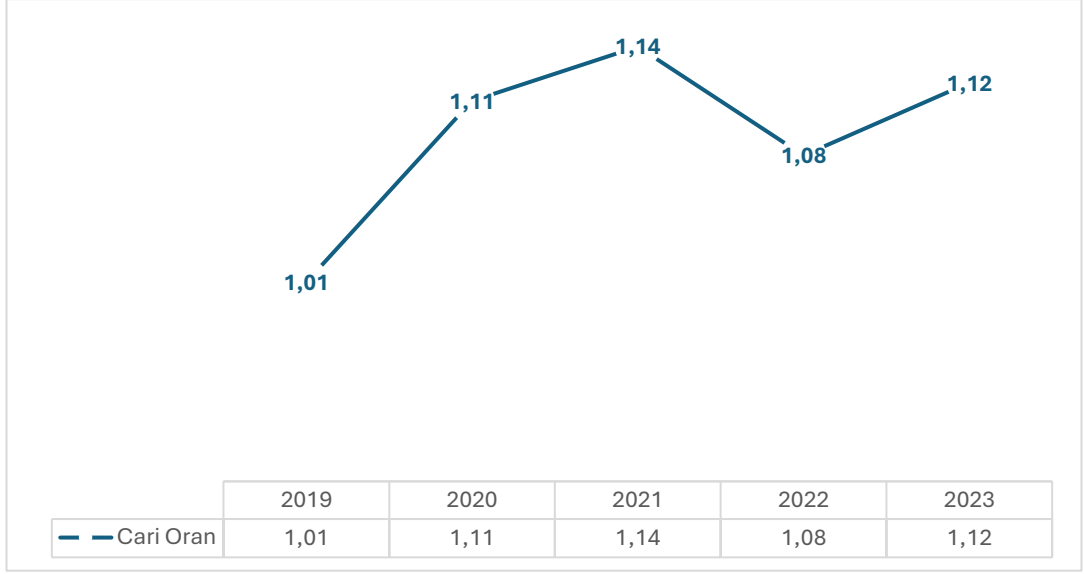
Şekil 4.7. Brüt satışların kâr/zararı ve faaliyet kâr/zararı trend analizi sonuçları

Hastanelerde yaşanan gelir artışı, verimli maliyet yönetimi, yüksek kâr marjı olan hizmetlerin sunulması gibi nedenler brüt kâr marjını arttırabilmektedir. Brüt kâr artışı, maliyetlerin azalması ve idari giderlerin etkin kontrolü, faaliyet kâr-zarar kalemini arttırmaktadır. Brüt satış kârı ve faaliyet kâr-zarar kalemleri incelendiğinde ise; brüt satış kârı kaleminde giderek aratan bir trend eğilimi olmakla beraber 2019 yılında %100 olan oranın, 2023 yılındaki 4 kat artışla birlikte %491,81 oranına yükseldiği görülmektedir. Faaliyet kâr-zarar kaleminde ise, 2019 yılında %100 olan oranın, 2023 yılındaki 5 kat artışla birlikte %556,23 oranına yükseldiği görülmektedir.



Şekil 4.8. Faaliyet kâr/zararı ve dönem net kâr/zararı trend analizi sonuçları

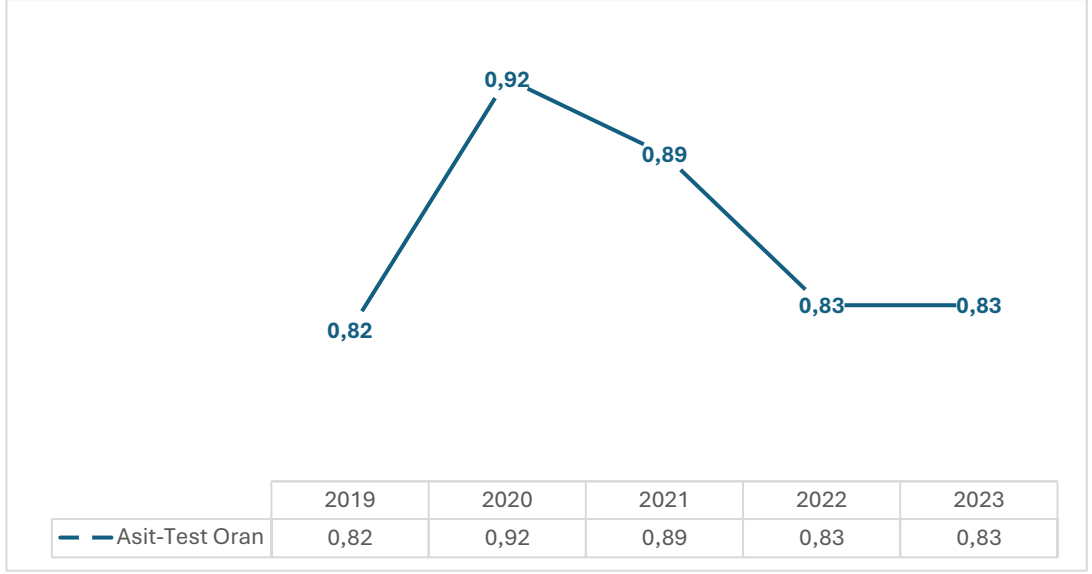
Dönem net kâr-zarar hesap kaleminde; gelir artışı, maliyetlerin azalması, faaliyet optimizasyonu ve etkin finansal yönetim gibi sebeplerin yükselmeye neden olacağı bilinmektedir. Faaliyet kâr-zarar hesap kaleminde ise; kâr marjı yüksek hizmet sunumu, yönetsel iyileşme ve etkin maliyet yönetimi gibi nedenlerden artış yaşanabilmektedir. 2019 yılında %100 olan faaliyet kâr-zarar oranı, 2023 yılına kadar 5 kat artarak %556,23 oranına yükselmiştir. Dönem net kâr-zarar kalemi, henüz COVID-19 pandemisinin Türkiye’de görülmediği yıl olan 2019 yılında %100 iken, 2023 yılında 28 kat artış yaşayarak %2856,04 oranına yükselmiştir. Faaliyet kârı ve dönem kârı elde eden hastanelerin finansal sağlığının olumlu olduğu düşünülmektedir. Ancak hastanelerde yaşanan bu iyileşmelerin pandemiden kaynaklanan geçici bir durum olma ihtimalinin göz önüne alınması gerekmektedir. Ayrıca hastanelerin söz konusu artışları sürdürebilir kılması için gelir çeşitlendirmesini ve maliyet yönetimini devamlı olarak iyileştirmesi önerilmektedir.



Şekil 4.9. Cari oran sonuçları

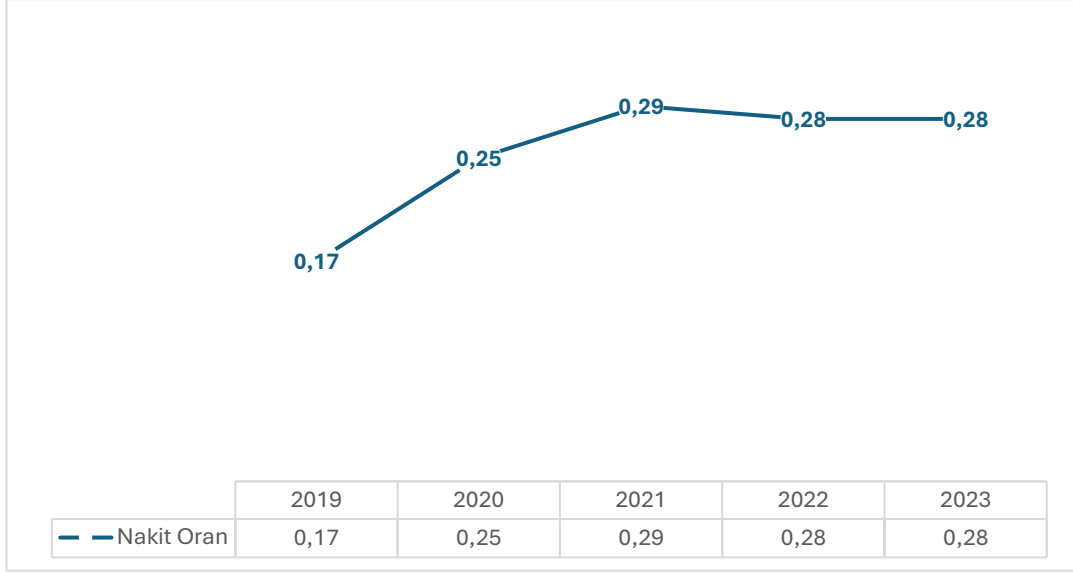
Oran analizinin likidite oranları başlığı altında; cari oran, asit-test oranı ve nakit oranı değerlendirilmektedir. Söz konusu oranların sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Gapenski (2005), hastanelerde cari oranın 2 olmasının olumlu olduğunu belirtmektedir. Hastanelerin dönen varlıklarıyla kısa vadeli borçlarını ödeme gücünü ortaya koyan cari orandan (Megginson, Smart ve Graham, 2010: 40) elde edilen sonuçlar incelendiğinde, cari oranda 2019-2023 yılları arasında devamlı artış yaşanmıştır. Ancak cari oranın, her dönem 1,5-2'nin altında devam etmesi hastanelerin likiditesinde problemler olduğuna işaret etmektedir. Hastanelerde cari oran 2019 yılında 1,01 bulunmuştur. 2020 yılında bu oran yükselme yaşayarak 1,11 seviyesine gelmiştir. 2021 yılında bir önceki yıla göre yükselme trendine devam ederek 1,14 oranına yükselmiştir. 2022 yılında devamlı artış trendinde olan cari oranda düşme yaşanmış ve 1,08 oranına gerilemiştir. 2023 yılında ise cari oranın 1,12 seviyesine gelerek tekrar yükselme trendi gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu oranın 1,5'ten düşük olması hastanelerin krizlere ve finansal problemlere karşı daha savunmasız olduğuna işaret edebilmekte ve hastaneler için olumsuz kabul edilmektedir.



Şekil 4.10. Asit-test oran sonuçları

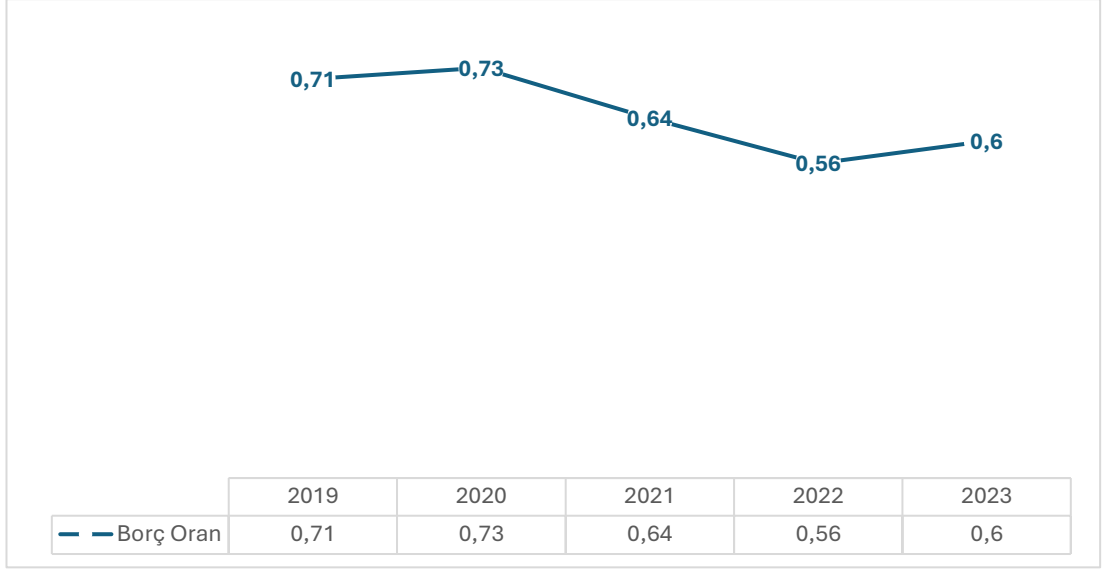
Cari oranın tamamlayıcısı olan asit-test oranının literatürde kabul gören ideal oranı 1'dir. Bu oranın 1'in altında bulunması, hastanelerin kısa vadeli borçlarını ödeme gücünde problem yaşadığını göstermektedir. Ağırbaş (2016), gelişmekte olan ülkelerde bu oranın 0,65-0,80 aralığında olması gerektiğini belirtmiştir. Bu oran aralığındaki hastanelerin, borçlarını ödeme kapasitesine sahip olsa dahi finansal sıkıntılarla karşılaşma ihtimali bulunmakta ve bu aralık hastanelerin stoklarının ne kadar likit olduğunu sorgulatmaktadır. Çünkü bu oranın 1'in altında kalması hastanelerin likidite krizine karşı savunmasız kalabileceğini göstermektedir. Pandeminin ortaya çıktığı yıl olan 2020 yılında asit-test oranı 0,92'ye yükselmiştir. 0,92'ye yükselen oran ideal seviyede olmamakla birlikte hastanenin bu yıllarda kısmi likidite sorunu yaşadığını düşündürmektedir. Kısacası 2019-2023 yılları arasında 1'in altında kalan asit-test oranının kabul edilebilir düzeye çok yakın olmasına karşın, hastaneler risk altında olabileceği için nakit akışlarının daha dikkatli yönetilmesi gerekmektedir.



Şekil 4.11. Nakit oran sonuçları

Finans literatüründe nakit oranının genelde 0,20 olması olumlu kabul edilmektedir. Ancak sağlık sektörü için herhangi bir orandan söz etmek pek uygun olmamaktadır (Dayı, 2013: 139). Analiz sonucunda elde edilen veriler incelendiğinde; nakit oranının sadece pandeminin henüz etkili olmadığı yıl olan 2019 yılında 0,25'nin altında kaldığı diğer yıllarda ideal düzeyde olduğu görülmektedir. Nakit orandan elde edilen sonuçlar Şekil 4.11.'de de gösterildiği gibi; 2019-2023 yılları arasında sırasıyla 0,17, 0,25, 0,29, 0,28 ve 0,28 olarak bulunmuştur. 2019 yılındaki 0,17'lik nakit oranı düşük kabul edilmekte, hastanelerin borçlarını nakit ile karşılamasında problemler olduğunu ve hastanelerin oluşan finansal zorluklarla başa çıkma yeteneğinin azaldığını düşündürmektedir. 2020 ve 2023 yıllarında artış trendine giren nakit oranının; 2020 yılında 0,25 ve 2021 yılında 0,29 oranına kadar yükselmesi, hastanelerin nakit rezervlerinin bir miktar da olsa güçlendiğini ve hastanelerde finansal yönetim açısından bazı iyileşmeler yaşanmış olabileceğini göstermektedir.

Pandeminin sağlık sektörü üzerindeki etkileri ve nakit oran genel olarak ele alındığında, 2020 ve sonrası dönemde yaşanan artışın, yükselen nakit ihtiyacını karşılayabilmek için finansal düzenlemeler yapıldığını ve maliyetleri düşürücü stratejilere başvurulduğunu gösterdiği düşünülebilir.



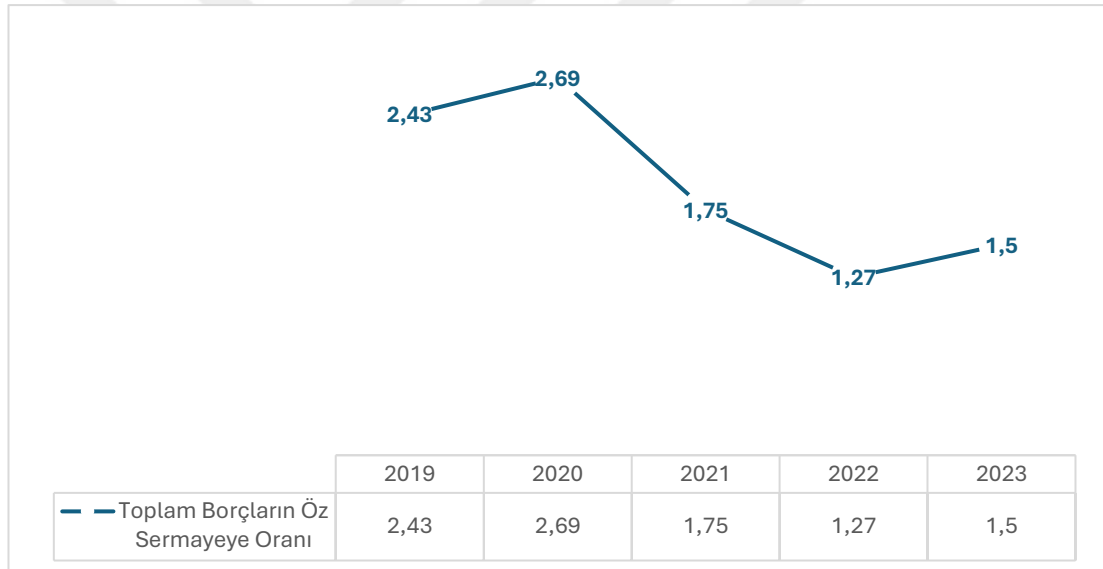
Şekil 4.12. Borç oran sonuçları

Oran analizinin finansal yapı oranları başlığı altında; borç oranı, toplam borçların öz sermayeye oranı, kısa vadeli borçların ağırlığı oranı, uzun vadeli borçların ağırlığı oranı ve maddi duran varlıkların uzun vadeli borçlara oranı değerlendirilmektedir. Söz konusu oranların sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Hastanelerin varlıklarının hangi oranda yabancı kaynaklarla sağlandığını belirten borç oranının (Chandra, 2008: 73) 2019-2023 yılları arasındaki sonuçları incelendiğinde; diğer yıllara göre 2019 ve 2020 yıllarındaki borç oranının yüksek olduğu ve bu durumun hastanelerdeki finansal riskin varlığından kaynaklandığı söylenebilir. Pandemi dönemi gibi olağandışı dönemlerde hastanelerde bu seviyelerdeki borç oranı, nakit akışını ve borç ödeme yeteneğini olumsuz etkileyebilmektedir. 2021 yılında borç oranında bir azalma yaşanmıştır. Bu durumda hastanelerin daha fazla öz sermayeyle finansman sağladığını düşünmek yanlış olmayacaktır. Ayrıca hastanelerin 2021 yılındaki borç oranında yaşanan azalmanın, hastane işletmelerinin finansal sağlığını olumlu etkilediği de söylenebilir.

2022 yılında borç oranı gittikçe düşerek 0,56 oranına kadar gerilemiştir. Bu yaşanan düşme trendi hastanelerin borç yönetimini daha etkin hale getirdiği ve finansal olarak daha sağlam yapıya kavuştuğunu göstermektedir. 2022 yılında yaşanan bu iyileşme, hastanelerin finansal likiditesini artırma ve borç ödeme yeteneklerini iyileştirme çabalarının olumlu geri dönüşlerini göstermektedir. 2023 yılında borç oranında ufak çaplı bir yükselme yaşanmıştır. Ancak geçmiş yılların oranları

incelendiğinde, yaşanan bu yükselmenin önceki yıllara göre daha düşük seviyede olduğu görülmektedir. Kısaca borç oranının azalması, hastanelerin finansal yapısının iyileştiğini göstermektedir. 2022 yılından itibaren borç oranının 0,56 seviyesine doğru düşüş trendine girmesiyle, finansal sürdürülebilirlik açısından hastanelerin diğer yıllara oranla iyi seviyelerde olduğu söylenebilir. Ancak pandemi gibi olağandışı durumlarda borç oranının 0,73 gibi yüksek oranlara çıkması hastanelerin borç yüküyle başa çıkmada zorlandığını ve nakit akışında bozulmalar yaşandığını göstermektedir. Kısacası, hastanelerin borç oranında yaşanan azalmalar finansal yapının iyileşme eğiliminde olduğunu, ancak 2023 yılında yaşanan düşük artışın hastanelerin borç yönetimini dikkatle ve titizlikle yürütmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca bu oranın genel anlamda 0,50'nin üzerinde seyretmesi hastaneler için olumlu kabul edilmemektedir (Aydemir, 2018: 143).

