

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ

ÖZEL DİŞ HEKİMLİĞİ HİZMETLERİNİN
TERCİHİNDE HİZMET ALICILARININ
ÖZELLİKLERİ VE FİYATLANDIRMA ÜZERİNE BİR
ALAN ARAŞTIRMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İrem BABASHLI
ORCID ID: 0000-0001-9902-128X

Enstitü Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sema AKPINAR
ORCID ID: 0000-0003-0797-1486

ŞUBAT-2024

İrem Babashli tarafından hazırlanan “Özel Diş Hekimliği Hizmetlerinin Tercihinde Hizmet Alıcılarının Özellikleri ve Fiyatlandırma Üzerine Bir Alan Araştırması” başlıklı bu tez, 23/01/2024 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Sema Akpınar

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Mahmut Akbolat

Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Amarat

Ordu Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C.		Sayfa : 1/1
	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ		
	İŞLETME ENSTİTÜSÜ		
	TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU		
Öğrencinin			
Adı Soyadı	:	İrem BABASHLI	
Öğrenci Numarası	:	Y219047009	
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi	
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi	
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA	
Tezin Başlığı	:	Özel Diş Hekimliği Hizmetlerinin Tercihinde Hizmet Alıcılarının Özellikleri ve Fiyatlandırma Üzerine Bir Alan Araştırması	
Benzerlik Oranı	:	% 13	
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.			
		 / / 20.... İmza Öğrenci	
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbtez@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim.			
		 / / 20.... İmza Danışman	
Uygundur			
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı:		Doç. Dr. Sema AKPINAR	
Tarih:		 / / 20....	
İmza:			
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR		Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	
EYK Tarih ve No: / / 20.... -			

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın planlanmasında ve oluşum sürecinin her aşamasında bilgi ve tecrübelerini paylaşan, yönlendirmeleriyle gelişimime katkı sağlayan danışman hocam Doç. Dr. Sema AKPINAR'a teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca değerli görüşlerini paylaşarak çalışmama katkı sağlayan Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT hocama teşekkürlerimi sunarım.

Tez yazım süreci boyunca motivasyonumu sağlayan, ihtiyacım olduğu her an kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve ilgiyle elinden geleni yapan, güler yüzü ve samimiyetiyle desteklerini benden esirgemeyen, üniversite hayatımın başından beri yanımda olan sevgili dostum Ceren KÖKSAL'a teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatım boyunca her zaman arkamda olan, maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, bana olan inanç ve güvenlerini her zaman hissettiren babam Turan ÖZDEMİR'e, annem Nevin ÖZDEMİR'e ve kardeşim Eren ÖZDEMİR'e teşekkürü bir borç bilir ve sonsuz minnetlerimi sunarım.

Daima moral ve motivasyonumu sağlayan, maddi ve manevi destekleriyle yanımda olan, sabrı ve ilgisiyle benim için elinden gelenin fazlasını sunan, bu hayattaki en büyük şansım olan sevgili eşim Tural BABASHLI'ya sonsuz sevgilerimi, minnetlerimi ve teşekkürlerimi sunarım.

İrem BABASHLI

23.01.2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLOLAR	iv
ŞEKİLLER	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1. SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA DIŞ HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ	5
---	----------

1.1.Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı.....	6
1.2.Ağız ve Diş Sağlığının Genel Sağlığa Etkisi.....	6
1.2.1. Direkt Etkisi.....	8
1.2.2. İndirekt Etkisi	9
1.2.3. Sosyal Etkisi	9
1.2.4. Psikolojik Etkisi.....	10
1.3.Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
1.3.1. Koruyucu Diş Hekimliği Hizmetleri	11
1.3.2. Tedavi Edici Diş Hekimliği Hizmetleri.....	11
1.3.3. Rehabilitasyon Edici Diş Hekimliği Hizmetleri	13
1.3.4. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Geliştirilmesi	13
1.4.Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sunumu.....	14
1.5.Diş Hekimliği Hizmetlerinin Finansmanı	17
1.5.1. Fon Toplama.....	18
1.5.1.1. Finansman Yöntemleri.....	18
1.5.2. Fon Havuzlama.....	22
1.5.3. Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma	22
1.5.3.1. Ödeme Yöntemleri.....	22
1.5.4. Türkiye’de Mevcut Durum.....	25
1.6.Diş Hekimliği Hizmetlerinin Ekonomik Boyutu.....	26

BÖLÜM 2. FİYATLANDIRMA.....	29
------------------------------------	-----------

2.1.Fiyatlandırma Süreci	30
2.1.1. Fiyatlandırma Sürecini Etkileyen İşletme İçi Faktörler	31
2.1.2. Fiyatlandırma Sürecini Etkileyen İşletme Dışı Faktörler	33

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlandırma Sürecini Etkileyen Diğer Faktörler	36
2.2. Fiyatlandırma Yöntemleri	37
2.2.1. Maliyet Odaklı Fiyatlandırma Yöntemi	37
2.2.2. Talep Odaklı Fiyatlandırma Yöntemi.....	38
2.2.3. Rekabet Odaklı Fiyatlandırma Yöntemi.....	39
2.2.4. Zorunlu Fiyatlandırma Yöntemi.....	39
2.3. Sağlık Kurumu Tercihine Etki Eden Faktörler.....	40
BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	45
3.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	45
3.2. Veri Toplama Aracı.....	45
3.3. Veri Toplama Süreci	46
3.4. Araştırma Modeli ve Hipotezler.....	46
3.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler	47
3.6. Ölçeğin Güvenilirlik Analizi	47
BÖLÜM 4. BULGULAR.....	49
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	49
4.2. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hizmet Alt Boyutlarında Oluşan Farklılıklar	50
4.3. Sosyo-demografik Özellikler ile Bireysel Tercihler Arasındaki İlişki.....	55
4.4. Hizmet Alt Boyutlarının Birbiriyle İlişkisi	57
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
KAYNAKÇA	66
EKLER.....	78
ÖZGEÇMİŞ.....	83