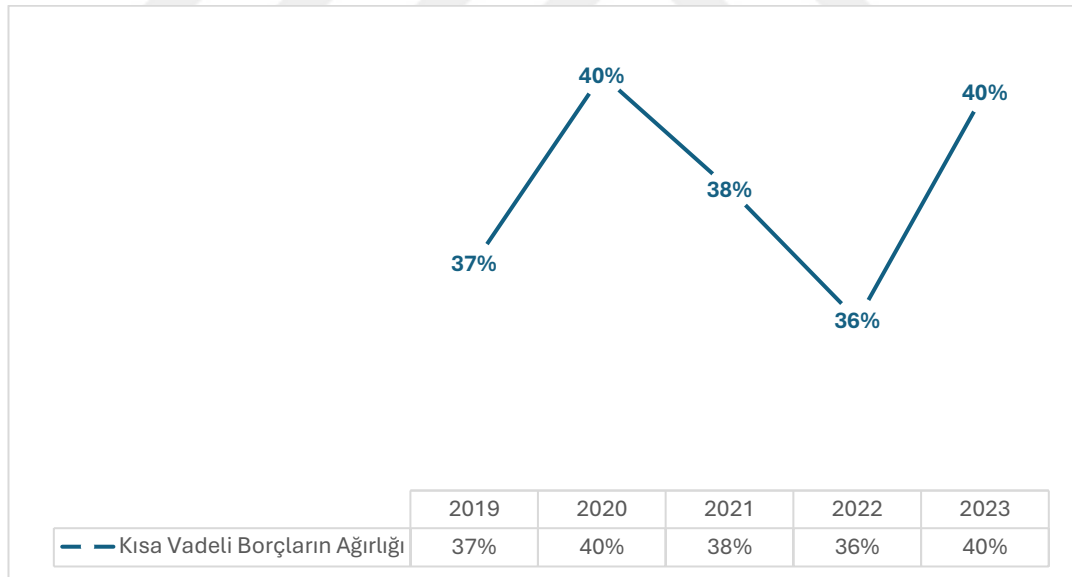


Şekil 4.13. Toplam borçların öz sermayeye oranı sonuçları

Toplam borçların öz sermayeye oranı incelendiğinde, 2019-2020 yılları arasında söz konusu oranın yükseldiği görülmektedir. Bu oranlar, hastanelerin toplam borçlarının öz sermayesinin neredeyse 2,5 katı olduğunu ve hastanelerin finansal riskinin arttığını göstermektedir. Bu seviyelerdeki borçlanmalar, özellikle pandemi gibi olağandışı durumlarda nakit akışını bozarak, finansal anlamda olumsuzluklara neden olabilmektedir. 2021 yılında toplam borçların öz sermayeye oranı düşme trendine girerek 1,75'e gerilemiştir ve bu durum hastanelerin bir önceki yıla göre daha az borçlandığını ve daha fazla öz sermaye ile finansman sağladığını göstermektedir. 2022 yılında bu oran daha da düşerek 1,27 seviyesine gelmesi, hastanelerin daha az

borçlandığını ve finansal gücünün arttığını göstermektedir. 2023 yılında ise toplam borçların öz sermayeye oranı yükselme trendine girerek 1,50 oranına yükselmiştir. Bu durum hastanelerin borç seviyelerinin bir önceki döneme göre arttığını ancak 2019 ve 2020 yıllarındaki borç oranlarından daha düşük olduğunu göstermektedir.

Pandeminin hastaneler üzerinde oluşturduğu etkilerle mücadele etmek için 2020 yıllarında hastanelerin daha fazla borçlandığı düşünülmektedir. Diğer yıllarda yaşanan söz konusu orandaki azalma, hastanelerin borçlarını diğer yıllara göre daha titiz şekilde yönettiğini ve finansal sağlığını güçlendirdiğini göstermektedir. Ancak 2023 yılında yaşanan yükselme, borç ödemesinde tekrardan zorluklar yaşanmış olabileceğini göstermektedir ve bu borçlanmanın kısa vadeli finansal hedefler için yapılmış olma ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Bu sebeple bu oranın uzun vadeli etkilerinin incelenmesi gerekmektedir. 2023 yılındaki artış, detaylıca incelenmesi gereken bir durum olmakla beraber, genel olarak incelendiğinde hastanelerin finansal risklerini kontrol altına almaya çabaladıklarını ve sürdürülebilir finansal yapı oluşturmaya çalıştıklarını düşündürmektedir.

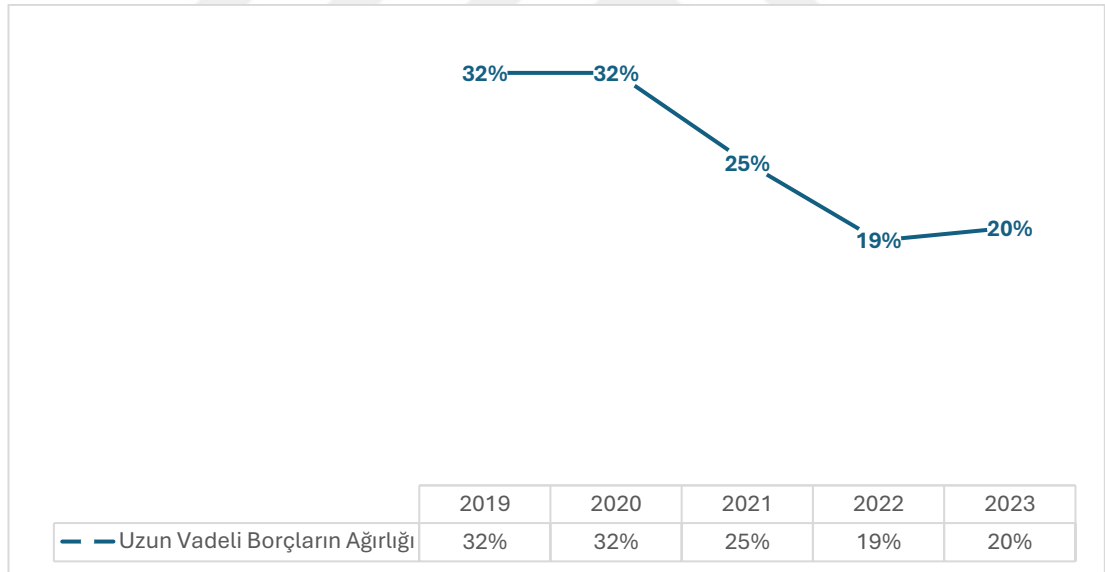


Şekil 4.14. Kısa vadeli borçların ağırlığı oranı sonuçları

Hastanelerin kısa vadeli borçlarının toplam borçlara oranını gösteren kısa vadeli borçların ağırlığı oranının 2019-2023 yılları arasındaki sonuçları sırasıyla incelendiğinde; 2019 yılında 0,37 olarak bulunan oran, hastanelerin borçlarının %37'sinin kısa vadeli borçlar olduğunu göstermektedir. 2020 yılında söz konusu oran yükselme trendine girerek, hastanelerin borçlarının içerisinde kısa vadeli borçların

ağırlığı %40 oranına yükselmiştir. Bu durum hastanelerin acil ödeme yapma gereksinimlerinin arttığını göstermektedir. Kısa vadeli borçların ağırlığı 2021 yılında azalarak %38 oranına düşmüş ve buradan acil ödeme gereksinimlerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

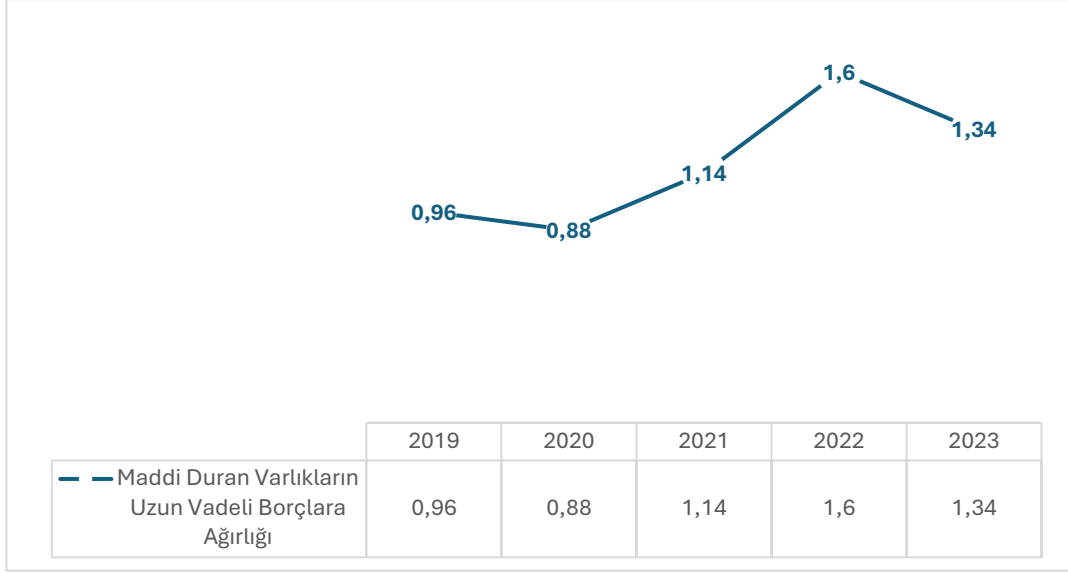
2022 yılı için kısa vadeli borçların ağırlığı oranı %36'ya düşerek hastanelerin finansal stabiliteye doğru adım atmaya başlamış olabileceğini göstermiştir. Son olarak 2023 yılında bu oran %40'a ulaşmıştır. Bu bağlamda hastanelerin ödeme yükümlülüklerinin tekrar artmasıyla birlikte, hastane işletmeleri üzerindeki finansal baskının diğer yıllara oranla yükseldiği düşünülmektedir. Kısaca analiz sonucunda, kısa vadeli borçların ağırlığı oranının %36 ve %40 arasında dalgalanma yaşadığı, hastanelerin kısa vadeli borçlarını yönetmede sıkıntılarla karşılaştığı ve bu duruma ek olarak hastanelerde bazı dönemlerde ödeme baskıları yaşandığı görülmektedir. Ancak hastanelerin borçlanma stratejilerinde değişiklik yapmasıyla bazı dönemlerde iyileşme yaşandığı düşünülmektedir.



Şekil 4.15. Uzun vadeli borçların ağırlığı oranı sonuçları

Hastanelerin toplam borçlarının ne kadarının uzun vadeli borçlar olduğunu gösteren uzun vadeli borçların ağırlığı oranı incelendiğinde, uzun vadeli borçların ağırlığının 2019 ve 2020 yıllarında %32 olduğu bulunmuştur. Hastanelerde uzun vadeli borç ağırlığının bu seviyede bulunması genellikle finansal dengenin sağlandığını ve hastanelerin uzun vadeli finansman yükümlülüklerini yönetebilme kapasitesinin diğer yıllara oranla daha yeterli olduğunu göstermektedir. Ancak

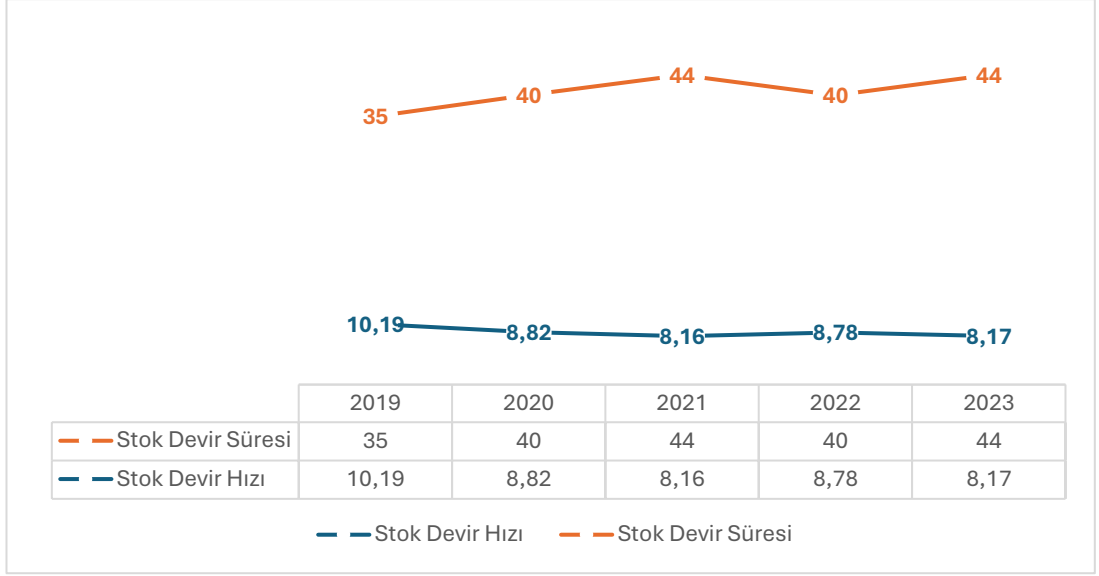
pandeminin başladığı yıl olan 2020 yılında, hastanelerin finansal baskı altına girdiği ve pandemi nedeniyle artan sağlık hizmeti talepleri ve ilave masraflar gibi durumların hastanelerin maliyet yapısını ve borçlanma stratejilerini etkilediği düşünülmektedir. 2021 yılına bakıldığında uzun vadeli borçların ağırlığı azalma trendine girmiştir. Pandeminin ilk etkileriyle başa çıkan hastanelerde, 2021 yılından itibaren uzun vadeli borçların ağırlığı azalmıştır ve hastaneler kısa vadeli borçlara daha bağımlı olmaya başlamıştır. COVID-19'un etkilerinin gittikçe azalmaya başladığı yıl olan 2022 yılında bu oran düşme trendinde devam etmiştir. 2022 yılında uzun vadeli borçların ağırlığında yaşanan azalmadan sonra uzun vadeli borçların ağırlığının 2023 yılında bir yükselme trendine girmesi, hastanelerin uzun vadeli borçlanmada daha yüksek kaynak kullanımına yöneldiğini ve buna bağlı olarak uzun vadeli borçların toplam borçlar içerisindeki payını arttığı düşünülmektedir. COVID-19 pandemi döneminde, uzun vadeli borçlarda azalma yaşanması, hastanelerin finansal gerekliliklerini kısa vadeli borçlarla dengelemeye çabaladığını göstermektedir. Pandeminin ilk ortaya çıktığı dönemde hastanelerin masraflarının arttığı görülmektedir. Hastanelerde diğer yıllarda yaşanan azalmalarla birlikte, hastaneler kısa vadeli borçlarına daha bağımlı hale gelmiştir. Bu sebeple hastanelerin likidite problemleri yaşama riskine karşı önlem alması gerekmektedir. Ayrıca hastanelerin kısa vadeli borçlanmalarını azaltarak uzun vadeli öngörülebilir finansman kaynaklarını tercih etmesi önerilmektedir. Hastanelerde kısa vadeli borçların ağırlığı ve uzun vadeli borçların ağırlığı oranları incelendiğinde, sektörün kısa vadeli borç ağırlıklı çalıştığı sonucuna ulaşılmıştır.



Şekil 4.16. Maddi duran varlıkların uzun vadeli borçlara ağırlığı oranı sonuçları

Uzun vadeli borçların ne kadarının maddi duran varlıklarla (bina, makineler, ekipmanlar) karşılandığını gösteren maddi duran varlıkların uzun vadeli borçlara oranı incelendiğinde; 2021 ve 2022 yıllarında oranın yükselmesiyle birlikte hastanelerin maddi duran varlıklarıyla uzun vadeli borçlarını karşılama kapasitesi iyileşmiştir. Bu durum hastanelerin finansal sağlığında iyileşmeler yaratarak borçlarını daha rahat ödemeye başladığını göstermektedir.

2020 yılında yaşanan düşüş ise COVID-19'dan kaynaklanan belirsizlik ikliminin hastaneler üzerinde mali sıkıntılara neden olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca artan maliyetlerin de hastanelerin sahip olduğu varlıkların değerlerini etkilediği düşünülebilir. Bu dönemde birçok hastanenin finansal açıdan sıkıntılarla karşılaşması olasıdır. 2023 yılından itibaren maddi duran varlıkların uzun vadeli borçlara oranının hala 1'in üzerinde seyretmesi hastanelerin borçlarını varlıklarıyla karşılayabildiğini göstermektedir. Kısacası, hastaneler pandemi döneminde zorlayıcı dönemlerden geçmiş olsa da 2021 yılı itibariyle hastanelerin finansal yapılarının daha sağlam olduğu görülmektedir.



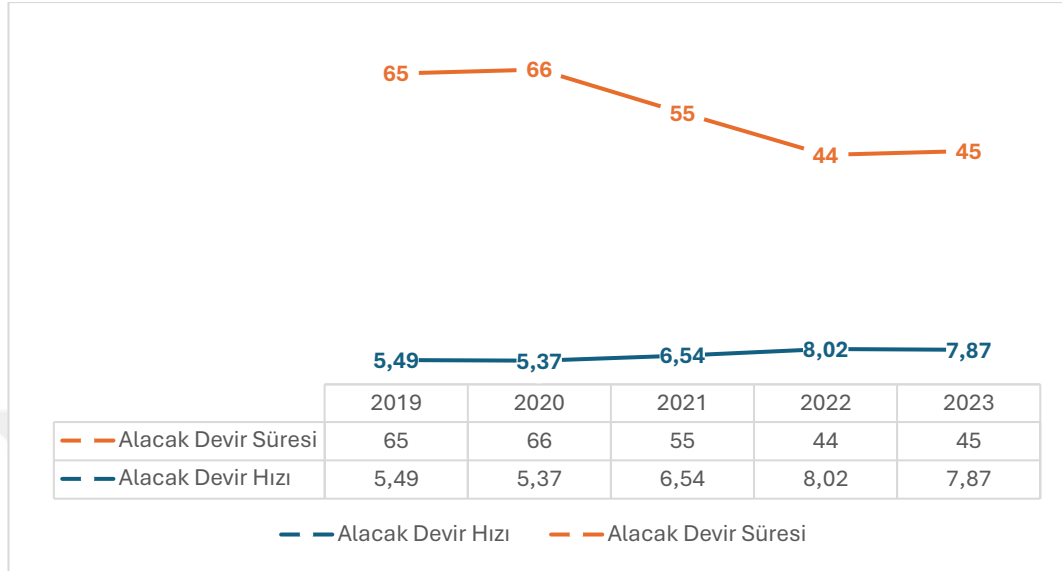
Şekil 4.17. Stok devir süresi ve stok devir hızı oranlarının sonuçları

Oran analizinin faaliyet yapı oranları başlığı altında; stok devir hızı, stok devir süresi, alacak devir süresi, alacak devir hızı, aktif devir hızı ve maddi duran varlık devir hızı oranları değerlendirilmektedir. Söz konusu oranların sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Hastaneler 2019 yılında stoklarını ortalama 35 günde yenileyerek, yılda 10,19 kez tüketmektedir. Kısacası hastanelerin stok devir süresi 35 gün, stok devir hızı ise 10,19'dur. 2020 döneminde hastanelerin stok devir hızının 8,82 ve stok devir süresinin 40 gün olduğu görülmektedir. Pandeminin başlamasıyla hastanelerde tıbbi malzemelere olan talep artmıştır. Bu durumun getirisiyle birlikte hastaneler stoklarını arttırmışlardır. Çalışmadan elde edilen bulgular bunu doğrular niteliktedir. Stok devir hızı, pandemi öncesi yıl olan 2019 yılına göre artış gösterme eğilimindedir. Ancak hastanelerde pandemi döneminde stoklarını arttığı miktar oranında bir kullanım gerçekleşmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum hastanelerin acil servis, poliklinik, laboratuvar gibi alanlarında yaşanan stok kullanım artışını göstermesi açısından önemlidir. Hastaneler için istenilen stok devir süresi 7-10 gün aralığındadır (Karadeniz, 2016: 110). Hastane hizmetlerinde stok devir süresinin 7-10 gün aralığının üzerinde olması, hastanelerin stoklarını etkin yönetmediğini göstermektedir.

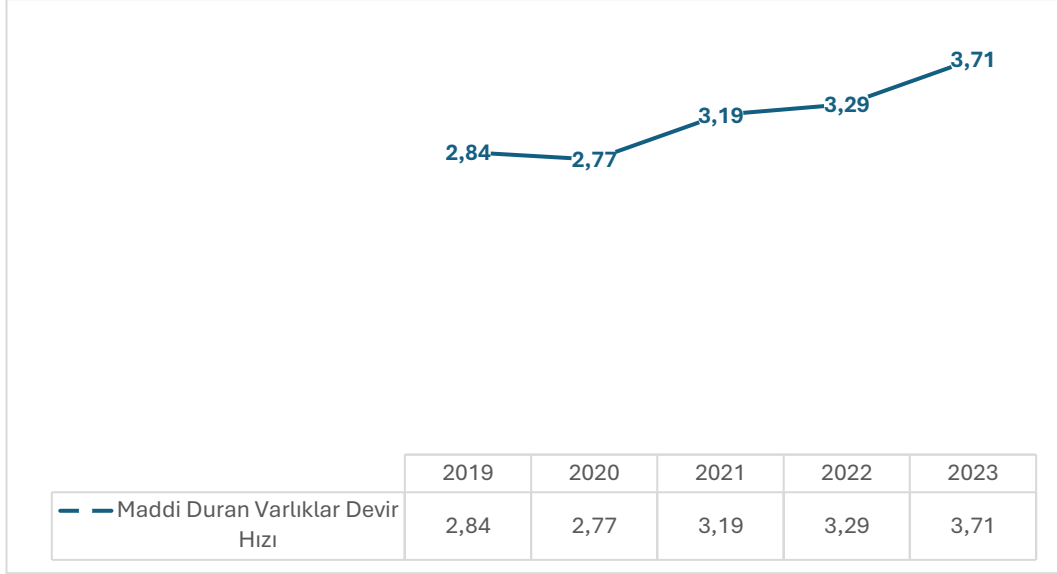
Hastanelerin stoklarını ne fazla ne az miktarlarda tutması gerekmektedir. Çünkü stoklar son kullanma tarihi olan ürünlerdir. Sağlık sektöründe stokların fazlalığı israfa neden olabilirken, eksikliği sağlık hizmeti sunumunu engelleyebilmekte ve buna

bağlı ciddi sorunlar meydana getirebilmektedir. Bu sebeple hastane yöneticilerinin kriz dönemleri için etkin stok yönetimi planlamaları yapmaları, hastanelerin finansal sağlığı ve halk sağlığı açısından önem arz etmektedir.



Şekil 4.18. Alacak devir hızı ve alacak devir süresi oranlarının sonuçları

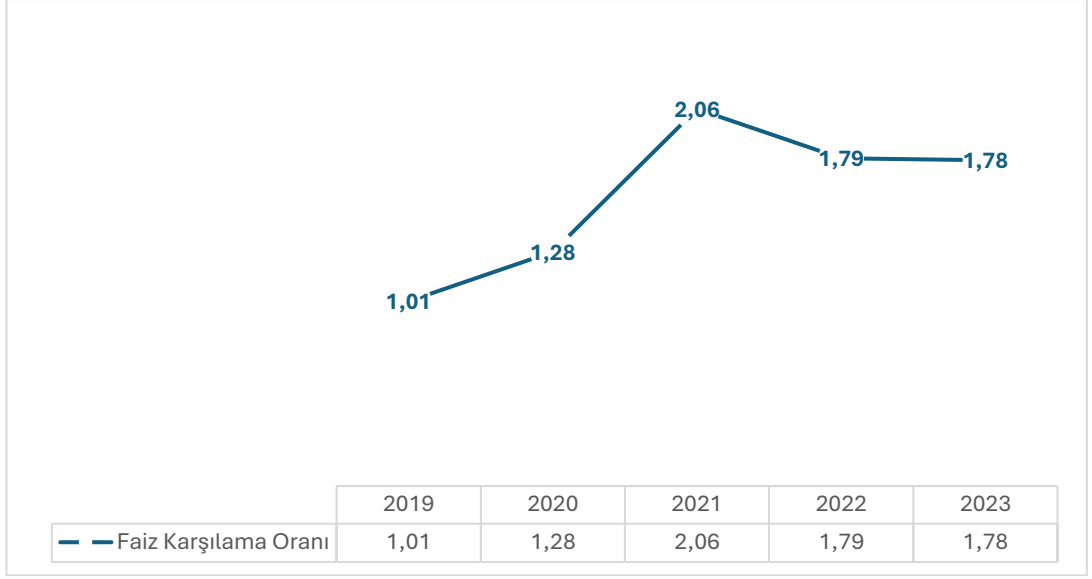
Hastanelerin alacaklarını ne kadar hızlı tahsil ettiğini gösteren alacak devir süresinin kısa olması, çoğunlukla olumlu kabul edilmektedir (Aydemir, 2018: 144). Hastanelerin alacak devir süresinde 2020 yılında yükselme yaşanmıştır. Ancak diğer yıllarda yaşanan düşme eğilimi dikkat çekmektedir. Çalışmaya konu olan yıllarda hastanelerin, 2019 ve 2020 döneminde diğer yıllara göre alacak tahsilinde sorunlar yaşadığı ve ilerleyen yıllarda etkin politikalar izleyerek, alacaklarını daha hızlı tahsil ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Hastaneler en yüksek alacak devir süresine pandeminin ilk yılı olan 2020 döneminde ulaşmıştır. Hasta sayılarının artmasıyla birlikte hastanelerin alacaklarının artış gösterdiği düşünülmektedir. Bu sebeple hastanelerin kriz dönemlerinde nakit akışlarını dikkatle ve titizlikle takip etmesi önemlidir.



Şekil 4.19. Maddi duran varlıkların devir hızı oranı sonuçları

Hastanelerde (tıbbi malzeme, ekipman vb.) sabit varlık kullanımının verimliliğini gösteren maddi duran varlıklar devir hızı oranının, 2'nin üzerinde seyretmesi hastanelerin maddi duran varlıklarını etkin kullandığının bir göstergesidir. 2021-2023 yılları arasında söz konusu oranda yaşanan artışlarla birlikte, hastaneler kaynaklarını daha etkin yönetmiş ve gelirlerini arttırmıştır. Pandeminin başladığı yıl olan 2020 yılında ise bu oranın düşüş göstermesinin; bazı ameliyatların ertelenmesi, yoğun bakım üniteleri, ventilatörler ve tıbbi cihazlara yatırım yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca pandemi döneminde yapılan yatırımlar sebebiyle ilerleyen dönemlerde hastanelerin verimliliğinin artmış olması olasıdır. 2020 yılında maddi duran varlıkların devir hızında yaşanan azalmanın, hastanelerin pandemi dönemindeki sıkıntılı durumlarını yansıttığı; 2021-2023 dönemlerinde ise maddi duran varlıkların devir hızının artmasının, normalleşmenin bir yansıması olduğu kabul edilebilir.

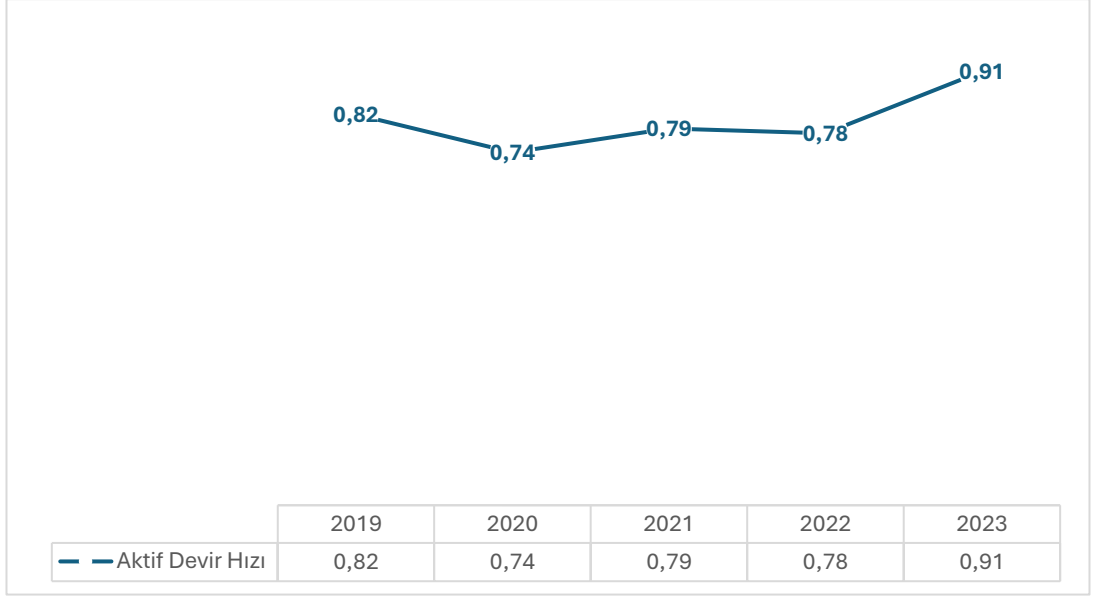
Maddi duran varlıklar devir hızı oranının analize tabi tutulan 2019-2023 dönemlerinde 2'nin üzerinde olması hastanelerin finansal sağlığı açısından olumlu kabul edilmektedir. Hastanelerin maddi duran varlıklarının devir hızı oranının yıllar itibarıyla iyileşme gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.



Şekil 4.20. Faiz karşılama oranı sonuçları

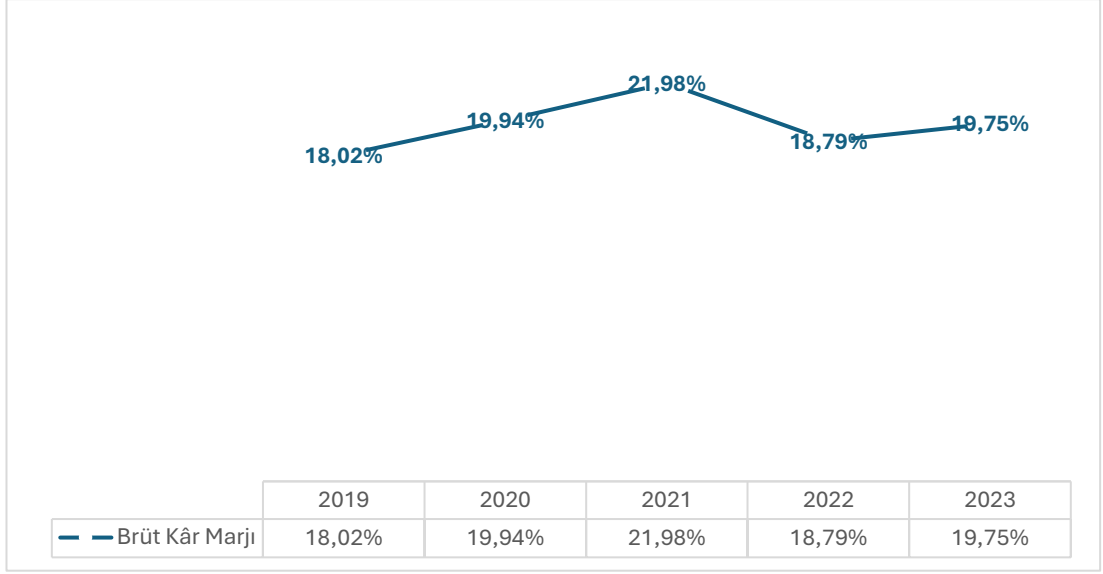
Hastanelerin ödemeleri gereken faizlerin kaç katı faaliyet kârı elde ettiğinin tespit edilmesi için hesaplanan faiz karşılama oranının, hastaneler için en az 8 olması beklenmektedir (Karadeniz, 2016: 109). Elde edilen sonuçlarda, hastanelerin faiz karşılama oranının söz konusu oranın çok altında seyrettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastanelerin gerçekleştirmiş oldukları faaliyetlerinin karşılığında, finansman giderlerini karşılama yeteneklerinin beklenen seviyede olmadığı tespit edilmiştir.

2019 yılına göre, 2020 yılında faiz karşılama oranı 1,28 oranına yükselmiştir. Pandemi döneminde hastanelere yapılan devlet destekleri gibi faktörlerin etkisiyle bu oranın yükselmiş olma ihtimali vardır. 2021 yılında bu oran en yüksek seviyesine ulaşarak 2,06 oranına doğru yükselme trendine girmiş ve hastanelerin faaliyet kârı, faiz giderlerinin iki katına ulaşmıştır. Hastanelerin borç ödeme kapasitesi 2021 yılında diğer yıllardan daha yüksektir. Hastanelerde 2022 ve 2023 yıllarında faiz karşılama oranı düşme trendine girerek 1,78 seviyesine kadar gerilemiştir. Pandeminin etkilerinin azalması, artan maliyetler veya faiz oranlarında yaşanan yükselmelerin faiz karşılama oranını arttırmış olması olasıdır. Hastanelerin 2019-2023 yıllarında faiz karşılama oranında genel anlamda dalgalanmalar yaşandığı, ancak 2023 yılında faiz karşılama oranının hala pandemi öncesi dönemden daha yüksek bir oranda seyrettiği sonucuna ulaşılmıştır.



Şekil 4.21. Aktif devir hızı oranı sonuçları

Hastanelerin aktif devir hızı oranı incelendiğinde, 2019 yılında 0,82’lik oranla hastanelerin aktiflerini pandemi dönemine göre daha verimli yönettiği görülmektedir. Pandeminin başlangıcı olan 2020 yılında aktif devir hızı oranı düşme trendine girerek, hastanelerde varlıkların verimli kullanılmadığı ve gelir elde etme oranının azaldığı görülmektedir. Aktif varlıkların devir hızının 2021 yılında artış trendine girmesi pandemiden kaynaklanan iklimin henüz tam olarak normalleşmediğini ancak 2020 yılına göre iyi olduğunu göstermektedir. 2023 yılında hastanelerin finansal performansındaki iyileşme ile varlıkların daha etkin kullanıldığı ve hastanelerin gelirlerini arttırmaya yönelik planlamaları olduğu düşünülmektedir. Hastaneler 2023 yılından itibaren aktif varlıklarını önceki yıllara göre daha verimli yönetmeye başlamışlardır. Hastanelerin pandemi sonrası normale dönme sürecinde aktif varlık yönetimini iyileştirmeye çalıştıkları görülmektedir.



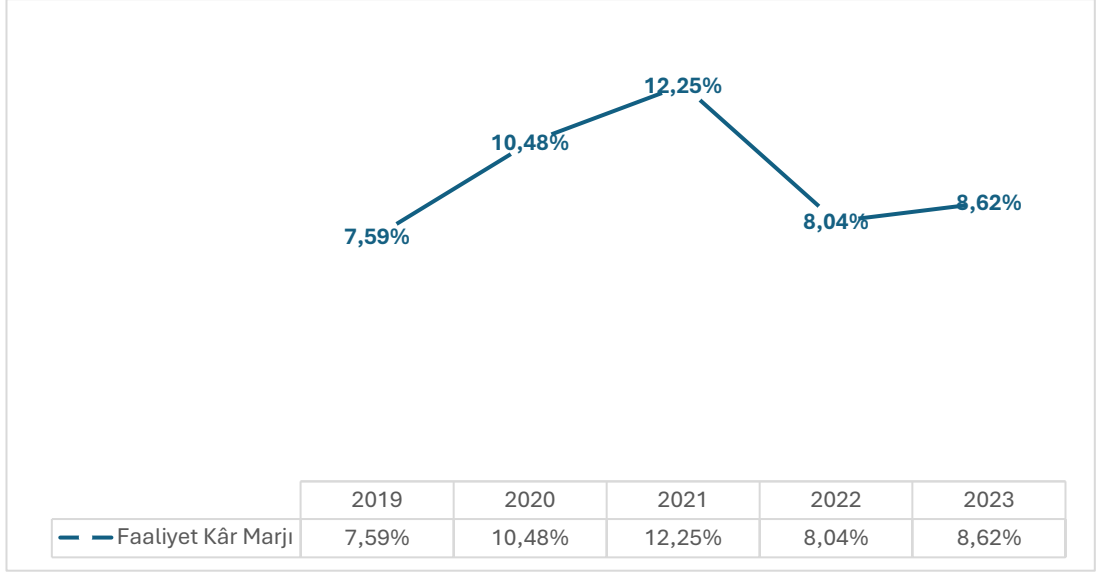
Şekil 4.22. Brüt kâr marjı oranı sonuçları

Oran analizinin kârlılık oranları başlığı altında brüt kâr marjı, faaliyet kâr marjı, net kâr marjı, öz sermaye kârlılık ve aktif kârlılık oranları değerlendirilmektedir. Söz konusu oranların sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Kârlılık bir işletmenin finansal performansının değerlendirilmesini gösteren bir ölçüttür. Çünkü kârlılık işletmelerin yönetim ve işletme politikalarının bir çıktısıdır (Gapenski, 2005: 532). Oran analizinde yer alan kârlılık oranları, hastanelerin kâr elde etme konusundaki verimliliğini ölçen birer finansal performans göstergesidir (Weaver, 2012: 62). Ayrıca söz konusu oranların belirli bir değeri olmadığı için bu çalışmada geçmiş yıllarla karşılaştırma yapılarak analiz yapılmıştır. Hastanelerin satışlarından ne kadar gelir elde ettiğini gösteren brüt kâr marjı oranı 2019-2023 yılları arasında sırasıyla; 2019 yılı için %18,02, 2020 yılı için %19,94, 2021 yılı için %21,98, 2022 yılı için %18,79 ve 2023 yılı için %19,75 olarak bulunmuştur. 2022 dönemi için, 2019 yılındaki hastane gelirlerinden doğrudan maliyetler çıkarıldıktan sonra, hastanelerin gelirlerinin %18,02'sini brüt kâr olarak elde ettikleri görülmektedir. Bu oran incelendiğinde hastane kârının beklenenden düşük olduğu görülmüştür. 2020 yılında hastanelerin brüt kârı artarak %19,94 oranına yükselmiştir. Pandemi döneminde hastaneler birçok belirsizlikle karşılaşmasına rağmen, hastanelerin maliyet yapılarında iyileşmeler yaşanmıştır. 2021 yılında brüt kâr marjı daha da artarak %21,98 oranına yükselmiştir. Bu bağlamda hastanelerin sağlık hizmeti talebini karşılamak için daha yüksek verimlilikle çalışmaya devam ettiği düşünülebilir. Ayrıca pandeminin yarattığı belirsizlik ortamına rağmen pandemi döneminde hastanelerin diğer yıllardan daha

fazla kâr elde ettiği gör÷lmektedir. 2022 yılında brüt kâr marjı oranı düşme trendine girerek %18,79 oranına gerilemiştir. Bu gerilemenin sebebi, sağlık sektörünün maliyetlerinde (tıbbi ekipman, personel giderleri vs.) artış yaşanması olabilir. Yaşanan maliyet artışları, hastanelerin kârlılığında düşüş yaşanmasına sebep olmuştur. Ancak yaşanan maliyet artışına rağmen hastanelerin kârlılığında sadece bir miktar düşüş yaşandığı gör÷lmektedir. 2023 yılında brüt kâr marjı %19,75 olarak bulunmuştur. Pandeminin etkilerinin büyük çoğunluğunun azaldığı ve normalleşmeye geçişin başladığı dönem olan 2023 yılında, hastanelerin kârlılığının 2022 yılına göre artmış olması normalleşmenin getirisi olarak değerlendirilebilir. Brüt kâr marjı oranı, hastanelerin pandemi döneminde kârlılığını ve maliyetlerini yönetme becerisi ile ilgili önemli bir göstergedir. 2019'dan 2020'ye geçerken brüt kâr marjı oranında artış yaşanmış, 2021 yılında bu artış trendi devam etmiştir. Brüt kâr marjı oranı, 2022 yılında düşüş göstermiş ve 2023 yılında küçük bir iyileşme göstererek hastanelerin operasyonel süreçlerinin pandemiden sonra etkin hale gelmeye başlaması olarak yorumlanabilecek bir sonuç ortaya çıkmıştır. Pandemi süreci hastaneler için sıkıntılı bir dönem olmasına rağmen, brüt kâr marjı oranı 2021'e kadar yükselme eğilimi göstermiş, ancak 2021'den sonra 2022 ve 2023 yıllarında %21,98 seviyelerine tekrar ulaşamamış, dolayısıyla kârlılık daha düşük seviyelerde kalmıştır.