KISALTMALAR

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
FDI	: Fédération Dentaire Internationale
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TDB	: Türkiye Diş Hekimleri Birliği
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR

Tablo 1: Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması	12
Tablo 2: Sektörlere Göre Diş Hekimliği Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar	15
Tablo 3: Araştırma Ölçeğinin Cronbach Alfa Değerleri.....	47
Tablo 4: Beş Faktör Modeli	48
Tablo 5: Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	49
Tablo 6: Cinsiyete Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi	51
Tablo 7: Gelir Aralığına Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi	52
Tablo 8: Kurum Değiştirme Sıklığına Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi	53
Tablo 9: Muayene Ücretlerinin Öneme Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi	54
Tablo 10: Fiyat Kampanyalarının Etkisine Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi.....	54
Tablo 11: Kurum Değiştirme Sıklığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	55
Tablo 12: Muayene Ücretlerinin Önemi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki	56
Tablo 13: Muayene Ücret Bilgisinin Kaynağı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki ..	56
Tablo 14: Muayene Ücretlerinin Önemi ile Gelir Aralığı Arasındaki İlişki	57
Tablo 15: Fiyat Kampanyaları ile Gelir Aralığı Arasındaki İlişki	57
Tablo 16: Hizmet Alt Boyutlarının Birbiriyle İlişkisi.....	58

ŞEKİLLER

Şekil 1: Ağız ve Diş Sağlığının Genel Sağlığa Etkisi	8
Şekil 2: Sektörlere Göre Diş Hekimi Sayısının Dağılımı.....	16
Şekil 3: Finansman Kaynakları, Katkı Mekanizmaları ve Tahsilat Temsilcileri	19
Şekil 4: Fiyatlandırma Süreci	31
Şekil 5: Sağlık Kurumu Tercihine Etki Eden Faktörler	41
Şekil 6: Araştırma Modeli	46



ÖZET

Babashli, İ. (2024). *Özel Diş Hekimliği Hizmetlerinin Tercihinde Hizmet Alıcılarının Özellikleri ve Fiyatlandırma Üzerine Bir Alan Araştırması* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi.

Bu çalışmanın temel amacı diş hekimliği hizmetlerindeki fiyatlandırmanın, bireyin kurum tercihinin ve tutumunun nasıl etkilendiğinin belirlenmesi ve değerlendirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda çalışma dört bölümden oluşacak şekilde tasarlanmıştır. Birinci bölümde ağız-diş sağlığı ve diş hekimliği hizmetlerine yönelik ulusal ve uluslararası literatür tartışılmıştır. İkinci bölümde fiyatlandırma sürecine ilişkin bilgilere ve bireylerin sağlık kurumu tercihinde etkili olan faktöre yer verilmektedir. Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi açıklanmaktadır. Dördüncü bölümde ise elde edilen bulgular paylaşılmaktadır. Veri toplama aracı olarak Çiftçi (2010) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Yapılan bu çalışma için Kocaeli ilinde yaşayan, 18 yaş üstü, en az bir kez özel diş hekimliği kurumlarından hizmet almış, gönüllü 389 bireye anket uygulanmıştır. Verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde T Testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Ki-kare Analizi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Çalışma kapsamında yapılan anketler sonucunda bireylerin sağlık kurumu tercihinde cinsiyet, gelir aralığı, kurum değiştirme sıklığı, muayene ücretlerinin önemi ve fiyat kampanyalarının etkili olduğu tespit edilmiştir. Erkek bireylerin daha yüksek hizmet beklentilerinin olduğu; gelir düzeyi yüksek olan bireylerin konfor alanlarını daha fazla önemseyen; bir problem yaşadığında kurum değiştiren bireylerin uzun süre hizmet veren, tanınan ve güvenilir kurumlardan hizmet almayı önemseyen; muayene ücretlerini önemseyen bireylerin maliyetleri ve hizmet kalitesini önemseyen ve fiyat kampanyalarından etkilenen bireylerin maliyetlerde, hizmet kalitesinde ve kurumun kapasitesinde meydana gelebilecek değişiklikleri önemseyen görülmektedir. Ayrıca cinsiyete göre kurum değiştirme sıklığının, muayene ücretlerine verilen önemin ve muayene ücret bilgisinin kaynağının farklılık gösterdiği ve gelir aralığına göre muayene ücretlerine verilen önemin ve fiyat kampanyalarının etkisinin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kadın bireylerin daha fazla kurum değiştirdiği, muayene ücretlerini daha fazla önemseyen ve ücret bilgisini hastaneden aldığı görülmektedir. Gelir düzeyi düşük bireylerin muayene ücretlerini daha fazla önemseyen ve gelir düzeyi orta düzeyde olan bireylerin fiyat kampanyalarından daha fazla etkilendiği görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre diş hekimliği hizmetlerinde fiyatlandırmanın bireylerin kurum tercihinde ve buna bağlı olarak kurumların kapasite kullanımında etkili olduğu, bireylerin hizmete erişiminde ve dolayısıyla bireylerin sağlık ve refahı üzerinde önemli bir rol oynadığı yorumu yapılmıştır. Son olarak kurumlara; Sağlık Uygulama Tebliğinin ve Türkiye Diş Hekimleri Birliğinin belirlediği ücret skalası doğrultusunda kendi misyonuna uygun bir fiyatlandırma politikası benimsemesi, hizmet sunumunda fiyat dengesini gözetmesi ve kurumun kapasitesinin üzerinde hasta kabul etmemesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve Diş Sağlığı, Diş Hekimliği Hizmetleri, Hizmet Fiyatlandırması, Hizmete Erişim, Kurum Tercihi

ABSTRACT

Babashli, İ. (2024). *A Field Study on the Characteristics of Service Recipients and Pricing in the Choice of Private Dental Services* (Unpublished master's thesis). Sakarya University.