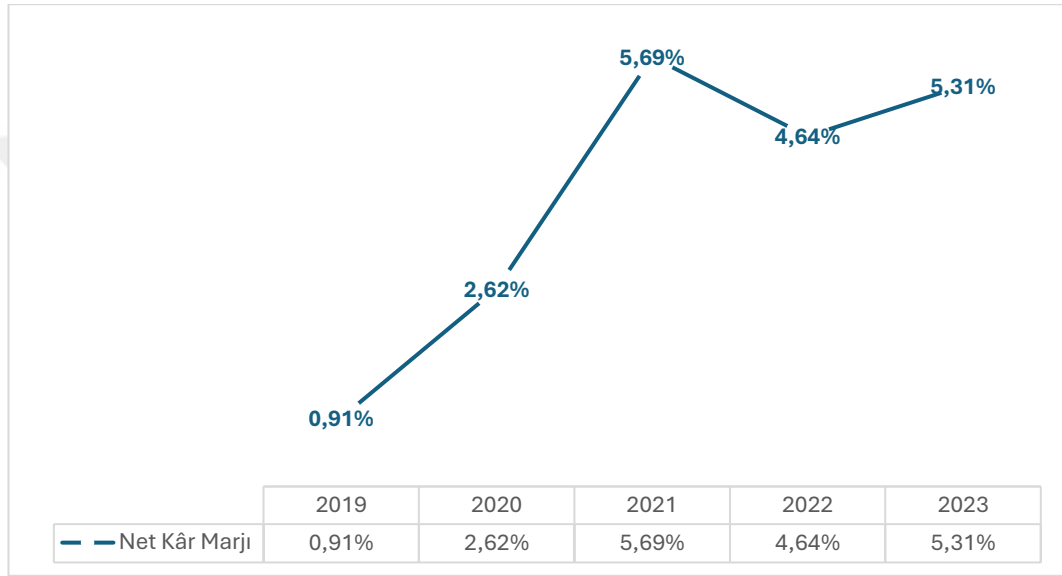
Brüt satış kârından elde edilen oranların nedeni derinlemesine incelendiğinde; net satışlar içerisinde satışların maliyeti 2019 yılında %81,98, 2020 yılında %80,06, 2021 yılında %78,02, 2022 yılında %81,21 ve 2023 yılında %80,25 olarak bulunmuştur. Hastanelerde arz edilen hizmetin maliyeti, net satışlar kaleminde yüksek bir orana sahiptir.



Şekil 4.23. Faaliyet kâr marjı oranı sonuçları

Hastanelerin iş faaliyetlerinde ne derece kârlı çalıştığını ortaya koyan faaliyet kâr marjı oranı incelendiğinde; pandeminin henüz başlamadığı 2019 yılında hastanelerin gelirlerinin %7,59'unu faaliyetlerinden elde ettiği görülmektedir. Elde edilen sonuç, hastanelerin 2019 yılındaki faaliyetlerinden, 2020 ve sonrasındaki yıllara göre daha düşük kâr elde ettiğini göstermektedir. 2020 yılında faaliyet kâr marjı oranının %10,48'e yükselmesi pandeminin yarattığı belirsizlik ortamında hastanelerin faaliyetlerinde iyileşme olduğunu göstermektedir. Pandemi dönemi sağlık sektörü için zorlayıcı bir süreç olmasına rağmen bazı hastanelerin hizmetlerini etkin yöneterek kârlılıklarını arttırdığı düşünülmektedir. Ayrıca pandemi döneminde hastanelerin sunduğu hizmetlerin yoğunluğunda değişikliğe gitmesinin bu oran üzerinde değişime sebebiyet vermesi olasıdır. Pandeminin etkilerinin hala devam ettiği 2021 yılında, faaliyet kâr marjı oranı %12,25 ile yükselme trendine devam ederek hastanelerin finansal sağlığında önceki dönemlere göre iyileşme gerçekleştirmiştir. Hastanelerin pandemi ortamına uyum sağlamasıyla bu oranın yükselme yaşadığı düşünülebilir. Bunlara ek olarak 2020 ve 2021 yıllarında, sağlık hizmetine olan talebin artış göstermesi sebebiyle, hastanelerin hizmet arz etme kapasitesini yükselttiği düşünülmektedir. Normalleşmeye başlanılan yıl olan 2022'de faaliyet kâr marjı %8,04 ile ciddi bir düşüş yaşamıştır. Bunun sebebinin pandemi sonrasında hastanelerin maliyetlerinde artış yaşanması olabileceği düşünülmektedir. Personel giderleri, artan kapasite ve tıbbi malzeme fiyatlarının yükselmesi faaliyet kâr marjını düşürmüş olabilir. 2023 yılında faaliyet kâr marjı %8,62 olarak bulunmuştur. 2022 yılına göre 2023 yılında faaliyet kâr marjında bir artış yaşanmıştır. Fakat bu oran hala 2020-2021

yıllarının altında seyretmektedir. Hastanelerin faaliyetlerinden ne seviyede kâr elde ettiğini gösteren faaliyet kâr marjı oranı, 2019 yılında düşük seviyelerde seyrederken 2020 ve 2021 yıllarında önemli artışlar yaşayarak, hastanelerin pandemi döneminde daha verimli bir çalışma gerçekleştirdiğini ve giderlerini kontrol altında tuttuğunu göstermektedir. Normalleşme dönemleri olan 2022 ve 2023 yıllarında hastanelerin faaliyet kâr marjı oranının düşmesinin yükselen maliyetlerden kaynaklanması olasıdır. Özellikle 2021 yılında hastanelerin %12,25’lik faaliyet kâr marjı oranıyla finansal performansını iyileştirdiği söylenebilir.

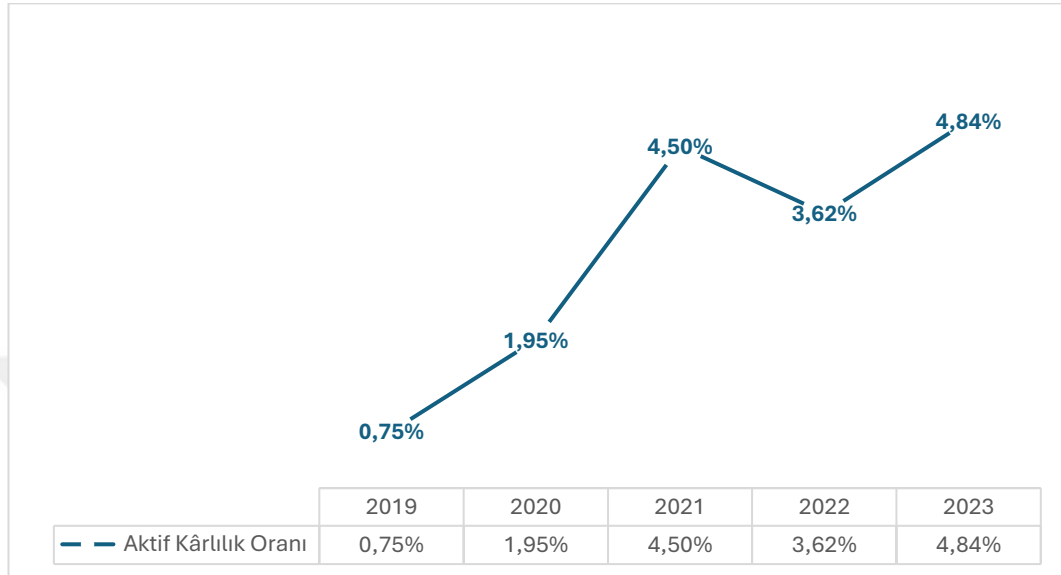


Şekil 4.24. Net kâr marjı oranı sonuçları

Hastanelerin ne kadar kâr elde ettiğini gösteren net kâr marjı oranı, 2019 yılında %0,91, 2020 yılında %2,62, 2021 yılında, %5,69, 2022 yılında %4,64 ve 2023 yılında %5,31 olarak bulunmuştur. 2019 yılında %0,91’lik oranla hastanelerin net kârının toplam gelirlerden düşük olduğu ve bu durumun yüksek maliyet ve verimlilik eksikliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Hastanelerde, elde edilen gelirin büyük kısmının faaliyet giderleri ve diğer maliyetlerle eridiği düşünülmektedir.

Hastanelerde 2020 yılında %2,62 oranıyla bir önceki dönem olan 2019’a göre daha yüksek verimlilik sağlanmıştır. 2021 yılı, hastanelerde %5,69’luk net kâr marjı oranıyla, finansal verimlilik açısından söz konusu yıllar arasında en güçlü yıl olmaktadır. 2022 yılında bu oran %5,69 seviyesinden düşerek, %4,64’e gerilemiştir. Normalleşme sürecinde hastanelerin maliyetlerinde artış yaşandığı ve bazı finansal zorluklarla karşılaşıldığı düşünülmektedir. 2023 yılında net kâr marjında iyileşmeler

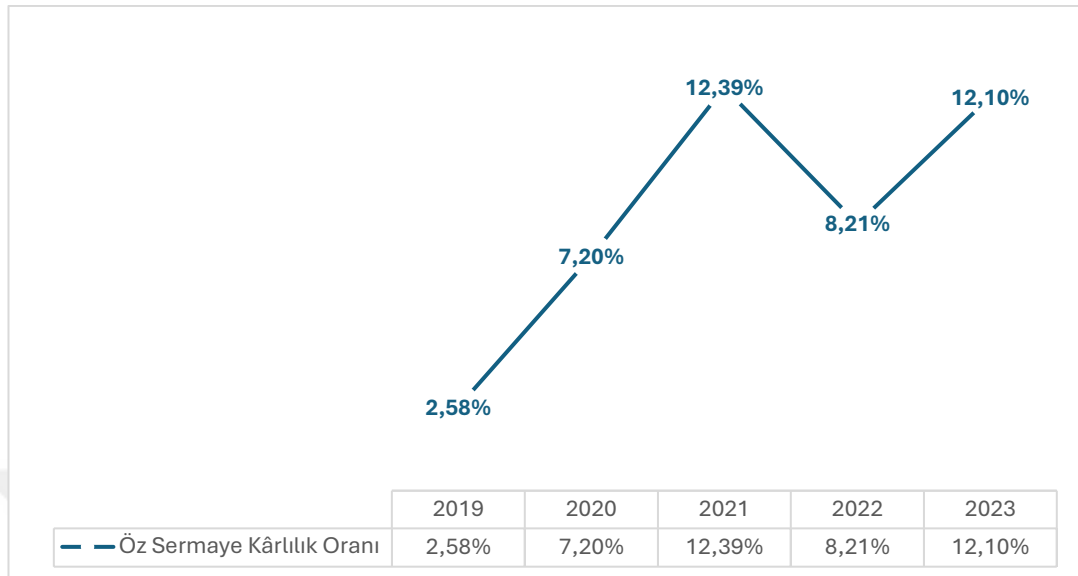
yaşanmış, ancak hastaneler 2021 yılı kadar güçlü bir performans sergileyememiştir. Pandemi süreci, hastanelerin net kâr marjında dalgalanmalar yaşanmasına neden olmuştur. 2020-2021 dönemlerinde hastanelerde finansal anlamda iyileşmeler yaşandığı ve 2023 yılında kısmi toparlanmalar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



Şekil 4.25. Aktif kârlılık oranı sonuçları

Aktif kârlılık oranı incelendiğinde, 2019’da hastanelerin %0,75’lik orana sahip olması sebebiyle varlıklarının çok azıyla kâr elde etmeye çalıştıkları görülmektedir. 2020 yılında, bu oran %1,95 oranına yükselmiştir ve 2019 yılına göre hastanelerin verimliliğini ve gelirini arttırdığı düşünülmektedir. 2021 yılında söz konusu oran önceki yıllara göre ciddi bir yükselme yaşayarak %4,50 seviyesine yükselmiştir. Bu yükselmeyle söz konusu yıllar içinde hastanelerin toplam aktiflerinin getirisinin en yüksek olduğu yıl 2021 yılı olmuştur. Bu yükselmenin, pandemi ortamının getirisiyle birlikte artan sağlık hizmeti talebi ve doğru maliyet yönetimi yapılmasının bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. 2022 yılında aktif kârlılık oranı düşme eğilimine girerek %3,62’ye gerilemiştir. Pandeminin etkilerinin azaldığı dönemde hastaneler finansal açıdan bazı zorluklarla karşılaşmış ve bu sebeple aktif kârlılık oranı da dalgalanma yaşamıştır. 2023 yılında hastanelerin toplam aktiflerinin getiri oranında ufak bir yükselme yaşanmasıyla birlikte finansal açıdan bir önceki yıla göre daha iyi bir performans sergilenmiştir. Aktif kârlılık oranının genel sonuçlarına göre; hastanelerin, pandemi sürecinde artan sağlık hizmetleri talebi dolayısıyla aktif kârlılık oranında dalgalanmalar yaşanmış, pandeminin en etkin olduğu 2020 ve 2021 yıllarında toplam aktif getirisi artmış, 2022 yılında hastaneler normalleşme sürecine ayak uydurmaya

çalışırken bu oran düşmüş, ancak 2023 yılında normalleşmeyle tekrar artış göstermeye başlamıştır.



Şekil 4.26. Öz sermaye kârlılık oranı sonuçları

Cleverley (1995), öz sermaye kârlılık oranının hastanelerin finansal performansını değerlendirmede yaygın ve önemli bir yeri olduğunu vurgulamaktadır. Öz sermaye kârlılık oranı incelendiğinde, 2019 yılı için %2,58, 2020 yılı için %7,20, 2021 yılı için %12,39, 2022 yılı için %8,21 ve 2023 yılı için %12,10 oranları bulunmuştur. 2019 yılında %2,58 olarak bulunan öz sermaye kârlılık oranının düşük kabul edildiği ve hastanelerin finansal performans açısından beklenen durumda olmadığı düşünülmektedir. 2020 yılında, öz sermaye kârlılık oranı %7,20'ye yükselerek pandemi döneminde hastanelerin daha etkin çalışmasıyla 2019 yılına göre finansal anlamda iyileşmeler yaşanmıştır. 2021 yılında söz konusu oran önceki yıllara göre ciddi bir yükselme yaşayarak %12,39 oranına ilerlemiştir.

Pandeminin etkilerinin azalmaya başladığı yıl olan 2022'de bu oran önemli bir düşüş yaşamış ve %8,21 oranına gerilemiştir. 2023 yılında ise tekrar yükselerek %12,10 oranına ulaşmıştır. Bu orandan elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında; hastanelerde 2019 sonrası pandemi döneminde öz sermaye getirisi bağlamında iyileşmeler yaşanmış, ancak 2022 yılında hastaneler normalleşmenin henüz çok yeni başladığı döneme hızlıca ayak uyduramamış ve hastanelerin öz sermaye getirileri düşüşe geçmiştir. Normalleşmenin artık yavaş yavaş sağlanmaya başladığı yıl olan

2023 yılında ise öz sermaye getirisi konusunda hastane işletmelerinin finansal performansında belirli iyileşmeler de söz konusu olmaya başlamıştır.



5. TARTIŞMA

Bu çalışma kapsamında, TCMB verilerine göre Türkiye’de hizmet veren hastanelerin 2019-2023 dönemleri arasındaki finansal performansları incelenerek, COVID-19 pandemisinin söz konusu hastaneler üzerindeki etkileri analiz edilmiş ve analiz bulgularına yer verilmiştir. Bu bağlamda hastanelerin finansal performansının analiz edilmesi ve değerlendirilmesi için oran analizi, yatay analiz, dikey analiz ve trend analizi yöntemleri kullanılarak, hastanelerin finansal durumlarının yanı sıra pandemi sürecine verdikleri finansal tepkiler ortaya konulmuştur. Çalışma içeriğinde ayrıca, hastanelerin kriz dönemlerinde finansal uyum kabiliyetlerine ve bu uyum sürecinde meydana gelen değişikliklere yer verilmiştir.

Araştırma bulguları likidite bağlamında değerlendirildiğinde, hastanelerin cari oran ile asit-test oranlarının beklentilerin altında kalmış olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, hastanelerin kısa vadeli borçlarını karşılama kapasitesinin yetersiz olduğunu ve likidite yönetiminde sorunlar yaşandığını göstermektedir. Bu alandaki çalışmalar arasında yer alan Karadeniz (2016), Aydemir (2018) ve Wongsin’in (2014) çalışmaları da söz konusu likidite problemleri ile ilgili uyumlu sonuçlar ortaya koymuşlardır. Zaman içinde nakit oran yükselerek beklentileri karşılamış olsa da diğer likidite oranlarının beklenenin altında kalması, hastanelerin kriz ortamında kullanıma hazır yeterli seviyede nakit rezervi konusunda sorunlar yaşayabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda hastanelerin acil likidite ihtiyacına yönelik hazırlıklı olmadığı görülmektedir. Ancak bu durum pandemi süreci bağlamında hastaneler açısından değerlendirildiğinde, işletmelerin hazır değerlerini attırmaya yöneldikleri dikkat çekici bir noktadır. Söz konusu hazır değer artışı, COVID-19 pandemisinden kaynaklanan acil tıbbi malzeme ve ekipman ihtiyacına hızlı yanıt verebilmek amacıyla gerçekleşen likidite arayışının doğal bir sonucu olarak yorumlanmaktadır. Karaca ve Boztosun’un (2022) gerçekleştirdikleri pandemi öncesi döneme ait çalışma kapsamında, beklenmedik harcamaların işletme nakit ihtiyacını arttırdığı bulgusuna yer verilmiştir. Bu durum bu çalışmadan edilen pandemi döneminde hastanelerin likidite yönetimi konusunda yaşadığı sorunlar ile alakalı bulgularla örtüşmektedir. Likidite oranları Karakaya’nın (2008) çalışmasında düşük seviyelerde tespit edilmiştir. Ancak bu çalışmadan elde edilen bulgular kapsamında nakit oranının 2019 yılı haricindeki diğer yıllarda 0,20’nin üzerinde bir trend izlemesi, bazı hastanelerin likidite yönetimi

konusunda iyileşme sağladığını göstermektedir. Bu durum, hastanelerin kriz dönemlerinde daha temkinli davranma stratejisi ve nakit varlıklarını arttırma politikası izlemesi gibi sebeplerle açıklanabilmektedir.

Finansal yapı oranları değerlendirildiğinde, hastanelerin dış kaynak kullanımının pandemi sürecinde arttığı ve özellikle 2020 yılında hastane borç oranlarının yükseldiği görülmektedir. Bu durum, Lee (2015) ve Songur ve arkadaşlarının (2016) çalışmasındaki hastanelerin borçlanma baskılarının arttığı bulgusu ile örtüşmektedir. Toplam borçların öz sermayeye oranının 2020 yılı özelinde yaşadığı yükselme ise hastanelerin yabancı kaynak bağımlılığını ortaya koymaktadır. 2021 yılı sonrası toplam borçların öz sermayeye oranında yaşanan azalma, hastane sektörünün kriz sonrası toparlanma dönemine girdiğini ve bu bağlamda risklerin azaldığını göstermektedir. Jakóbczyk, Kocot ve Koziel (2020), Polonya’da bulunan kamuya bağlı hastanelerin büyük kısmının borçlu olduğunu ve şirket yapısına bürünen hastanelerin geleneksel yapıdaki hastanelere oranla daha kötü bir finansal performans gösterdiğini ortaya koymuştur. Bahsedilen çalışmanın bulguları, bu çalışma kapsamındaki hastane hizmetlerinin borç yükü ve finansal sürdürülebilirlik açısından benzer bir risk altında bulunduğunu düşündürmektedir. Borç yapısına ilişkin bulgular, Çalışkan’ın (2015) çalışmasında borçların yükselme eğiliminde olduğu ve yabancı kaynak kullanımının arttığı ortaya koyulmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, borçların pandemi öncesindeki dönemde de yüksek olmasının yanı sıra, kısa vadeli borçların ağırlığının pandemi sürecinde daha da arttığını ortaya koymuştur. Bu farklılık, finansal riskin pandemiden kaynaklanan belirsizlikler sebebiyle kısa vadeli finansman yönelimini de daha fazla arttığını göstermektedir.

Karadeniz ve Koşan (2017) tarafından TCMB verileri ile gerçekleştirilen araştırmada, hastane sektörünün 2012 ve 2014 yıllarında kâr elde ettiği, 2013 yılında ise kârlılığın negatif duruma geçtiği ortaya koyulmuştur. Sektördeki yabancı kaynak kullanımının yüksek seviyede, aktif devir hızının düşük seviyede ve finansal risklerin yüksek seviyede olduğu belirtilmiştir. Bahsedilen sonuçlar, bu çalışmadaki kısa vadeli borçlara yüksek bağımlılık bulguları ile örtüşmektedir. Çalışkan (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışma kapsamında bir kamu hastanesinin finansal analizi yapılmış ve bu bağlamda, bazı yıllarda maliyetlerin yüksekliği sebebiyle kârlılık negatif seyrederken bazı yıllarda ise kârlılığının pozitif olduğu belirtilmiştir. Buradan yola

çıkılarak hastanelerin kârlılıklarının dönemlere göre dalgalı bir seyrinde olabildiği, maliyet kontrolü yapılmasının finansal performans üzerinde önemli seviyede bir rolü olduğu görülmektedir.

Stok devir süresi analiz edildiğinde, hastanelerin bu bağlamda beklentilerin çok üzerinde bir performans ortaya koyduğu ve bu bağlamda stok yönetiminde yetersizliklerin söz konusu olduğu tespitinde bulunulmuştur. Aydemir (2018) ve Karadeniz'in (2016) çalışmaları bu bağlamda bu çalışmanın bulguları ile benzerlik taşımaktadır. Pandemi dönemi sebebiyle tıbbi sarf ve malzeme kıtlığına yönelik endişeler doğrultusunda stok arttırma stratejisine yönelim olması olasıdır. Fakat, stokların son kullanma tarihleri sebebiyle bu strateji uzun vadede sürdürülebilir bir strateji olmamakla birlikte finansal riskler de doğurmaktadır. Bu bağlamda stok yönetimi ile alakalı sorunlar gözlemlenmekle birlikte, pandemi sürecindeki stok artışı eğiliminin, tedarik zincirinde yaşanan zorluklar ve acil malzeme ihtiyaçlarından kaynaklandığı görülmektedir.

Yapılan analizler ve elde edilen veriler incelendiğinde, ülkemizde pandeminin başlangıç yılı olan 2020 yılında alacakların tahsil sürelerinde uzamalar olduğu ve analize tabi tutulan yıllarda bu uzamanın en yüksek seviyeye ulaştığı açıkça görülmektedir. Pandemi sebebiyle hasta sayısının artmasına karşın hastanelerin alacakların tahsilat sürelerinde önemli ölçüde zorluklarla karşılaştığı tespit edilmiştir. Özellikle COVID-19 ve buna bağlı gerçekleştirilen tedavilerin ödemelerinde yaşanan gecikmeler, sosyal güvenlik kurumlarının ödeme vadelerindeki sapmalar ve hastaların yaşadığı kişisel ödeme zorluklarındaki artışın tahsilat sürelerini geciktirdiği düşünülebilmektedir. Bunların yanında sigorta şirketleri ve kamu kurumlarının, pandemiden kaynaklanan sebepler ile ödeme onaylarının uzamasının da bu süreci olumsuz etkilemiş olması muhtemeldir. 2020 yılındaki alacak devir hızının yükselmesi de tahsilat gecikmesi yönündeki bulguları desteklemektedir. Bu bağlamdan yola çıkılarak, hastanelerin yoğun hizmet sunumu gerçekleştirdiği dönemlerde nakit akışı açısından sorunlar yaşadığı ve finansal esneklik açısından ise sınındığı görülmektedir. Özer (2012) ile Akca ve Somunoğlu İkinci (2014) tarafından gerçekleştirilen geçmiş çalışmalarda hastanelerin alacak tahsilatı süreçlerinde genel anlamda sorunlar yaşadığı ve bazı dönemlerde önemli ölçüde gecikmeler yaşandığı belirtilmiştir. Pandemi

döneminde bu sorun belirginleşmiş ve sektörün genelinde alacak tahsilatı sorunları yaygınlaşmıştır.

Kârlılık oranları bulgularına bakıldığında, pandemi sürecinde brüt kâr marjı, faaliyet kâr marjı, net kâr marjı, öz sermaye kârlılık ve aktif kârlılık oranlarının artmış olduğu tespit edilmiştir. Buradan yola çıkılarak, hastanelerin pandemi gibi kriz koşullarına hızlı adaptasyon sağladığı ve belirli kalemler bağlamında maliyet konusunda avantaj elde ettiği söylenebilmektedir. Fakat 2019-2021 yılları arasındaki kârlılık oranlarının artışının sonrasında, 2022 yılında bu oranda yaşanan düşüş trendi, pandeminin yarattığı belirsizlik ve risk ortamının bir göstergesidir. Aydemir (2018) ile Bhat ve Jain (2006) de bu bulgularla paralel olarak kârlılık oranlarında dönemsel dalgalanmalar saptamıştır. Ancak 2023 yılı itibarıyla kârlılık oranlarında yaşanan artışlar pandemi sonrası iyileşme sürecinin başladığını göstermektedir. Pandemi dönemi finansal verilerinin analiz edilmesiyle birlikte, hastanelerin kârlılık oranlarında beklenmedik bir artış gözlenmiştir. Literatürdeki Bhat ve Jain (2006) ile Karadeniz (2016) çalışmalarında hastane kârlılık oranları genellikle düşük seviyede ve dalgalı seyrederken, bu çalışmadaki bulgulara göre, 2020 ve 2021 yıllarında kârlılık oranlarında belirli yükselişler yaşanmıştır. Bu durum, pandemi sürecindeki koşulların sağlık hizmetlerindeki talebi arttırması ve bazı hastanelerin bu süreçte finansal olarak daha dirençli hale gelmesiyle açıklanabilmektedir. Noh ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, Güney Kore'nin kamu hastanelerinin kârlılık oranlarının düşük seviyelerde ve düzensiz olduğu, söz konusu hastanelerin finansal sorunlar sebebiyle zarar ettiği ortaya konmuştur. Türkiye'deki hastanelerde pandemi sürecindeki kısa vadeli kârlılık oranları artışı, devlet desteği ve hastane hizmetleri talebindeki artış ile ilişkilendirilebilir durumdadır. Bu durum, pandemi döneminde hastanelerde maliyet kontrolü ve kaynak verimliliği konusunda çaba sarf edildiğini göstermektedir. Aynı zamanda bu karşılaştırma, hastanelerin finansal performansının yalnızca oranlarla değil, içinde bulundukları sağlık sistemi ve ekonomik koşullar bağlamında değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Langabeer'in (2006) gerçekleştirdiği çalışmada ABD'de bulunan eğitim araştırma statüsündeki hastanelerin finansal zorluk yaşadığı ve sürdürülebilirlik açısından riskli durumda bulunduğu görülmekteyken; Langabeer'in (2008) çalışmasında hastanelerin kârlılık raporları yüksek olmasına rağmen iflasa sürüklenme durumlarının hızlandığı, olumlu görünebilen finansal değerlendirmenin arka planda barınan mali sorunları gizlemiş olabileceğine dikkat

çekmektedir. Langabeer'in (2008) çalışması ile benzer şekilde bu çalışmada da Türkiye'deki hastanelerin pandemi döneminde elde ettiği finansal kazançların geçici olabileceği, kalıcı mali reformlarla desteklenmediği takdirde uzun vadede sürdürülebilir olmayabileceğini ortaya koymaktadır. Bu sebeple hastanelerin mali kazançlarını, finansal yönetim politikaları bağlamında dönemsel kârlılık oranları ile değil uzun vadede mali istikrar sağlayacak politikalar çerçevesinde değerlendirmeleri oldukça önemlidir.

Yatay analiz bulguları incelendiğinde, kısa vadeli ve uzun vadeli yabancı kaynaklarda artış yaşandığı görülmektedir. Söz konusu bulgular, hastanelerin mali ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla dış kaynak kullanımını arttığını göstermekte, Lee'nin (2015) çalışmasındaki benzer bulgular ile örtüşmektedir. Stoklar, ticari alacaklar, kısa ve uzun vadeli yabancı kaynaklar gibi kalemlerin yatay ve dikey analizlerde artış göstermesi, hastanelerin gelir ve aynı zamanda gider yapılarının büyümekte olduğunu ortaya koymaktadır. Fakat yabancı kaynak kullanımının artması beraberinde finansal risk artışını da getirebilmektedir. Benzer şekilde yabancı kaynak ağırlığı, Songur ve arkadaşları (2016) ile Bülüş, Özkan ve Ağırbaş (2017) çalışmalarında da tespit edilmiştir.

Dikey analizden elde edilen bulgulara göre dönen varlıklarda artış yaşanması, hastanelerin likiditelerini arttırmaya yönelik gayretlerinin yanında, pandemi dönemindeki devlet desteklerinin etkisine de dikkat çekmektedir. Trend analizi bulguları sonucunda net satışlar ve maliyet kalemlerinde artış yaşanması, sağlık hizmeti talebinin artışına bağlı olarak hastane işletmelerinin büyüme gösterdiğini ortaya koymaktadır. Söz konusu büyüme trendinin sürdürülebilir olması ve sağlıklı yönetilmesi, özellikle kısa vadeli borçların güçlendirilerek mali risklerin en az indirilmesi, Hastane Hizmetleri sektörünün finansal sağlığı bakımından oldukça önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

2019 yılında Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan kentinde ortaya çıkan COVID-19 hastalığı, şiddetli akut solunum yolu hastalığı olarak dünyaya yayılmıştır (Wang ve ark., 2020: 470). COVID-19 hastalığı sebep olduğu pandemi nedeniyle hükümetler, piyasalar, işletmeler ve insanlar üzerinde çeşitli baskılar oluşturmuştur. Gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler ekonomik ve finansal açıdan baskılarla karşı karşıya kalmıştır (Arner ve ark., 2020: 1). Hastalığın dünyaya yayılım göstermesiyle birlikte ülkeler ekonomilerini ayakta tutmak için acil durum paketlerini hayata geçirmişlerdir (Fernandes, 2020: 2). COVID-19 hastalığı tüm dünyada ve tüm sektörlerde güçlü değişikliklere yol açarak birçok alanda sektörel performansı etkilemiştir.

2020 yılının mart ayında Türkiye'de görülmeye başlanan COVID-19 hastalığından korunmak için hükümet çeşitli önlemler almıştır. COVID-19'un olumsuz etkilerine karşı alınan önlemler çoğu sektörü kapsamaktadır. Ancak COVID-19'un sağlık temelli bir kriz olmasının getirisiyle, sağlık kurumları sektörel olarak COVID-19'un güçlü etkilerine daha çok maruz kalmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sisteminin maliyetlerinin büyük çoğunluğunu %50 ve %80 oranlarıyla hastaneler kapsamaktadır (DSÖ, 2014). Türkiye'de 2023 yılında GSYH'nin %4,7'sini sağlık harcamaları oluştururken, toplam sağlık harcamalarının %52,5'i hastanelerde gerçekleşmiştir (TÜİK, 2024). Hastanelerin sağlık harcamaları içerisinde artan payının yanında sağlık sistemi içerisinde hastanelerin yeri ve önemi dikkate alındığında (Kundurjiev ve Salchev, 2011: 1) hastanelerin finansal performansının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi gerekmektedir.

İşletmelerin varlıklarını devamlı ve sürdürülebilir kılması işletmelerin rekabet yeteneğine bağlıdır. Bu sebeple işletmelerin rekabet gücünün tespit edilebilmesi için işletmelerin finansal performansı düzenli aralıklarla ölçülmeli ve değerlendirilerek raporlandırılmalıdır (Acar, 2003: 21). Sağlık işletmelerinin özellikle pandemi gibi olağanüstü durumlarda finansal performanslarını ölçerek raporlamaları, hastanelerin sürdürülebilirliği ve yönetsel açıdan doğru kararlar alınabilmesi adına önem arz etmektedir.

Hastanelerde hizmet kesintisi durumu söz konusu değildir. Özellikle pandemi gibi sağlık hizmetine olan talebin ciddi oranda arttığı durumlarda hastanelerin finansal

açından sağlıklı olmaları toplum sağlığının korunması açısından önemlidir. Pandemi çoğu sektörde gelir kayıplarına ve maliyet artışlarına neden olmuştur. COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışı sağlık hizmeti sunumunu etkilediği kadar hastanelerin finansal yapılarında da değişikliklere neden olduğu için, kriz dönemlerinde hastanelerin mali dayanıklılığını korumaları önem arz etmektedir. Bu sebeple bu çalışmada, pandemi döneminde Türkiye'deki hastanelerin finansal performansı değerlendirilerek literatüre katkı sağlanması ve gelecek yıllarda karşılaşılabilecek kriz durumlarında hastane yöneticilerine yol gösterici olması amacıyla hazırlanmıştır.

Bu çalışmada TCMB'nin yayımlamış olduğu sektör bilançoları içerisinde yer alan Q-861 Hastane Hizmetleri alt sektörünün 2019, 2020, 2021, 2022 ve 2023 yılları arasındaki gelir tablosu ve bilanço verileri yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizi ile değerlendirilmiştir. Finansal analizlerden elde edilen oranlar, hastanelerin önceki dönemlerini finansal açıdan yorumlama imkânı tanınmasının yanında gelecek yıllarda oluşabilecek finansal durumlara karşı tahminlerde bulunmaya olanak sağlamıştır.

Yatay analizden elde edilen sonuçlara göre hastanelerin kısa vadeli borçlarında ve uzun vadeli borçlarında devamlı artış yaşanmıştır, bu durumda pandemi döneminde hastanelerin dış kaynak kullanımının arttığı görülmektedir. Dönen varlıklar, duran varlıklar ve stoklar kaleminde yaşanan artışlar sebebiyle hastanelerin stok birikimini arttırarak ekipman ve malzeme alımları yaptığı düşünülmektedir. Bu durum hastanelerin kriz dönemlerine uyum sağlama çabası olarak hizmet kapasitesini arttırmasından kaynaklanmaktadır. Pandemi döneminde varlık kullanımı yükselişe geçerek hastanelerde finansal hareketlilik artmıştır. Hastaneler kriz koşullarına uyum sağlamaya çalışarak hizmet kapasitesini arttırmaya çabalamışlardır. Pandemi döneminde hastaneler daha fazla harcama yaparken aynı zamanda gelir kalemlerinde artış yaşamışlardır.

Dikey analizden elde edilen sonuçlara göre, hastanelerin dönen varlıkları 2020 yılında %44,87 oranına yükselmiştir. Hastanelerin bazı elektif ameliyatları erteleme, rutin sağlık hizmetlerinde azalış yaşanması sebebiyle, hastanelerin gelirlerini etkilemektedir. Ancak dönen varlıklar kalemi yıllar itibarıyla incelendiğinde söz konusu hesap kalemi yükselişe geçmiştir. Bu durum pandemi döneminde hastanelere yapılan devlet destekleri ve hastanelerin likiditesini arttırma çabasının bir sonucu

olarak değerlendirilmektedir. Pandemi döneminde hastanelerde ilaçlar, maskeler, ventilatörler, tıbbi testler gibi acil durum ekipman ve malzemelerinin alımı için hızlı likidite gerekliliği doğmuş olması olasıdır. Bu sebeple hastanelerin hazır değerlerinin %6,05 ve %10,45 arasında artışa geçmesiyle hastaneler beklenmedik giderler için daha fazla parayı elde tutmaya çabalamışlardır. Pandemi döneminde tıbbi malzeme talebinin yükselmesi tedarik zincirinde problemlere neden olmuştur. Hastanelerin stoklarının 2019-2023 yılları arasında %7,22 ve %11,44 arasında yükselen bir trend izlemesi, hastanelerin kıtlık bilinciyle stok biriktirmeye yöneldiğinin bir göstergesidir. Ancak hastanelerde kullanılan malzemelerin çoğunun son kullanma tarihine dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu sebeple hastanelerin stoklarını ne fazla ne eksik olacak şekilde, gerekli olabilecek ihtiyaca yönelik optimum kullanarak israftan kaçınmaları finansal sağlıkları için gereklidir. Pandemi döneminde hastaneler finansal esneklik sağlamaya çabalamışlarsa da hastanelerin nakit rezervlerini yükseltmek yerine operasyonel (stok, ekipman) ihtiyaçlarına yöneldiği düşünülmektedir.