The main purpose of this study is to determine and evaluate how pricing in dental services affects the individual's institution preference and attitude. In line with this purpose, the study is designed to consist of four sections. In the first section, national and international literature on oral and dental health and dental services is discussed. In the second section, information on the pricing process and the factors affecting individuals' choice of health facilities is presented. The third section explains the methodology of the study. In the fourth section, the findings obtained are shared. In this study, the scale developed by Çiftçi (2010) was used as a data collection tool. For this study, a questionnaire was applied to 389 volunteer individuals living in Kocaeli province, over the age of 18, who had received service from private dentistry institutions at least once. IBM SPSS Statistics 22 program was used for data analysis. Descriptive statistical methods, independent samples T-Test, one-way analysis of variance (ANOVA), Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U Test, Chi-square Analysis, and Correlation Analysis were used for data analysis.

As a result of the surveys conducted within the scope of the study, it was determined that gender, income range, frequency of changing facilities, the importance of examination fees, and price campaigns are effective in individuals' preference for health institutions. It is seen that male individuals have higher service expectations, individuals with higher income levels care more about comfort areas, individuals who change facilities when they experience a problem care about receiving services from well-known and reliable institutions that have served for a long time, individuals who care about examination fees care about costs and service quality, and individuals who are affected by price campaigns care about changes that may occur in costs, service quality and capacity of the facility. It was also found that the frequency of changing facilities, the importance given to examination fees and the source of examination fee information differed according to gender, and the importance given to examination fees and the effect of price campaigns differed according to income range. It is observed that female individuals change institutions more frequently, attach more importance to examination fees, and receive fee information from the hospital. It is seen that individuals with low income levels attach more importance to examination fees and individuals with average income levels are more affected by price campaigns. The results of the research suggest that pricing in dental services is effective in individuals' choice of dental facilities and, accordingly, in the capacity utilization of facilities, and therefore plays an important role in individuals' access to services and thus in individuals' health and welfare. Finally, it is recommended that institutions adopt a pricing policy in line with their mission in line with the fee scale determined by the Communiqué on Health Practices and the Turkish Dental Association, observe price balance in service provision, and not accept patients above the capacity of the institution

Keywords: Oral and Dental Health, Dental Services, Service Pricing, Access to Services, Institution Preference

GİRİŞ

Diş hekimliği hizmetleri, bireyin ağız ve diş sağlığının yanı sıra genel sağlığını da etkilemesi nedeniyle sıklıkla başvurulmuş bir sağlık hizmeti olarak bilinmektedir. Türkiye’de diş hekimliği hizmetleri kamuda ve özel sektörde olmak üzere iki farklı şekilde sunulmakta; hizmet sunumu ağırlıklı olarak genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası veya cepten ödeme yöntemleriyle finanse edilmektedir. Kamudaki diş hekimliği hizmetlerine hekim, sağlık personeli ve ekipman yetersizliği, uzun bekleme süreleri, hasta istek ve ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi nedenlerle erişim sağlayamayan veya çeşitli nedenlerle kamuyu tercih etmeyen bireyler ihtiyaçlarını özel sektörden karşılamaktadır. Özel diş hekimliği hizmetlerinin tercih edilmesi bireyin cinsiyeti, eğitimi, geliri, sağlık güvencesi, muayene ücretlerini önemsemesi, fiyat kampanyalarından etkilenmesi gibi tanımlayıcı özelliklere bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir.

Özel diş hekimliği hizmetlerinin ağırlıklı olarak cepten ödemeler aracılığıyla finanse edilmesi nedeniyle, her bir bireyin bu hizmetlere erişim ve kullanım hakkı bulunmasına karşın, bazı kesimlerin bu hizmetlere erişimde engellerle karşılaştığı görülmektedir. Fédération Dentaire Internationale (FDI) göre üç tür hizmete erişim engeli bulunmaktadır. Birinci erişim engeli bireyin doğrudan kendisiyle ilgili olup, “algılanan ihtiyaç eksikliği, kaygı ve korku, mali sıkıntılar ve erişim eksikliği” konularını kapsamaktadır. İkinci erişim engeli diş hekimliği mesleğiyle ilgili olup, “insan gücü kaynaklarının uygunsuzluğu, coğrafi dağılımın dengesizliği, değişen ihtiyaç ve taleplere uyum sağlayamayan eğitim sistemi ve hastanın istek ve ihtiyaçlarına karşı duyulan hassasiyetin yetersizliği” konularını kapsamaktadır. Üçüncü erişim engeli ise toplumla ilgili olup, “kamu desteğinin, diş hekimliği hizmetleri sunan tesislerin, insan gücü planlamasının ve araştırmalara sağlanan desteğin yetersizliği” konularını kapsamaktadır (Cohen, 1987, aktaran Freeman, 1999). Dünya üzerinde birçok bireyin ağız ve diş hastalıklarından muzdarip olduğu ve düşük gelirli, sigortasız, etnik azınlık veya kırsal nüfusa mensup dezavantajlı bireylerin mevcudiyeti göz önüne alındığında kaliteli diş hekimliği hizmetlerine erişimin hayati rolü daha da önem kazanmaktadır (Northridge vd., 2020).

FDI’nın da belirttiği gibi, bireyin mali sıkıntılara sahip olması hizmete erişimde önemli bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Cepten ödemeler bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmete erişememesine, hizmete erişseler dahi öngörülemez bir harcama riski ve

yoksullaşma riski ile karşılaşmalarına neden olabilmektedir (Özgen, 2007). Bu açıdan bakıldığında fiyatlandırmanın dış hekimliği hizmetine erişiminde önem arz ettiği görülmektedir. Bu çalışmada, FDI tarafından kategorize edilen erişim engellerine değinilmiş olmakla birlikte, özellikle dış hekimliği hizmetlerine erişimde bireylerin üzerindeki ödeme yükü ve cepten harcamaların neden olabileceği olumsuz sonuçlar düşünülerek özel dış hekimliği hizmetlerinin tercihinde fiyatlandırmanın bireyler üzerinde nasıl bir etki bıraktığı araştırılmaktadır.

Çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ağız-dış sağlığının ve dış hekimliği hizmetlerine erişim sağlayabilmenin önemini vurgulamak amacıyla ulusal ve uluslararası literatür incelenmektedir. Bu bölümde ağız ve dış sağlığının tanımı, ağız ve dış sağlığının genel sağlığa olan çeşitli etkileri, dış hekimliği hizmetlerinin sınıflandırılması, kamuda ve özel sektörde dış hekimliği hizmetlerinin sunumu, dış hekimliği hizmetlerinin finansmanı ve ekonomik boyutu konu edinilmektedir. İkinci bölümde hizmet fiyatlarının nasıl belirlendiğinin anlaşılabilmesi için fiyatlandırma süreci ve bu süreci etkileyen faktörler, fiyatlandırma yöntemleri, dış hekimliği hizmetlerinin nasıl fiyatlandırıldığı ve son olarak bireylerin sağlık kurumu tercihine etki eden faktörlere ilişkin bilgilere yer verilmektedir. Üçüncü bölümde araştırmanın yöntemi ele alınmaktadır. Çalışmanın amaç ve önemi, evren ve örnekleme, veri toplama aracı, veri toplama süreci, araştırma kısıtları, araştırma modeli ve hipotezler, verilerin analizinde kullanılan yöntemler ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlikleri hakkındaki bilgilere yer verilmektedir. Çalışmanın dördüncü bölümünde ise araştırma sonucunda elde edilen bulgular paylaşılmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı; hizmet fiyatlandırmasının, özel dış hekimliği hizmetlerini kullanmayı tercih eden bireylerin kurum tercihini ve tutumunu nasıl etkilediğini belirlemek ve değerlendirmektir. Özel dış hekimliği hizmetlerinde fiyatlandırmanın; bireylerin kurum tercihini, eğitim ve gelir durumları çerçevesinde özel dış hekimliği hizmeti alma eğilimlerinin ve aldıkları özel hizmetlerde dikkat ettikleri unsurların belirlenmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın Problemi ve Soruları

Özel dış hekimliği hizmetlerinde fiyatlandırmanın bireylerin kurum tercihini, hizmete erişimini, sağlık ve refah düzeyini etkilediği; aynı zamanda özel dış hekimliği

kurumlarının da doluluk kapasitesi bakımından fiyatlandırma politikalarından etkileneceği varsayımı bu çalışmanın problemini oluşturmaktadır. Bu bağlamda aşağıdaki sorulara cevap aranmaktadır.

- Bireylerin sosyo-demografi özellikleri kurum tercihi üzerinde etkili midir?
- Bireysel tercihler kurum tercihi üzerinde etkili midir?
- Bireylerin tanımlayıcı özellikleri hizmet alt boyutlarını değerlendirmesinde etkili midir?

Araştırmanın Önemi

Özel diş hekimliği hizmetlerinin fiyatlandırması belli kesimler tarafından kimi zaman düşük bulunurken kimi zaman da yüksek bulunmaktadır. Bununla birlikte hizmet fiyatlandırması bireylerin kurum tercihini etkilemektedir. Hizmet fiyatlandırmasını düşük bulan kesim için kalitesiz hizmet algısı oluşabilir veya yüksek bulan kesim için hizmete erişimde önemli bir engel olarak görülebilir. Bu bağlamda özel diş hekimliği hizmetlerinde fiyatlandırmanın, bireylerin sağlık kurumu tercihini ve tutumlarının araştırılması önem taşımaktadır.

Daha önce benzer olarak, genel sağlık hizmetlerinde fiyatlandırmanın hastane seçimine etkisinin ve bireylerin hastane tercihini etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışmalara rastlanmıştır. Literatürde diş hekimliği hizmetlerinin tercih edilmesiyle ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, Kocaeli ilindeki özel diş hekimliği hizmetlerinin fiyatlandırmasının bireylerin kurum tercihini nasıl etkilediği belirlenecek, değerlendirilecek ve yapılacak tez çalışmasıyla birlikte literatürdeki bu eksiklik giderilecektir.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada veriler nicel araştırma yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan toplam 34 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik sorular, ikinci bölümünde ise Çiftçi (2010) tarafından geliştirilen ölçek yer almaktadır. Araştırma evrenini Kocaeli ilinde diş hekimine müracaat eden 758.852 birey oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem belirlemede kolayda örnekleme yöntemlerinden yararlanılmıştır. 18 yaşın üstünde, en az bir kez özel diş hekimliği kurumlarından hizmet almış, gönüllü 389 bireye ulaşılmıştır. Veriler 01.02.2023- 31.03.2023 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics 22 programından

yararlanılmıştır. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde T Testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Ki-kare Analizi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Verilere yönelik normallik analizi yapılmıştır. Bu doğrultuda normal dağılıma uyan verilere parametrik, normal dağılıma uymayan verilere non-parametrik testler uygulanmıştır. Veriler %95 güven düzeyinde ($p=0,05$) analiz edilmiştir.