Trend analizinden elde edilen bulgulara göre, hastaneler kısa vadeli yabancı kaynaklarını yöneterek dönen varlıklarını arttırmıştır. Ancak kısa vadeli yabancı kaynakların artışı hastaneler için olumlu bir finansal gösterge olarak kabul edilmemektedir. Hastanelerin kısa vadeli yabancı kaynakların yönetiminde iyileşmeye gitmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda duran varlıklar ve dönen varlıklar kalemlerinde yaşanan artışlarla birlikte hastanelerin kısa vadeli kaynaklarını etkin yöneterek uzun vadeli büyüme ve gelişme planlandıkları düşünülmektedir. Öz sermaye kaleminde yaşanan artış, hastaneler için olumlu bir finansal gösterge olarak kabul edilirken, kısa vadeli yabancı kaynaklarda yaşanan artışlarla birlikte hastanelerin dış kaynak kullanımına yöneldiği de tespit edilmiştir. Hastanelere, dış kaynak kullanımlarını azaltmaları ve etkin dış kaynak kullanımı politikaları izlemeleri önerilmektedir. Hastanelerin ticari alacaklar hesabı devamlı artış eğilimindedir. Pandemi döneminde artan hasta sayısının getirisiyle, hastanelerin alacaklarını tahsil etmede bazı zorluklar yaşadığı görülmekte ve bu sebeple alacak tahsil yönetimlerini iyileştirecek yönetsel hamlelerde bulunmaları gerektiği önerilmektedir. Net satışlar ve satışların maliyeti kalemleri incelendiğinde, söz konusunu kalem verileri 2019-2023 yılları arasında devamlı artış göstermiştir. Sağlığa olan talebin artmasıyla birlikte hastanelerin büyümeye ve kapasite artışına yönelmiş olma olasılığı dikkate alındığında hastanelerin büyümeye ve kapasite artışlarının yönetimini dikkatle takip etmeleri gerekmektedir. Brüt

satışların kâr/zararı ve faaliyet kâr/zararı kalemleri incelendiğinde; yüksek kâr marjı getirisi olan hizmet sunumu ve ideal maliyet yönetimi gibi unsurların brüt satış kâr/zararını arttırdığı ve idari giderlerin diğer yıllara göre daha etkin yönetilmesiyle faaliyet kâr/zararı kaleminin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Hastanelerin diğer yıllara oranla daha fazla gelir elde etmesiyle birlikte dönem net kâr/zarar kaleminde artış yaşandığı görülmektedir. Ancak yaşanan bu artışın pandemi etkisiyle gerçekleşmiş olabileceği ihtimali göz önüne alınmalı ve hastanelerde yaşanan gelir artışının sürdürülebilir kılınması için girişimlerde bulunularak, hastanelerin kaliteli hizmet sunumuna yönlendirilmesi önerilmektedir. Hastanelerin, halk sağlığını iyileştirecek ve geliştirecek politikalarla desteklenerek finansal sağlığını stabilize etmesi önemlidir.

Oran analizinden elde edilen bulgulara göre, likidite oranları incelendiğinde, cari oranın 1,5-2'nin altında seyrettiği sonucuna ulaşılmıştır. Cari oranın tamamlayıcısı olan asit-test oranının 1'in altında seyretmesi hastanelerin stoklarının ne kadar likit olduğunu sorgulatmaktadır. Elde edilen likidite oranları incelendiğinde, hastanelerin likidite problemleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaneler likidite krizine karşı savunmasız bir yapıya sahip oldukları için nakit akışlarını titizlikle yönetmeleri gerekmektedir. 2019-2023 yılları arasında nakit oranda devamlı artış yaşanmıştır. Ancak yaşanan artışlara rağmen nakit oran beklenenin altında seyretmiştir.

Finansal yapı oranları incelendiğinde borç oranında 2020 yılında yaşanan yükselme, hastanelerin pandemi döneminde borçlarla uğraştığına ve nakit akışlarında problemler olduğuna işaret etmektedir. Diğer yıllarda bu oran 2020'ye göre daha düşük seviyelerde seyretmektedir. 2021, 2022 ve 2023 yıllarında hastanelerin finansal yapısında iyileşmeler yaşanmıştır. Toplam borçların öz sermayeye oranı incelendiğinde; hastaneler pandemi yılı olan 2020 yılında borç ağırlıklı olarak, yabancı kaynak baskıları ve faiz yükü altında çalışmışlardır. Ancak yıllar itibarıyla bu oran azalma eğilimi göstermiştir. Kısa vadeli borçların ağırlığı oranı incelendiğinde, söz konusu oran %36 ve %40 arasında dalgalanmalar yaşamıştır.

2021 ve 2022 yıllarında borçlanma stratejilerinde değişikliklere gidilerek kısa vadeli borçların ağırlığı oranında iyileşmeler yaşanmıştır. Uzun vadeli borçların ağırlığında ise azalmalar yaşanmıştır. Buradan yola çıkarak hastanelerin kısa vadeli borçlarına daha bağımlı hale geldiği söylenebilir. Bu sebeple hastanelerin likidite

problemlerine karşı önlemler almaları ve öngörülebilir uzun vadeli finansman tercih etmeleri gerekmektedir. Maddi duran varlıkların ağırlığında 2021 ve 2022 yıllarında yaşanan yükselme, hastanelerin uzun vadeli borçlarını ödeme kapasitesinin iyileştiğini göstermektedir.

Faaliyet oranlarından elde edilen bulgulara göre stok devir hızı ve stok devir süresi incelendiğinde; hastanelerin istenilen stok devir süresinin, beklenenin çok üzerinde devam ettiği ve hastanelerin stoklarını etkin yönetemediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda hastane yöneticilerine, etkin stok yönetimi politikaları geliştirmeleri önerilmektedir. Alacak devir hızı ve süresi birlikte değerlendirildiğinde; hastanelerin, 2021-2023 yılları arasında alacaklarını pandemi dönemine göre daha etkin yönettiği, 2020 yılında ise diğer yıllara göre nakit akışı sorunları yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Maddi duran varlıkların devir hızı oranı incelendiğinde, pandeminin etkin olduğu 2020 yılında söz konusu oranın en düşük seviyeye gerilediği görülmüştür. Pandemi sebebiyle hastanelerde tıbbi cihazlara yatırım yapılmış olabileceğinden, maddi duran varlıkların devir hızı oranının düşme eğilimi gösterdiği ve ilerleyen yıllarda yapılan yatırımların verimliliği artmış olabileceğinden, söz konusu oranda iyileşmeler yaşandığı görülmektedir. Aktif devir hızı oranı incelendiğinde, hastanelerin varlıklarını pandemiden önceki yıl olan 2019 yılında pandemi dönemine göre daha etkin kullandığı görülmektedir.

Kârlılık oranlarından elde edilen bulgulara göre, brüt kâr marjı oranında 2020 yılında, kârlılık artmıştır. 2021 yılında bu oran daha da artarak %21,98 oranına yükselmiştir. Pandeminin yarattığı belirsizlik ortamına rağmen hastaneler pandemi döneminde diğer yıllardan daha fazla brüt kâr marjı elde etmişlerdir. Faaliyet kâr marjı oranı incelendiğinde, hastaneler için zorlayıcı geçen pandemi döneminde, hastane faaliyetlerinde iyileşmeler yaşandığı görülmektedir. Faaliyet kâr marjı oranı 2020 yılında %10,48'e yükselirken, 2021 yılında oran daha da artarak %12,5 oranı ile yükselme trendine devam etmiş, hastaneler pandemi ortamına uyum sağlamaya başlamıştır. Net kâr marjı oranından elde edilen bulgulara göre pandemi dönemi, hastanelerin net kâr marjında dalgalanmalara neden olmuştur. 2020-2021 yıllarında hastaneler finansal anlamda iyileşme yaşamıştır. Ayrıca hastaneler 2023 yılında kısmi toparlanmalar yaşamışlardır. Aktif kârlılık oranı incelendiğinde, 2020-2021 yıllarında, toplam aktif getiri oranı artmış, normalleşme yılı olan 2022 yılında pandemiye ayak

uyduran hastanelerde söz konusu oran düşüş göstermiştir. 2023 yılında tekrar normalleşmeyle birlikte aktif kârlılık oranı yükselmiştir. Öz sermaye kârlılık oranı incelendiğinde, 2019 sonrasında öz sermaye getirisinde iyileşmeler yaşanmıştır. Fakat 2022 yılında normalleşmeye yeni başlayan hastaneler duruma ayak uydurmakta zorlanmış, hastanelerin öz sermaye getiri oranları düşmüştür. Normalleşmenin sağlandığı 2023 yılında öz sermaye kârlılık oranı yükselmiştir ve hastanelerin finansal performansında iyileşmeler yaşanmıştır. Araştırma bulguları ışığında aşağıdaki öneriler sunulabilir;

- Sağlık sektörünün düzenli aralıklarla finansal performansının değerlendirilmesi,
- Hastanelerin dış kaynak kullanımını azaltmaları,
- Hastanelerin kısa vadeli borçlarına bağımlılığını azaltmak için yönetimsel önlemler almaları,
- Hastanelerin nakit akışlarını düzenli aralıklarla ve titizlikle yönetmeleri,
- Hastanelerin likiditelerini arttırmak için etkin nakit akışı yöntemleri uygulamaları,
- Hastanelerin likidite problemlerine karşı önlemler alarak uzun vadeli güvenilir finansman yöntemleri tercih etmeleri,
- Hastanelerin stoklarını etkin yönetmeleri ve kriz dönemlerinde stok yönetimi için stratejik planlamalara yönelmeleri,
- Hastanelerin alacaklarının tahsilat sürecini daha etkin yönetmek ve tahsilatlarını hızlıca gerçekleştirmek için önlemler almaları,
- Hastanelerin alacaklarını ekonomik takip sistemleriyle takip ederek geciken tahsilatlarını bilgilendirici mesajlarla karşı tarafa iletmeleri,
- Brüt kâr marjı elde eden hastanelerin, elde ettiği kârı yöneterek hizmet kalitesini arttırmaya yönelik kullanmaları,
- Faaliyet kârı elde eden hastanelerin, rekabet gücünü pekiştirmek için kâr marjı yüksek hizmetlere odaklanmaları, verimliliği arttıracak yatırımlar yapmaları ve sürdürülebilir maliyet kontrolüne yönelmeleri,
- Hastanelerin hasta memnuniyetine öncelik vermeleri ve gelir çeşitliliğini arttırmaları,

- Hastanelerin öz sermaye kârlılık oranında yaşanan dalgalanmaları azaltmaları için istikrarlı yatırım stratejileri geliştirmeleri ve etkili finansal yönetim uygulamaları geliştirmeleri,
- Hastanelerin, israftan uzak durmak adına, giderlerini takip etmek için maliyet kontrol sistemleri geliştirmeleri,
- Hastanelerin borçlarının ve faiz yükünün yükselmemesi için borç dengesi oluşturmaları,
- Zamandan ve maliyetten tasarruf etmek için hastanelerin finansal raporlarının dijitalleştirilmesi,
- Pandemi gibi olağanüstü kriz dönemleri için hastanelerin likidite rezervleri oluşturmaları,
- Kriz dönemleri için hastanelerin acil durum bütçesi ayırmaları,
- Kriz dönemlerinde hastanelerin zorunlu olmayan harcamalarını erteleyerek likiditelerini korumaları,
- Olağanüstü durumlarda hastanelerde daha sık finansal analizler yapılması, gelir ve gider artış veya azalışlarının takip edilerek kontrol altına alınması,
- Sağlık sistemi ve yönetimine hâkim olan sağlık yönetimi mezunlarının hastanelerde istihdam edilmesi,
- Sağlık ekonomisi ve finansı alanında liyâkate sahip kişilerin hastane yönetiminde yer almaları,
- Ülkenin karar mekanizmalarının kriz dönemleri için hastane alt yapısını güçlendirmeleri, acil durum paketleri hazırlamaları, dijital sağlık sistemlerine erişimi desteklemeleri ve sağlık çalışanlarını destekleyecek önlemler almaları önerilmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular Türkiye’de Hastane Hizmetleri alt sektörünün 2019-2023 yılları arasındaki finansal sağlığı ve performansı hakkında bilgiler içermektedir. Söz konusu araştırmada finansal analiz yöntemleri olan yatay analiz, dikey analiz, trend analizi ve oran analizi kullanılmıştır. Daha sonraki çalışmalarda farklı analiz yöntemleri kullanılarak finansal performansın karşılaştırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Aba, G. ve Ateş, M. (2015). *Sağlıkta Eşitsizlikler*. İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım.
- Acar, M. (2003). Tarımsal işletmelerde finansal performans analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (20), 21-37.
- Acaravcı, S. K. ve Gazi, M. (2019). Hatay ili Sağlık Bakanlığı hastanelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesi. *Uluslararası Ekonomi ve Yenilik Dergisi*, 5(2), 343-364.
- Adams, O., Shengelia, B., Stilwell, B., Larizgoitia, I., Issakov, A., Kwan, S. Y., Siem, T. ve Jam, F. (2002). Provision of personal and non-personal health services: Proposal for monitoring. C. J. L. Murray ve D. B. Evans (Ed.), *Health system performance assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization.
- Afacan, E. ve Avcı, N. (2020). Koronavirüs (COVID-19) örneği üzerinden salgın hastalıklara sosyolojik bir bakış. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 1-14.
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon* (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Ahmadi, A. A., Şirin, H. ve Ergüder, T. (2020). Dünyada salgın tarihçesi. *Turkey Health Literacy Journal*, 1(2), 87-97.
- Ak, B. (1990). *Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Özkan Matbaası.
- Akar, Ç. ve Özalp, H. (1998). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmede Yönetim*. Ankara: Somgür Yayıncılık.
- Akbulut, R. ve Coşkun, A. (2015). BİST’te imalat sektöründeki işletmelerin finansal performansları üzerine bir araştırma. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (65), 117-137.
- Akbulut, Y. (2013). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim*. Eskişehir: T. C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2863, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1820.
- Akca, N. ve Somunoğlu İkinci, S. (2014). Ankara’da yer alan özel bir sağlık işletmesinin finansal tablolarının oran analizi yöntemi ile değerlendirilmesi, *İşletme Bilimi Dergisi*, 2(1):111-126.
- Akdoğan, N. ve Tenker, N. (2001). *Finansal Tablolar ve Mali Analiz Teknikleri* (7. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akın, Ü. (1996). Metal Sanayiinde Tedarik Fonksiyonu Yönetimi ve Otomotiv Sanayiinden Bir Uygulama. (Yayımlanmamış doktora tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Akman, E. ve Kopuz, K. (2021). Katastrofik sağlık harcamalarında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolü. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), 1-14.
- Aksakal, H. İ. (2017). Dr. Refik Saydam önderliğinde Cumhuriyet dönemi sağlık hizmetlerini modernleştirme çabaları. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(1), 219-232.
- Aktan, C. (2013). Sağlık Bakanlığı organizasyon ve yönetiminde yaşanan sorunlar ve mevcut durum analizi. Erişim adresi: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-akta> (Erişim tarihi: 01.10.2024).

- Allman, T. (2015). *Medieval Medicine and Disease*. United States: ReferencePoint Press.
- Altan, A. (2003). Hastane Yapıları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Altan, İ. M. (2022). The effect of the COVID-19 crisis on the risk and return relationship in the stock markets of emerging countries. *OPUS Journal of Society Research*, 19(48), 657–663.
- Anjani, Y., Fitrijanti, T., ve Qadri, R. A. (2024). Analysis of hospital efficiency and implications for financial performance. *Ekombis Review: Jurnal Ilmiah Ekonomi dan Bisnis*, 12(3), 2715–2724.
- Antiochia, R. (2020). Nanobiosensors as new diagnostic tools for SARS, MERS and COVID-19: From Past to Perspectives. *Microchimica Acta*, 187(12), 639-651.
- Arner, D. W., Barberis, J. N., Walker, J., Buckley, R. P., Dahdal, A. M., ve Zetsche, D. A. (2020). Digital finance & the COVID-19 crisis. *SSRN Electronic Journal* 1-23. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3558889
- Artvinli, F. (2020). Salgınların tarihi: Toplumsal ve siyasal açıdan kısa bir bakış. *Türk Tabipler Birliği Covid-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*. 43-59. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part9.pdf
- Aslan, E. Ç., ve Türkmen, İ. (2021). Türk sağlık politikalarındaki değişimlerin hastane popülasyon yoğunluğuna etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 681-698.
- Aslan, S. ve Erdem, R. (2017). Hastanelerin tarihsel gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (27), 7-21.
- Aslan, Ş. (2004). Hastanelerde örgütsel çatışma: teori ve örnek bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (11), 599-617.
- Atalay, G. E. (2000). Devlet ve SSK Hastanelerindeki Faaliyetlerin İncelenmesi ve Bir Araştırma. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Sağlık Bakanlığı Yayını No: 983. Ankara.
- Ateş M. (2013). *Sağlık Sistemleri*. (2. Baskı). İstanbul: Beta Basın Yayın Dağıtım.
- Austvoll Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G., Ramsay, C., Oxman, A. D., ... Sturm, H. (2008). Pharmaceutical policies: Effects of cap and co-payment on rational drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(1), 1–8.
- Avan, E. (2023). Hastane hizmetleri alt sektörünün finansal performansının trend analiziyle incelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(1), 1-11.
- Ayar, M. (2005). Osmanlı Devleti'nde Kolera Salgını: İstanbul Örneği (1892-1895). (Yayımlanmamış doktora tezi), Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Aydemir, İ. (2018). Hastanelerde finansal performansın değerlendirilmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Hastane Hizmetleri Sektör Bilançolarında bir uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4(2), 133-149.
- Aydın, D. (2001). Genel Hastanelerde Teknolojik Gelişmelerin Bina İhtiyaç Programına Etkilerinin Araştırılması. (Yayımlanmamış doktora tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.