Araştırmanın Kısıtları

Çalışmanın yalnızca Kocaeli ilinde gerçekleştirilebilmesi, katılımcıların küçük bir kısmının eğitim düzeyinin ve gelir aralığının düşük düzeyde olması, sosyal güvenceye sahip olmayan katılımcılara yeterince ulaşamaması ve yüksek lisans tezi olması dolayısıyla belirli bir zaman zarfında tamamlanması gerekliliği bu araştırmanın kısıtlarını oluşturmaktadır.

BÖLÜM 1. SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDA DIŞ HEKİMLİĞİ HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 2022c). Sağlık, birey için bir değer kaynağıdır; diğer ürün ve hizmetlerle birlikte, birey için fayda ve mutluluk sağlamaktadır (Birch ve Listl, 2015). Kalıtım, davranış, çevre ve sağlık hizmetleri sağlığın belirleyicileridir. Kalıtım, bireyin doğuştan sahip olduğu hastalık ve rahatsızlıkları; davranış, bireyin yaşam tarzına bağlı olarak sergilediği değer, tutum ve alışkanlıkları; çevre, bireyin içinde bulunduğu biyolojik, fiziksel ve sosyal çevreyi; sağlık hizmetleri ise, kamu veya özel sağlık sektörü tarafından sunulan sağlık bakımını ifade etmektedir (Tengilimoğlu vd., 2015). Birey, kendi özellikleri ve kamusal özellikler nedeniyle, bu belirleyicilerin iyi veya kötü etkileri üzerinde kısıtlı kontrol imkanına sahip olmaktadır (Birch ve Listl, 2015).

Sağlık doğrudan satın alınamamakta; ancak diğer birçok ürün ve hizmet gibi sağlık hizmetleri de bireyler tarafından doğrudan erişilebilmektedir (Birch ve Listl, 2015). Bireylerin sağlığın korunması, hastalıkların teşhis, tedavi ve bakımının sağlanması için kamu veya özel sağlık kurumlarından hizmet alması, sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2015). Bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda gerekli sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım hakkı bulunmaktadır. Sağlığı etkileyen genel yaşam koşulları ve sağlık hizmetlerinin sunumu bu noktada büyük önem arz etmektedir. Sağlığın belirleyicilerini, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını kapsayan etkili ve entegre bir sağlık sistemine her zaman ihtiyaç duyulmaktadır (Zengin, 2010). Bir sağlık sisteminin etkili bir şekilde işlemesi için, yeterli yönetim ve rehberliğin yanı sıra; nüfusun, hizmet sunucularının, tesislerin, ekipman ve malzemelerin dengeli dağılımı gerekmektedir (Kandelman vd., 2012).

Ülkeler arasında ekonomik durum ve insan gücü farklılıkları nedeniyle sağlık sistemlerinin yapısı ve kapsamında farklılıklar bulunmaktadır; ancak ortak amaç sağlığın iyileştirilmesidir. Ağız ve diş sağlığı sistemleri de yapı ve kapsam bakımından ülkeden ülkeye ve hatta ülke içinde farklılık göstermekte; genel sağlık sistemlerinin bir parçası olarak aynı faktörlerden doğrudan etkilenmektedir. Ağız ve diş sağlığı, sağlığın ihmal edilen bir bileşenidir ve çoğu sağlık sisteminde ağız ve diş sağlığına düşük öncelik verilmektedir. Ağız sağlığı politikalarının yetersizliği, üçüncü taraf ödeme kurumlarının

bulunmaması veya kapsamının sınırlı olması, diş hekimlerinin olumsuz tutumları, bireylerin risk faktörlerine karşı ilgisizliği ve cehaleti gibi birçok durum buna neden olabilmektedir. Bu bağlamda ağız ve diş sağlığını iyileştirmek için hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme politikalarının güçlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Ağız ve diş sağlığı sistemleri, ağız ve diş yapılarının sağlığını ve işlevini sürdürmek için özellikle hastalık kontrolü, önleme, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine odaklanması büyük önem arz etmektedir (Kandelman vd., 2012).

1.1. Ağız ve Diş Sağlığı Kavramı

Ağız ve diş sağlığı çok yönlüdür ve yalnız diş sağlığından daha fazlasını ifade etmektedir (Glick vd., 2016; Hescot vd., 2015). Diş sağlığı; tüm dişlere sahip olmakla birlikte aynı zamanda bu dişlerin kavitesiz, dolgusuz ve çürüksüz olması anlamına gelmektedir (Çolak vd., 2010). Ağız ve diş sağlığı ise; sağlıklı dişler, diş etleri, sert ve yumuşak damak, ağız ve boğaz mukozası, dil, dudaklar, tükürük bezleri, çiğneme kasları ve alt ve üst çeneleri kapsamaktadır (Hescot vd., 2015). İyi bir ağız ve diş sağlığı; ısırma, çiğneme, yutma, tat alma, konuşma, gülümseme, öpme, koklama, nefes alma, ılık çalma ve duyguları ağrı, rahatsızlık ve kraniyofasiyal anomaliler olmadan yüz ifadeleriyle iletebilme becerisini sağlamaktadır (Glick vd., 2016; Hescot vd., 2015).