- Aydoğdu, A., Yorulmaz, M., ve Kırar, R. (2021). COVID-19'a karşı alınan ekonomik önlemlerin büyüklüklerinin değerlendirilmesi: Amerika, Almanya, İngiltere, İtalya ve Türkiye örneği. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 7(1), 161-175.
- Balkanlı, M. (2017). Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Bekgöz, A. B. (2020). İspanyol Gribi. *SAYADER*. <https://sayader.global/etiket/pandemi/>.
- Berk, N. (2020). *Finansal Yönetim* (13. Baskı). İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Beyatlı, H. Z. (2017). *Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bhat, R. ve Jain, S. (2006). Financial performance of private hospitals in India: An empirical study. Indian Institute of Management Ahmedabad Working Paper Series, 1-24.
- Bilgili, E. ve Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Bilici, N. (2019). Turizm sektörünün finansal performansının oran analizi ve TOPSIS yöntemiyle değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23(1), 173-194.
- Boğa, A. ve Kayahan, C. (2021). Hastanelerin teknik performans ölçümünde veri zarflama analizi ve Türkiye örneği. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(4), 944-955.
- Bolat, M. T. (2022). Salgın hastalık kavramı; tarihte görülen salgın hastalıklar ve mücadele yöntemleri. *Sciences (Joshas Journal)*, 8(50), 370-379.
- Bozdemir, E. ve Güley, A. Ö. (2022). Sağlık hizmeti sunan özel işletmelerin finansal analizi: Merkez Bankası verileri üzerine bir çalışma. *İşletme Bilimi Dergisi*, 10(3), 337-361.
- Bozkurt, S. G. (2020a). Selçuklu ve Osmanlı döneminde darüşşifaların avlu özellikleri ve avlularda kullanılan peyzaj elemanları. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 13(1), 32-41.
- Bozkurt, V. (2020b). Pandemi döneminde çalışma: Ekonomik kaygılar, dijitalleşme ve verimlilik. İçinde *COVID-19 pandemisinin ekonomik, toplumsal ve siyasal etkileri* (s.115-136). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınevi.
- Buklijaš T. (2008). Medicine and society in the medieval hospital. *Croatian Medical Journal*, 49(2), 151-154.
- Bülüç, F., Özkan, O. ve Ağırbaş, İ. (2017). Oran analizi yöntemiyle özel hastane finansal performansının değerlendirilmesi. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(11), 64-72.
- Büyükdere, F., ve Korkutan, M. (2024). Sağlık hizmetlerindeki pazarlama karması elemanlarının incelenmesi üzerine bir değerlendirme. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 78-96.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve yöneticilik yönünden üniversite hastanelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13 (3), 253-275.

- Capkun, V., Messner, M. ve Rissbacher, C. (2012). Service specialization and operational performance in hospitals. *International Journal of Operations & Production Management*, 32(4), 468-495.
- Cavlak, H. (2020). Covid-19 pandemisinin finansal raporlama üzerindeki olası etkileri: BIST 100 Endeksi'ndeki işletmelerin ara dönem finansal raporlarının incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 19(COVID-19 Special Issue), 143-168.
- Chan, D. Hung, H. Chan, A. ve Lo, T. (2014). Overview of the development and implementation of the mandatory building inspection scheme (MBIS) in Hong Kong, *Built Environment Project and Asset Management*, 4(1), 71-89.
- Chandra, P. (2008). *Financial Management: Theory and Practice*. New Delhi: McGraw-Hill Publishing.
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B. ve Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 57(6), 365-388.
- Cleverley, W. O. (1995). Understanding your hospital's true position and changing it. *Health Care Management Review*, 20(2), 7-17.
- Cobos, A. J., Nelson, C. G., Jehn, M., Viboud, C. ve Chowell, G. (2016). Mortality and transmissibility patterns of the 1957 influenza pandemic in Maricopa County, Arizona. *BMC infectious diseases*, 16(405), 1-14.
- Costa, V. G., Moreli, M. L. ve Saivish, M. V. (2020). The emergence of SARS, MERS and novel SARS-2 coronaviruses in the 21st century. *Archives of Virology*, 165(7), 1517-1526.
- Coşgun, S. (2018). İkinci ve Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların (Hastanelerin) Verdikleri Hizmetlere Göre Karşılaştırılması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Coşkun, M. (2007). *Finansal analiz*. Eskişehir. Anadolu Üniversitesi Yayınları. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2996, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1949.
- Covey, H. C. (2001). People with leprosy (Hansen's Disease) during the middle ages. *The Social Science Journal*, 38(2), 315-321.
- Culyer, A. J. ve Newhouse, J. P. (2000). Introduction: The State and Scope of Health Economics. İçinde, *Handbook of health economics* (1. Baskı). Amsterdam: Elsevier Science.
- Çalışkan, S. (2015). Kamu Hastanelerinde Dupont Analizi ile Finansal Performans Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Çam, H. (2016). Sağlık işletmelerinde finansal performansın değerlendirilmesi: Karaman Devlet Hastanesi örneği. *The Journal of International Scientific Researches*, 1(1), 14-27.
- Çapan, L. (2002). 19. Yüzyıl Sonunda İstanbul'da Yabancı Misyonlar Tarafından Yapılmış Hastane Binaları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- Çelik, R. (2017). Selçuklu 'da bir sosyal hizmet kurumu örneği: Kayseri Gevher Nesibe Şifahanesi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(15), 158-164.

- Çevik, N. K. ve Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri: karşılaştırmalı bir analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.
- Çil Koçyiğit, S. ve Kocakoç, N. (2019). Ankara ili kamu hastanelerinin 2008-2017 dönemi finansal performans analizi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 11(2), 1280-1293.
- Çil Koçyiğit, S., Şenel, G. ve Bostancı, H. (2016). Sağlık sektörünün muhasebe eğitiminden beklentileri ve Ankara kamu hastaneleri uygulaması. *Öneri Dergisi*, 12(45), 537-553.
- Çolak Alsat, O. (2016). Çalışan Motivasyonunu Etkileyen Faktörlerin İş Tatminine Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Uygulama. (Yayımlanmamış doktora tezi). Şelçuk Üniversitesi, Konya.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık ölçümlerinin karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5 (1), 104-134.
- Dayı, F. (2013). *Sağlık İşletmelerinde Uygulamalı Finansal Analiz*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Deeks, S. G., Overbaugh, J., Phillips, A. ve Buchbinder, S. (2015). HIV infection. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 1-22.
- Demirdöğen, S. ve Sarı, S. S. (2016). Erzincan tulum peyniri işletmelerinde tutundurma faaliyetleri ve bir alan araştırması. *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 171-184.
- Ditha, R. R., Tyoso, J. S. P., Haryanti, C. S. ve Muchayatin, M. (2025). Investigation of financial performance by non-financial factors of state hospital at Semarang. *International Journal of Management Science and Information Technology*, 5(1), 76-89.
- Dixon, A. (2002). Are medical savings accounts a viable option for funding health care?. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.
- Doğan, S. ve Sezgin, F. (2012). Bergama'nın tıp tarihindeki öneminden Türkiye ne kadar haberdar?. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi*, 4(2), 271-279.
- Doruk, Ö. T. (2022). COVID-19'un finansal performansına etkisi: gıda sektörü firmaları için karşılaştırmalı bir değerlendirme. *Muhasebe ve Denetim Bakış*, 22(66), 67-82.
- Dökmetaş, İ. ve Hamidi, A. A. (2016). HIV-epidemioloji. *Türkiye Klinikleri Infectious Diseases-Special Topics*, 9(1), 6-11.
- Duğan, Ö. ve Uludağ, A. (2015). Sağlık çalışanlarının halkla ilişkilere bakışı: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (34), 41-51.
- Durceylan, A. N. (2013). Havayolu Yolcu Taşımacılığı Hizmetinde Yaşanan Kritik Olayların Kabin Personeli Bakış Açısıyla Araştırılması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2010). Health Financing. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1 (Erişim tarihi: 04.02.2024).

- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Everybody business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007. <https://iris.who.int/handle/10665/43918>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). Health systems governance for universal health coverage action plan: Department of health systems governance and financing. Geneva: World Health Organization; 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). The World Health Report: Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>.
- Ebiri, G. (2021). Anadolu Selçuklu çağında şifahane bünyesinde yer alan türbeler. *Vankulu Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (7), 253-276.
- Ekinci, G., Cihan, A., Sur, H. ve Köse, A. (2022). Sağlıkta araştırma ve geliştirme kapasitesinde dünyada ne durumda?. *Nobel Medicus Dergisi*, 18 (1), 5-21.
- Elçi, I. H. (2020). Salgın hastalıkların kısa tarihi. *Stratejik bakış Arel USEM Dergisi*, (1), 1-11.
- Engin, S. (2005). Yaşlılarda koruyucu hekimlik. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9 (2), 79-84.
- Ercan, C., Dayı, F. ve Akdemir, E. (2013). Kamu sağlık işletmelerinde finansal performans değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri üzerine bir uygulama. *Asia Minor Studies*, 1(2), 54-71.
- Erdal, N. ve Sivashoğlu, F. (2024). Hastane ve sağlık kurumları işletme yönetimi lisansüstü tezlerinin içerik analizi ile incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (22), 273-292.
- Erdoğan, M. (2017). 18. Yüzyılın Sonu 19. Yüzyılın Başlarında Osmanlı Devleti'nde Veba Yılları (İzmir örneği). (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
- Eren, B. (1997). Hastane hizmetlerinde malzeme yönetimi, İçinde *Hastane Yöneticiliği*. (s. 171-195). İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Erer, S. (2010). Osmanlılar döneminde Bursa'da yaptırılan hastaneler. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(19), 241-252.
- Erkılıç, C. E. (2021). Hastane Hizmetleri sektörünün eleştiri temelli TOPSIS yöntemi ile finansal performansının değerlendirilmesi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (46), 63-84.
- Erumut, M. (2015). Türkiye için alternatif sağlık finansman önerisi: iki sütunlu sistem. *Sosyal Güvence*, (5), 93-126.
- Eryüzlü, H. (2020). Covid-19 ekonomik etkileri ve tedbirler: Türkiye'de "helikopter para" uygulaması. *Ekonomi Maliye İşletme Dergisi*, 3(1), 10-19.
- Esatoğlu, A. E. ve Artukoğlu, A. (2000). Tıbbi dokümantasyon tarihi ve tıbbi dokümantasyon ile ilgili meslektaşının gelişimi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 13-19.

- Estrada, M. A. R., Koutronas, E. ve Lee, M. (2021). Stagpression: the economic and financial impact of the COVID-19 pandemic. *Contemporary Economics*, 15(Özel Sayı), 19-33.
- Eşidir, O. V. ve Bak, G. (2020). *Geçmişten Günümüze İspanyol Gribi'ne Türkiye'den Bakış*. Ankara: İKSAD Yayınevi.
- Euronews. (2022). Sağlık harcamalarının milli gelire oranı: OECD ve AB'de sağlığa en az pay ayıran ülke Türkiye. Erişim adresi: <https://tr.euronews.com> (Erişim tarihi: 08.04.2025).
- Evans, R. G. (2002). Financing health care: Taxation and the alternatives. İçinde *Funding health care: Options for Europe*. (s. 1-46). Philadelphia: Open University Press.
- Evsile, M. (2018). Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetleri 1923-1950. *Kesit Akademi Dergisi*, (13), 1-19.
- Fernandes, N. (2020). *Economic effects of Coronavirus outbreak (COVID-19) on the world economy* (Çalışma Raporu No: WP-1240-E). IESE Business School, University of Navarra.
- Fineberg, H. V. ve Hunter, D. J. (2013). A global view of health—an unfolding series. *The New England Journal of Medicine*, 368(1), 78-79.
- Foucault, M. (2021). *Kliniğin Doğuşu* (İ. Malak Uysal, Çev.). İstanbul: Dergâh Yayınları.
- Frenk, J. ve Donabedian, A. (1987). State invention in medical care types, trends and variables, *Health Policy and Planning*, 2(1), 17-31.
- Gapenski, L. C. (2005). *Healthcare Finance: An Introduction to Accounting and Financial Management* (3. Baskı). Chicago: AUPHA/HAP.
- Garip, Z. N. Z. (2020). Sağlık Finansman Modelleri ile Hizmet Kullanım İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Giovannoni, E., ve Fabietti, G. (2014). What is sustainability? A review of the concept and its applications. İçinde Busco, C., Frigo, M. L., Riccaboni, A., ve Quattrone, P. (Eds.), *Integrated Reporting: Concepts and Cases that Redefine Corporate Accountability* (ss. 21–40). Springer.
- Göçer, K. (2015). Mali tablolar analizi: Pendik Belediyesi örneği. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 10(1). 139-161.
- Gögebakan, H. (2019). BIST100'de İşlem Gören Enerji Sektörü İşletmelerinin Finansal Analiz Oranları ile Performans Tespiti. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Gupta, A. (1995). Productivity measurement in service operations: a case study from the healthcare environment. *Managing Service Quality*, 5(5), 31–35.
- Gümüş, R. (2019). Sağlık Kurumlarında Pazarlama Bileşenlerinin Kullanıcıların Tekrar Satın Alma Niyetine Etkisi. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul.
- Güntöre, S. Ö. (2005). *Tıp ve felsefe*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Haksever, C., Render, B., Russell, R. S. ve Murdick, R. G. (2000). *Service Management and Operations*. New Jersey: Pearson/Prentice Hall.

- Hamarneh, S. (1962). Development of hospitals in Islam. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 17(3), 366-384.
- Hayran, O. (2019). Koruyucu hizmetler sağlık harcamalarını azaltabilir mi?. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3(3), 170-175.
- He, M., Jessri, M. ve Zhang, H. (2022). The impact of COVID-19 on hospitals' financial performance: evidence from California Hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 16(4), 496-503.
- Hsiao, W. C. (2003). What is a health system? Why should we care [Çalışma raporu]. Harvard School of Public Health.
- Hüccetoğulları, Z. Ö. (2018). Durumsallık Yaklaşımı Bağlamında Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Farklı Birimlerinde Örgütsel Yapı Boyutlarının İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Hüshan, U. H. (2010). Biyolojik Terör Riskine Karşı Tıbbi Müdahalenin Etkinliğinin İrdelenmesi ve Yerel Yanıtın Geliştirilmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale.
- İşık, F. (2012). Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Tutundurma Politikası; Sağlık Personeli ve Hastaların Reklama Yönelik Görüşlerine İlişkin Urla Devlet Hastanesi Örneği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- İşıkçelik, F. ve Ağırbaş, İ. (2022). Sağlık kurumları finansal performansının gri ilişkisel analiz ile değerlendirilmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 6(3), 2565-2582.
- İşıkçelik, F., Turgut, M. ve Ağırbaş, İ. (2022). Hastanelerde finansal performansın farklı analiz yöntemleri ile değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(34), 505-519.
- İkizler, H. (2023). Türkiye’de gençlerin sağlığa erişimi ne ölçüde karşılanıyor?. *Current Perspectives in Social Sciences*, 27(3), 203-210.
- İnce, M. ve Yılmaz, M. (2020). Olağanüstü olayların sosyal yaşam ve kültürlere etkisi: Covid-19 salgınının Türk kültürüne etkisi üzerine bir araştırma. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(2), 552-571.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- İtik, Ü. M. (2021). Mali tabloların dikey yüzdeler yöntemi ile analizi: BIST turizm sektöründe bir uygulama. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 1034-1050.
- Jakóbczyk, D., Kocot, E. ve Koziel, A. (2020). Financial performance of public hospitals: A cross-sectional study among Polish providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2188.
- Kahraman, B., Uğur, T. D., Girgin, D. ve Koçak, A. B. (2022). Covid-19 döneminde yaşlı olmak: 65 yaş ve üzeri bireylerin pandemi sürecinde yaşadığı sorunlar. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 39(1), 124-143.
- Karabulut, M. (2023). Orhan Pamuk’un “Veba Geceleri” romanında ütopyadan distopyaya. *Littera Turca Journal of Turkish Language and Literature*, 9(1), 139-148.
- Karaca, M. (2023). Türkiye, İspanya ve Kanada sağlık sistemi ve değerlendirilmesinin karşılaştırmalı analizi. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 125-151.

- Karaca, M. ve Boztosun, D. (2022). Sağlık kurumlarında finansal analiz: Kayseri ilinde bir kamu hastanesi örneği. *Sakarya İktisat Dergisi*, 11(1), 77-103.
- Karaca, P. Ö. ve Atılğan, E. (2021). Karşılaştırmalı perspektifli sağlık sistemleri: Kavramsal çerçeve ve şekiller. *Meslek Yüksekokulları Elektronik Dergisi*, 11 (1), 1-22.
- Karaçor, S. ve Arkan, A. (2014). Sağlık kuruluşlarında pazarlama: Sağlık pazarlama karması unsurlarının hasta/müşteri açısından önemi üzerine bir araştırma. *Selçuk İletişim*, 8(2), 90-118.
- Karadeniz, E. (2016). Hastane Hizmetleri alt sektörünün finansal performansının incelenmesi: Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası sektör bilançolarında bir uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 101-114.
- Karadeniz, E. ve Koşan, L. (2017). Hastane hizmetleri sektörünün aktif ve özsermaye karlılık performansının analizi: Hastane hizmetleri sektör bilançolarında bir araştırma. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 5(1), 37-47.
- Karakaya, Ü. Y. (2008). Hastane İşletmelerinde Finansal Performans Analizi ve Acıbadem Hastanesinde Örnek Bir Uygulama. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Karakılçık, Y. (1997). Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi. (Yayımlanmamış doktora tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Karasioğlu, F. ve Çam, V. A. (2008). Sağlık işletmelerinde maliyet analizi: Karaman Devlet Hastanesinde birim muayene maliyetlerinin hesaplanması. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-24.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. (2. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, S., Kaya, M. ve Çelik, İ. (2023). Ekonomi politika belirsizliği ve getiri-volatilité ilişkisi: gelişmiş ülke borsalarından kanıtlar. *Muhasebe ve Finans İncelemeleri Dergisi*, 6(1), 15-27.
- Kelly, H. (2009). *History of medicine: The Middle Ages, 500–1450*. New York: Facts On File.
- Khan, M., Adil, S. F., Alkhatlan, H. Z., Tahir, M. N., Saif, S., Khan, M. ve Khan, S. T. (2020). COVID-19: A global challenge with old history, epidemiology and progress so far. *Molecules*, 26(1), 1-25.
- Kılıç, Y. (2020). Borsa İstanbul’da COVID-19 (koronavirüs) etkisi. *JOEEP: Journal of Emerging Economies and Policy*, 5(1), 66-77.
- Kim, M., Lee, J. Y., Park, J. S., Kim, H. A., Hyun, M., Suh, Y. S., Nam, S. I., Chung, W. J. ve Cho, C. H. (2020). Lessons from a COVID-19 hospital, Republic of Korea. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(12), 842–848.
- Kopar, M. (2017). İstiklal Harbi sıhhi raporu (1920-1923). *Uluslararası Sosyal ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4(8), 210-228.
- Kundurjiev, T. ve Salchev, P. (2011). *Technical efficiency of hospital psychiatric care in Bulgaria – assessment using Data Envelopment Analysis* (MPRA Paper No. 28935). Munich Personal RePEc Archive. Erişim adresi: <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/28935/>. (Erişim tarihi: 26.04.2025)

- Kurtdaş M. Ç. (2020). Covid-19'un toplumsal etkileri üzerine bazı değerlendirmeler. *Şehir ve Medeniyet Dergisi*, 530-545.
- Kuşkonmaz, Ş. M. (2016). Bergama'da iki bin yıllık bir hastane ve bir hekim: Asklepion ve Galen. *Konuralp Tıp Dergisi*, 8(2), 147-150.
- Langabeer J. (2006). Predicting financial distress in teaching hospitals. *Journal of Health Care Finance*, 33 (2), 84–92.
- Langabeer J. (2008). Hospital turnaround strategies. *Hospital Topics*, 86 (2), 3–12.
- Lavy, S. ve Solis, J. F. (2010). Complex healthcare facility management and lean construction, *Health Environments Research & Design Journal*, 3(2), 120-138.
- Lee, J. H. (2024). Impact of the COVID-19 pandemic on the financial performance of hospitals according to hospital characteristics in Korea: An observational study. *Medicine*, 103(34), e39467.
- Lee, M. (2015). Financial analysis of national university hospitals in Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6(5), 310-317.
- Link, A. N. (2006). *Public/Private Partnerships: Innovation Strategies and Policy Alternatives*, New York: Springer.
- Lone, S. A. ve Ahmad, A. (2020). COVID-19 pandemic—an African perspective. *Emerging microbes & infections*, 9(1), 1300-1308.
- Manavgat, G., Daştan, İ. ve Abbasi, A. (2021). COVID-19 pandemisinin Türkiye’de hanehalkı yoksulluğu, sağlık harcamaları ve sağlıkta finansal koruma üzerindeki olası etkileri. *Eurasian Journal of Health Technology Assessment*, 5(1), 27-44.
- Marangoz, M. ve Akçam, G. (2023). Covid-19 pandemisinin sektörlere etkisi: kavramsal bir değerlendirme. *Hitit Ekonomi ve Politika Dergisi*, 3(1), 20-46.
- Megginson, W., Smart, S. ve Graham, J. (2010). *Financial Management*. South-Western: Cengage Learning.
- Mevlana, C. A. ve Karaaziz, M. (2021). Sosyal izolasyon, karantina ve psikolojik etkileri. *YDÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 3(2), 158-170.
- Mora, J. F. (2007). Sağlık sisteminde bakanlığın misyonu ve vekilharçlık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi*. Erişim adresi: <https://sdplatform.com/saglik-sisteminde-bakanligin-misyonu-ve-vekilharclik/> (Erişim tarihi: 08.04.2025).
- Murray, C. J. L. ve Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731.
- Nasuhioğlu, İ. (1974). *Tıp tarihine kısa bir bakış*. Diyarbakır: Ayyıldız Matbaası.
- Ndwandwe, D. ve Wiysonge, C. S. (2021). COVID-19 vaccines. *Current Opinion in Immunology*, 71(6), 111–116.
- Neely, A., Gregory, M. ve Platts, K. (1995). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15(4), 80–116.
- Neuhauser, S. (1994). National health systems of the world: Volume one, The countries. *Medical Care*, 32(6), 656.

- Noh, J. W., Lee, H., Cha, S., ve Lee, Y. (2018). Assessment of korean hospitals management using dupont analysis. **Korea Journal Of Hospital Management**, 23(4), 53-64.
- Nunn, N. ve Qian, N. (2010). The Columbian exchange: A history of disease, food, and ideas. *Journal of Economic Perspectives*, 24(2), 163–188.
- Onowu, J. U. (2025). Appraisal of public sector audit and financial performance of public health institutions in Rivers State. *BW Akademik Dergisi*, 2(1), 118–142.
- Orak, S. (2015). Ankara İli Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin 2008-2013 Dönemi Finansal Performansının Oran Analizi ile İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Ozcan, Y. A. ve McCue, M. J. (1996). Development of a financial performance index for hospitals: DEA approach. *Journal of the Operational Research Society*, 47(1), 18-26.
- Özdemir, A. (2021). İspanyol Gribi ve Türkiye'deki yansımaları. *ÇAL TARİH – Çağaloğlu Anadolu Lisesi Tarih Dergisi*, 61–65.
- Özdemir, K. ve Hiçyılmaz, B. (2022). COVID-19 ve aşı haberlerinin Borsa İstanbul sektör endekslerine etkisi: bir olay etüdü analizi. *Sosyoekonomi*, 30(51), 471-486.
- Özden, K. ve Özmat, M. (2014). Salgın ve kent: 1347 veba salgınının Avrupa’da sosyal, politik ve ekonomik sonuçları. *İdealkent*, 5(12), 60-87.
- Özen, E. ve Çetiner, E. M. (2019). Sağlık kuruluşlarının karşılaştığı finansal sorunların tespiti ve sorunlara çözüm önerileri. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(3), 235-259.
- Özer, Ö. (2012). Mali tablolar analizi: bir hastane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6, ss.183-199.
- Özgülbaş, N. (2005). Sağlık kurumlarında finansal performans ölçümü ve finansal yönetim. *Verimlilik Dergisi*. (3).125-144.
- Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Duman, R. ve Hatipoğlu, B. (2008). Özel hastane sektörünün finansal değerlendirmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (40), 120-131.
- Özpulat, F. (2010). Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan sağlık personelinin hizmet içi eğitim programına ilişkin görüşlerinin saptanması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (Sempozyum Özel Sayısı), 283-292.
- Öztürk, Z. ve Şeremet, G. G. (2021). Rol belirsizliği ve rol çatışmasının örgütsel bağlılık ile ilişkisi (Ankara ili bir kamu hastane örneği). *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 20(4), 1805-1829.
- Pabuççu, M. (2024). Osmanlı Devleti'nde askeri hastaneler (1876–1908). *Cappadocia Journal of History and Social Sciences*, 3(1), 85–100.
- Palamutçu, S. (2013). Kamu ve Özel Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Oran Analizi ile Ölçülmesi ve Karşılaştırılması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Parıldar, H. (2020). Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 30 (Eksayı), 19-26.

- Park, K. ve Henderson, J. (1991). The first hospital among Christians: The Ospedale di Santa Maria Nuova in early sixteenth-century Florence. *Medical History*, 35(2), 164–188.
- Park, W. ve Lee, S. (2024). The effect of asset tangibility on hospital financial performance in South Korea. *Applied Economics*, 56(59), 8680-8689.
- Rahman, A. (2016). Hizmet Pazarlama Karmasının Medikal Turizme Uyarlanması: Antalya Örneği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Rees, E. M., Nightingale, E. S., Jafari, Y., Waterlow, N. R., Clifford, S., B. Pearson, C. A. ve Knight, G. M. (2020). COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. *BMC medicine*, (18), 1-22.
- Rose, G. (1981). Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British medical journal*, 282(6279), 1847-1851.
- Salman, A. N. ve Uydacı, M. (2011). Butik hastanelerde pazarlama stratejileri. *Öneri Dergisi*, 9(35), 45-50.
- Sargutan A. E. (2005). Karşılaştırmalı sağlık sistemleri: kavram, metot ve uygulamalar, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 1(8). 81-111.
- Sargutan, A. E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Saunders Hastings, P. R. ve Krewski, D. (2016). Reviewing the history of pandemic influenza: understanding patterns of emergence and transmission. *Pathogens*, 5(4), 66.
- Savaş, N. (2015). HIV/AIDS (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü/Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu). *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*, 1(3), 29-36.
- Serdar, M. (2014). Ortaçağ Avrupasında tanrının laneti cüzzam ve cüzzam evleri. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(2), 100-110.
- Sevin, D. (1998). Hastanelerde Otelcilik Hizmetlerinin Maliyeti ve Kontrolü: Ankara İli Uygulama Örnekleri. (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Sevinç, Ş. ve Yılmaz, F. Ö. (2020). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansman yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 118-132.
- Sezgin İnce, B. (2008). Hemşire güvenliği: çalışma ortamı ve riskler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 24(3), 61-71.
- Sharma, D. K. ve Goyal, R. C. (2010). *Hospital administration and human resource management*. New Delhi: Learning Private Ltd.
- Shaw, G. M. ve Hunter, E. (2012). HIV transmission. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(11), 1-23.
- Songur, H. ve Saygın, T. (2014). Şifahaneden hastaneye: Sağlık hizmetlerinin değişimine genel bir bakış. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (19), 199-212.
- Soğur, C., Kar, A., Top, M., Gazi, A. ve Babacan, A. (2016). Türkiye Kamu Hastane Birlikleri hastanelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesi: finansal tablo analizleri. *Sayıştay Dergisi*, (100), 1-26.
- Soyer, A. (1995). Modern hastanelerin doğuşu. *Toplum ve Hekim*, 10 (69-70), 95-98.

- Soysal, G. (2020). Koronavirüs salgını ve yaşlılık. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 290-301.
- Sungur, C. (2021). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performans analizi üzerine kavramsal bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 2174-2201.
- Sur, H. ve Palteki, U. D. T. (2013). *Hastane yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Suryasa, I. W., Rodríguez Gámez, M. ve Koldoris, T. (2021). The COVID-19 pandemic. *International Journal of Health Sciences*, 5(2), 572194.
- Şaldıran, E. Ö. (2019). Sağlık Sektöründe Otelcilik Hizmetlerinin Çalışanlar Tarafından Algılanması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir.
- Şenol, Z. (2020). COVID-19 krizi ve finansal piyasalar. *İçinde Para ve Finans*. (s.75-124). Ankara: İKSAD Yayın Evi.
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2024). Türkiye'de sosyal güvenlik. Erişim adresi: <https://www.csgb.gov.tr/digm-en/contents/working-life-and-social-security-in-turkiye/social-security-in-turkiye/> (Erişim tarihi: 05.11 2024).
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu, Ankara.
- T.C. Merkez Bankası (TCMB). (2024). Sektör Bilanço İstatistikleri. Erişim adresi: <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/TR/TCMB+TR/Main+Menu/Istatistikler/Reel+Sektor+Istatistikleri/Sektor+Bilancolari/Sektor+Bilanco+Verileri/> (Erişim tarihi: 08.05.2025).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1983). Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği (Cilt 22, Sayı 2889). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 24.04.2025).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara: Anıl Matbaacılık.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020a). Pandemi. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> (Erişim tarihi: 09.04.2025).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020b). Hayat Eve Sığar. Erişim adresi: <https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/> (Erişim tarihi: 14.10.2024).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023a). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html> (Erişim tarihi: 16. 04. 2025).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023b). Kolera. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastaliklar/kolera.html#:~:text=Kolera%20akut%20ve%20%C5%9Fiddetli%20ishal,yerde%20g%C3%B6r%C3%BClme%20olas%C4%B1%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20daha%20fazlad%C4%B1r.> (Erişim tarihi: 09.04.2025).
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2011). Türkiye'de genel sağlık sigortası. Erişim adresi: <https://www.csgb.gov.tr/digm-en/contents/working-life-and-social-security-in-turkiye/social-security-in-turkiye/> (Erişim tarihi: 08.04.2025).

- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2023). Genel sağlık sigortası nedir?. Erişim adres: <https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/742c02df-68e1-422c-a387-fa2e4326b015/Genel-Saglik-Sigortasi-nedir-2023-01-25-11-25-46> (Erişim tarihi: 11.04.2025).
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tekin, A. (2021). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve ekonomik sonuçları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (40), 330-355.
- Tekin, İ. (2017). Finansal Analiz Teknikleri ve Finansal Analiz zerine Bir Uygulama. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman.
- Tekir, S. (2019). Erken Cumhuriyet dönemi Türkiye’de bulaşıcı hastalıklarla mücadele (1923-1930). *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi*, (65), 407-430.
- Temizkan, V. ve Akbaba, E. (2018). Sağlık kurumlarında şiddete karşı bir czm nerisi: sağlık hizmetleri pazarlaması. *Uluslararası Bankacılık Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 1-16.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve zellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 55(1), 187-202.
- Tengilimoğlu, D. ve Crmikli, A. H. (2002). Sağlık kuruluşlarında rekabetci strateji olarak firma birleşmeleri konusunda hastane yöneticilerinin görüşlerini tespit etmeye yönelik bir alan calışması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 171-186.
- Tetik, S. (2012). Sağlık calışanlarının örgütsel bağlılık düzeylerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 275-286.
- Titrek, O., Hakkakul, M. A. ve Varlı, S. (2015). Hemşirelik bölümü staj uygulamalarının etkililik düzeyine ilişkin ğrenci ve rehber hemşirelerin görüşleri. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 264-280.
- Tosun, C. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri. (Yayımlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tz, İ. (2007). Hastane İşletmelerinde Stok Yönetimi ve Bir Uygulama rneği. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Turhan, M. K. (2020). COVID-19 pandemisinde ilan edilen sokağa cıkma yasaklarının idare hukuku yönüyle değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(2), 550-566.
- Turner, B. S. (2007). *Tıbbi gücü ve toplumsal bilgi* (. Tatlıcan, Cv.). (1. Baskı). Bursa: Sentez Yayıncılık.
- Tutar, M. ve Güngör Tan, ř. (2022). Covid-19’un Mersin ilinde faaliyet gösteren bir devlet hastanesinin finansal performansı üzerine etkisinin incelenmesi. *İşletme Akademisi Dergisi*, 3(3), 339-350.
- Tkel, R. (2020). COVID-19 pandemisi sürecinde ruh sağlığı. *Türk Tabipleri Birliği COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu*, 617–628. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part71.pdf.

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). Sağlık harcamaları istatistikleri 2023. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2023-53561> (Erişim tarihi: 04.04.2025).
- Ulusoy, T. ve Civek, F. (2020). Covid-19 öncesi ve sonrası dönem için enflasyon ve faiz değerlendirmesi: ABD-Türkiye-Çin. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 6(39), 2626-2636.
- Uysal, G. (2013). Geç Osmanlı Salattepe popülasyonu ve cüzzam. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 30(2), 209-223.
- Üstün, Ç. ve Özçiftçi, S. (2020). COVID-19 pandemisinin sosyal yaşam ve etik düzlem üzerine etkileri: Bir değerlendirme çalışması. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 25(Special Issue on COVID-19), 142-153.
- Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G. ve Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The Lancet*, 395(10223), 470-473.
- Weaver, S. C. (2012). *The essentials of financial analysis*. New York: McGraw-Hill.
- Withanachchi, N., Karandagoda, W. ve Handa, Y. (2004). Performance improvement programme at a public hospital in Sri Lanka: An introduction. *Journal of Health Organization and Management*, 18(5), 361-369.
- Wolper, F. L. Ve Pena J. P. (1995). History of Hospitals. İçinde *Health Care Administration: Principles, Practices, Structures and Delivery*. L. F. Wolper (Ed.), (s. 3-14). Maryland: Aspen Publication.
- Wongsin, U. (2014). Development of Financial Performance Benchmark of Ministry of Public Health's Hospitals in Thailand. *BMC Public Health*, 14(1), 01.
- Xiao, J., Fang, M., Chen, Q. ve He, B. (2020). SARS, MERS and COVID-19 among healthcare workers: A narrative review. *Journal of Infection and Public Health*, 13(6), 843-848.
- Yazıcı Metin, N. (2019). Osmanlı'da Gureba hastaneleri: Canık/Samsun Gureba Hastanesi'nin inşa süreci ve kitabesi. *TÜBA-KED Türkiye Bilimler Akademisi Kültür Envanteri Dergisi*, (19), 47-54.
- Yıldırım, D. (2019). Hemşirelikte İnovasyon ve Önemi. İçinde *İnovatif Spor ve Sağlık Yönetimi*. G. Hergüner ve O. Son (Ed.), (s.65-86). İstanbul: Güven Plus Grup.
- Yıldırım, K. (2024). Hastanelerde finansal sürdürülebilirlik analizi. *Journal of Healthcare Management and Leadership* (1), 32-45.
- Yıldırım, S. (2020). Salgınların sosyal-psikolojik görünümü: COVID-19 (Koronavirüs) pandemi örneği. *Electronic Turkish Studies*, 15(4), 1331-1351.
- Yıldız, E. (2022). Salgını hatırlamak: veba üzerine tarihsel ve sosyolojik bir analiz. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (48), 264-277.
- Yılmaz, F. N. ve Ekşi, İ. H. (2018). Sağlık kurumlarında finansal yönetim uygulamaları: Gaziantep ili örneği. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 4(1), 1-9.
- Yılmaz, F. Ö. ve Kaya, A. (2022). Özel hastanelerde çalışan sağlık yöneticilerinin finansal yönetim hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. İçinde *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar IV*.(s. 95). İstanbul: Eğitim Yayınevi.

- Yılmaz, F. Ö., Gökmen, E., ve Erişen, M. A. (2023). Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinde sağlık finansmanının yerine ilişkin sağlık yöneticilerinin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 180-188.
- Yılmaz, N. ve Sarı, B. (2022). Sağlık Kurumlarında Eğitim Hizmetleri. İçinde *Sağlık Kurumları Yönetimi-I (Genel Konular)*. (s.329-348). Ankara: Nobel Yayın Basım.
- Yılmaz, Ö. (2017). 1847-1848 Kolera salgını ve Osmanlı coğrafyasındaki etkileri. *Avrasya İncelemeleri Dergisi*, 6(1), 23-55.
- Yiğit, V. (2020). Hastane Hizmetleri alt sektörünün finansal performans analizi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 609-624.
- Yiğit, V. ve Bayrakcıoğlu, S. (2020). Üniversite hastanelerinin finansal performansı: Ankara ili örneği. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, 4(2), 153-164.
- Yiğit, V. ve Yiğit, A. (2016). Üniversite Hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 253-273.
- Yolun, M. (2020). İspanyol gribinin kısa bir öyküsü. *Toplumsal Tarih Dergisi*, (316), 74-80.
- Yolvermez, B. (2022). Türkiye'de pandemi döneminde çalışma hayatına yönelik alınan tedbirler. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 75-110.
- Younis, M. Z., Younis, H. Z. ve Okojie, F. (2006). Hospital financial performance in the United States of America: A follow-up study. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 12(5), 670-678.
- Yurttadur, M. ve Demirbaş, H. (2017). Türkiye’de bulunan katılım bankaları ve özel sermayeli mevduat bankalarının finansal performanslarının karşılaştırılması. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 89-117.
- Yurttadur, M. ve Taşcı, M. Z. (2022). Katılım bankalarının PIV yöntemiyle finansal performans analizi. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(4), 816-827.
- Yurttadur, M., Akbalık, M. ve Taşcı, M. Z. (2022). Entropi ve COPRAS yöntemleriyle finansal performans analizi: Mevduat ve Katılım bankaları karşılaştırması. *Bankacılık ve Sigortacılık Araştırmaları Dergisi*, 1(6), 13-27.
- Zeller, T. L., Stanko, B. B. ve Cleverley, W. O. (1997). A new perspective on hospital financial ratio analysis. *Healthcare Financial Management*, 51(11), 62-67.
- Zeybek, Z., Bozkurt, Y. ve Aşkın, R. (2020). Covid-19 pandemisi: psikolojik etkileri ve terapötik müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.

8. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Sinem KABAK
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
EĞİTİM	
Lise	: Balıkesir İnebey Anadolu Lisesi (2017)
Lisans	: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü (2022)
Yüksek lisans	: Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2022-Devam ediyor)
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta Seviye
MESLEKİ DENEYİM	
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
YAYINLARI	
Altan, İ. M., ve Kabak, S. (2022). Investigation of the impact of the COVID-19 pandemic on health expenditures in Turkey. 2nd International Artemis Congress on Health and Sport Sciences. 17-19.11.2022, Turkey, İzmir. Kabak, S. ve Sevim, E. (2024). An expanded marketing mix perspective on medical tourism. <i>International Journal Of Health Management And Tourism</i>, 9(1), 90-110. Kabak, S. ve Yurttadur, M. (2023). Türkiye’deki hastane alt sektörünün finansal performansının değerlendirilmesi. <i>Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi</i>, 14(3), 1076-1085.	