1.2. Ağız ve Diş Sağlığının Genel Sağlığa Etkisi

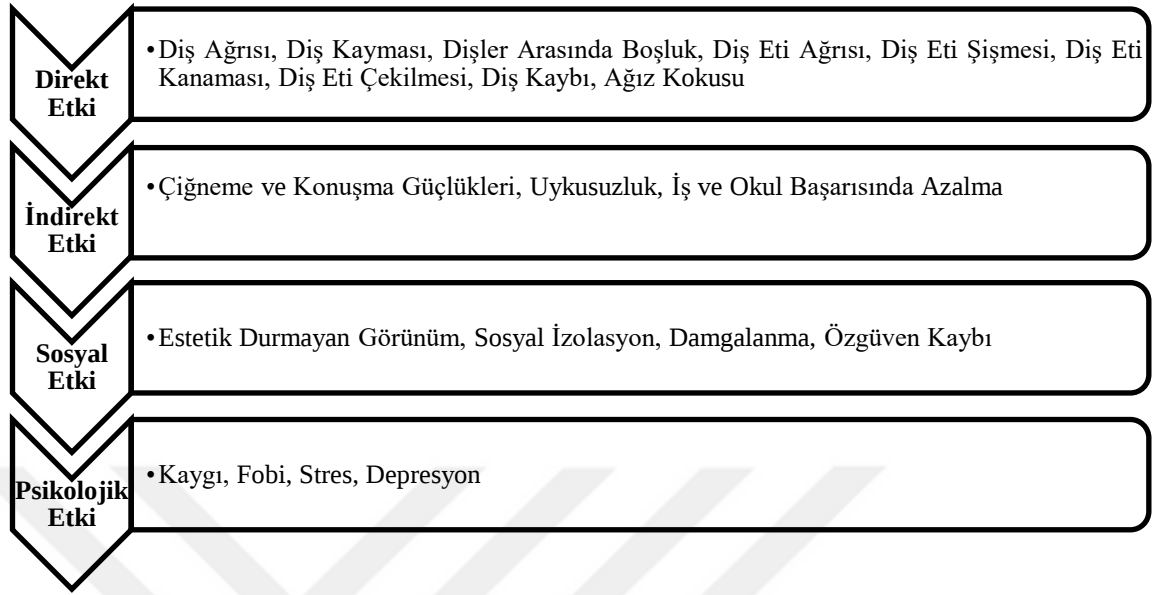
Ağız ve diş sağlığı, genel sağlığın vazgeçilmez bir parçasıdır ve bireyin hayat kalitesine katkıda bulunmaktadır. (Ekici vd., 2017; Gift ve Atchison., 1995). Bireyin yeme, içme, konuşma gibi insani fonksiyonları gerçekleştirebilmesi için ağız ve diş sağlığının yeterli düzeyde olması gerekmektedir (Çolak vd., 2010). Ağız ve diş sağlığı ile genel sağlık durumu arasında çift yönlü bir ilişki bulunduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Ağız ve diş sağlığı kötüye gittiğinde, genel sağlık durumu ve hayat kalitesi de olumsuz anlamda etkilenmektedir. (Ekici vd., 2017; Gift ve Atchison., 1995; Reissmann vd., 2013; WHO, 2022a). Bir taraftan ağız ve diş sağlığı, ağızda semptom gösteren birtakım kronik ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle tehlikeye girerken, diğer taraftan ise ağız ve diş hastalıkları enfeksiyona, iltihaba ve genel sağlık üzerinde başka ciddi etkilere yol açabilmektedir. Dolayısıyla ağız ve diş sağlığının korunması için genel sağlığın sürdürülmesi, genel sağlığın korunması için de ağız ve diş sağlığının sürdürülmesi çok önemlidir (Hescot vd., 2015).

Ağız ve diş hastalıkları hem yüksek prevalansa hem de bireyler, topluluklar ve toplum üzerinde büyük olumsuz etkilere sahip olan önemli bir küresel halk sağlığı sorunudur (Peres vd., 2019). Dünya çapında 3,5 milyara yakın birey ağız ve diş hastalıklarından etkilenmektedir (WHO, 2022a). Bu hastalıkların çoğu önlenebilir olsa da hemen hemen herkesin yaşamı boyunca etkilenmesi mümkündür (Hescot vd., 2015). Tüm yaş gruplarında komplikasyonlara neden olan bu hastalıklar bireylerin yaşamı boyunca ilerlemektedir (Spanemberg vd., 2019).

Ağız ve diş hastalıkları artarak toplumdaki dezavantajlı grupları orantısız bir şekilde etkilemektedir (Watt vd., 2018; WHO, 2022b). Belirli etnik azınlıklar, engelli bireyler, evsizler, düşük gelirliler, çocuklar ve yaşlılar genellikle yetersiz diş hekimliği hizmeti almaktadır (Dye vd., 2022; Hescot vd., 2015). Engelli bireylerin sahip olduğu çeşitli kronik hastalıklar nedeniyle ağız ve diş sağlıkları geri planda kalmakta ve bu bireyler hizmet alım sürecinde kooperasyon güclüğü yaşamaktadır (Köksal vd., 2021). Düşük gelirlilerde, hastalık ve yoksulluk pekiştirici bir etkiye sahip olabilmekte ve yoksul nüfusların sağlık hizmetlerine daha az erişimle hastalıktan etkilenme riskinin daha yüksek olduğu bir kısır döngüye yol açabilmektedir (Hescot vd., 2015). Düşük gelirli çocuklar daha yüksek çürük oranıyla sıklıkla diş ağrısı ve bunun sonuçlarını yaşamaktadır. Daha zengin ve sağlıklı akranlarına kıyasla okulda devamsızlık yapma olasılığı daha fazla, okul performansı ve iş başarısı da daha düşüktür (Watt vd., 2018). Yaşlı bireyler ise genel nüfusa göre diş hekimine daha az gitmekte ve daha kötü ağız ve diş sağlığına sahip olmaktadır. Bu bağlamda ağız ve diş sağlığı, bireyin sağlık ve yaşam kalitesinin hem nedeni hem de yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır (Patrick vd., 2006). Kötü ağız ve diş sağlığının genel sağlık durumuna olan etkisi; direkt, indirekt, psikolojik ve sosyal olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır. Şekil 1’de kötü ağız ve diş sağlığının olumsuz etkileri özetlenmektedir.

Şekil 1

Ağız ve Diş Sağlığının Genel Sağlığa Etkisi



1.2.1. Direkt Etkisi

Ağız ve diş hastalıklarının sistemik hastalıklara, sistemik hastalıkların da ağız ve diş hastalıklarına neden olması “direkt etki” olarak değerlendirilmektedir. Ağız ve diş hastalıkları bakteri-hücre etkileşiminin sonucunda meydana gelmektedir (Herrera vd., 2018). Bu hastalıkların belirgin semptomları; diş ağrısı, diş kayması, dişler arasında boşlukların meydana gelmesi, diş eti ağrısı, diş eti şişmesi, diş eti kanaması, diş eti çekilmesi, diş kaybı ve ağız kokusu şeklinde görülmektedir (Needleman vd., 2004; De Geest vd., 2016; Borges vd., 2013). Genetik profil, cinsiyet, yaş, bazı sistemik hastalıklar gibi değiştirilemeyen risk faktörleri ve sigara, alkol, stres, beslenme, ilaç kullanımı, sosyoekonomik durum gibi değiştirilebilir risk faktörleri ağız ve diş hastalıklarının gelişimine etki etmektedir (Herrera vd., 2018). Kötü ağız ve diş sağlığına bağlı olarak sistemik hastalıklar nedensel veya tesadüfen meydana gelebilmektedir (Kane, 2017). Kötü ağız sağlığı, hastalığın daha fazla ilerlemesine, tedavi başarısızlığına ve hastalığın tekrarlamasına yol açmaktadır (Carra vd., 2020). Diğer taraftan ise, vücut sistemlerini etkileyen hastalığın veya durumun bir sonucu olarak ağız dokuları değişime uğrayabilmekte ve hasar görebilmektedir (Porter vd., 2017). Ağız ve diş sağlığı ile ilişkili sistemik durumlara örnek olarak; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, tansiyon, inme, demans, böbrek hastalığı, solunum yolu hastalıkları, Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), kanser ve gebelik

gösterilmektedir (Kane, 2017; Sabbah vd., 2019; Treadwell ve Northridge, 2007; WHO, 2022a).

1.2.2. İndirekt Etkisi

Ağız ve diş hastalıklarının, bireyin normal hayatında beslenme, iletişim, uyku ve etkin olma problemleri gibi olumsuzluklara neden olması “indirekt etki” olarak değerlendirilmektedir. Kötü ağız sağlığına bağlı olarak meydana gelen ağrı, çiğneme ve konuşma güçlükleri, uykusuzluk, iş ve okul başarısının azalması bireyin sağlığını ve günlük hayatını önemli derecede etkilemektedir (Petersen vd., 2005; Watt vd., 2018; Peres vd., 2019). Çiğneme güçlüğü yaşayan birey, doymuş yağ ve kolesterol açısından zengin gıdaları tercih etme eğilimi göstermekte (Petersen ve Yamamoto, 2005) ve yeterince beslenememektedir (Kane, 2017). Buna bağlı olarak kalp damar hastalıkları tetiklenmekte ve kilo kaybı yaşanmaktadır. Ayrıca ağız ve diş hastalıkları okul, iş ve evdeki faaliyetleri gerçekleştirilmede bireyin etkinliğini sınırlandırmaktadır (Petersen vd., 2005; WHO, 2022b). Diş ağrısının neden olduğu uykusuzluk, aşırı sinirlilik ve düşük konsantrasyonla birlikte bireyin benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır (Spanemberg vd., 2019). Konsantrasyon eksikliği ve devamsızlık, dünya genelinde her yıl milyonlarca okul ve çalışma saatinin kaybedilmesine neden olmakta; bireysel ve toplumsal gelişmeyi engellemektedir (Hescot vd., 2015).

1.2.3. Sosyal Etkisi

Bireyin sosyal ilişkilerinin, kötü ağız ve diş sağlığından olumsuz anlamda etkilenmesi “sosyal etki” olarak değerlendirilmektedir. Ağız ve diş sağlığı, aynı zamanda bireyin estetik görünümünü ve özgüvenini etkilemektedir (Yıldırım vd., 2017). Ağız kokusunun, çapraşıklığın, diş kaybının, takma dişlerin, kraniyofasiyal anomalilerin olmasına bağlı olarak dış görünüş, konuşma ve yemek yeme şekli farklılık gösterebilmektedir. Bu durum sosyal ilişkilerde önemli bir rol oynamakta; eğitim, kariyer, evlilik gibi durumları sınırlandırmaya ve damgalanmaya neden olabilmektedir (Kisely, 2016; Treadwell ve Northridge, 2007; Yıldırım vd., 2017). Hatta bireyin aile, arkadaş ve yakınlarıyla temas kurma isteğini sınırlandırmakla birlikte sosyal izolasyona kadar ilerleyebilmektedir. Sosyal izolasyon bireyin kendisi, toplum veya her iki taraf açısından da gerçekleştirilebilmektedir (Azodo ve Ogbebor, 2019). Özellikle sosyal ilişkilerin gelişmeye başladığı çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde, ağız ve diş hastalıklarının sosyal etkisi belirgin şekilde hissedilmektedir (Rauber vd., 2021). Hem çocuk hem de

ebeveynler, çocuğun ağız ve diş sağlığı durumundan olumsuz etkilenmektedir (Ortiz vd., 2014). Ayrıca ebeveynler çocukların ağız sağlığı problemleri karşısında suçluluk duyma eğilimi göstermektedir (Gomes vd., 2014). Tüm bu sonuçlar, rahatsız edici bir ortama zemin hazırlamakta; kişiler arası ilişkilerin gelişiminde ve günlük faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde etkili olmaktadır (Rauber vd., 2021).

1.2.4. Psikolojik Etkisi

Bireyin davranış, duygu ve düşüncelerinin kötü ağız ve diş sağlığından olumsuz anlamda etkilenmesi “psikolojik etki” olarak değerlendirilmektedir. Ağız ve diş sağlığı ile psikoloji arasında güçlü bir etkileşim bulunmaktadır. Ağız problemleri yaşayan bireylerin çoğu diş hekimi ziyaretleri konusunda bir miktar kaygı duymaktadır. Bazı durumlarda bu, diş fobisine neden olmaktadır (Kisely, 2016). Örneğin, halitofobiye sahip olan birey, nefesinin başkaları tarafından ‘kötü koku’ olarak algılanacağından korku duymakta; tedavi görmesine rağmen ağız kokusunun devam ettiğine inanmaktadır (Bicak, 2018). Buna bağlı olarak birey sürekli olarak kendinden rahatsızlık duymakta ve strese girmektedir (Kayombo ve Mumghamba, 2017). Bireyin diş ağrısı algısı, depresyon veya anksiyeteye birlikte daha da şiddetlenebilmektedir. Örneğin, yanan ağız sendromu, klinik olarak sağlıklı ağız mukozasına sahip bireylerde genellikle depresyon veya anksiyete ile ilişkilendirilen bir semptom bozukluğudur (Kisely, 2016). Ayrıca diş kaybı yaşayan bazı bireyler, depresyona girebilmektedir (Spanemberg vd., 2019). Ağızlarında bu tür kusurlar olan bireyler, normal sağlık koşullarına sahip kişiler kadar özgüvenli değildir (Abebe, 2021). Bu durum hem hastalığın gidişatını hem de tedavi sonucunu değiştirebilmektedir (Bayat vd., 2018).

1.3. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Diş hekimliği hizmetleri; genel sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte (Akar, 2014), ağız ve diş sağlığına yönelik koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve geliştirici hizmetlerin, ayaktan veya gerekli olduğunda yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavisini kapsamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1983). Diş hekimliği hizmetleri, genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi koruyucu diş hekimliği hizmetleri, tedavi edici diş hekimliği hizmetleri, rehabilite edici diş hekimliği hizmetleri ve diş hekimliği hizmetlerinin geliştirilmesi olarak sınıflandırılmaktadır (Ekici, 2013).

1.3.1. Koruyucu Diş Hekimliği Hizmetleri

Koruyucu diş hekimliği hizmetleri; ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi ve belirti gösteren hastalığın ilerlemeden durdurulması veya geriye döndürülmesi olarak tanımlanmaktadır (Atasever ve Demiralp, 2015). Hastalıkla ilişkili etkenlere veya durumlara karşı daha spesifik önlemleri kapsamakta; sağlıklı olmaya ve diş sağlığını özel olarak korumaya teşvik etmektedir (Vargas ve Arevalo, 2009).

Koruyucu diş hekimliği hizmetleri, bireyin yaşamı boyunca uygulanmakta ve üç şekilde sunulmaktadır. Bunlar; bireysel koruma, grup koruma ve genel korumadır. Bireysel koruma, diş hekiminin uygulama, gözetim ve önerileri çerçevesinde uygulanan yöntemlerdir. Diş hekimi muayenesi, oral hijyen ve beslenme eğitimi, diyetin düzenlenmesi, flüorür uygulamaları, fissür örtücülerin kullanımı, minör koruyucu restoratif işlemler, koruyucu ve önleyici ortodontik tedaviler ve ağız ve diş temizliği bireysel koruma yöntemlerine örnek olarak gösterilmektedir. Grup koruma, genellikle okul ortamındaki çocuklar gibi alt gruplara uygulanmaktadır. Diş hekimi muayenesi, toplu olarak verilen oral hijyen ve beslenme eğitimleri, yerel flüorür uygulamaları ve okul sularının fluorlanması grup koruma yöntemlerine örnek olarak gösterilmektedir. Genel koruma ise, koruyucu hizmetlerin toplumdaki tüm bireylere sunulmasıdır. İçme sularının fluorlanması, yemek tuzlarının fluorlanması, besinlere flüorür katılması ve topluma yönelik ağız ve diş sağlığı eğitimleri genel koruma yöntemlerine örnek olarak gösterilmektedir (Akar, 2014).

Dişler, diş etleri ve bir bütün olarak ağız için rutin kontroller, hastalığın erken dönemde tespit edilebilmesi ve kolay tedavi edilebilmesi için oldukça önemlidir (Australian Dental Association New South Wales, 2022). Tüm bireyler koruyucu diş hekimliği hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalanmalıdır (Vargas ve Arevalo, 2009). Ancak Türkiye’de koruyucu diş hekimliği hizmetlerinin sunumunun yetersiz kaldığı görülmektedir. Ayrıca engelliler, çocuklar ve yaşlılar gibi dezavantajlı gruplara yönelik önceliklendirilmiş programlar bulunmamaktadır (Ekici vd., 2017).

1.3.2. Tedavi Edici Diş Hekimliği Hizmetleri

Tedavi edici diş hekimliği hizmetleri; belirti gösteren ağız ve diş hastalıklarının ilerlemelerinin durdurulması ve dokuların mümkün olduğunca normale yakın şekilde restore edilmesidir (Atasever ve Demiralp, 2015). Hastalık süreci başladıktan sonra,

hastalıkların yayılmasını önlemek, hastalıkları iyileştirmek veya durdurmak ve sakatlığı azaltmak amaçlanmaktadır (Vargas ve Arevalo, 2009).

Tedavi edici diş hekimliği hizmetleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç grupta sunulmaktadır. Birinci basamak diş hekimliği hizmetleri, toplumun ilk başvuru noktasıdır. Toplum sağlığı merkezlerinde verilen diş hekimliği hizmetleri birinci basamağa örnek gösterilmektedir. İkinci basamak diş hekimliği hizmetleri, ileri düzey tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların teşhis ve tedavisi için sunulan hizmetlerdir. Kamu ağız ve diş sağlığı merkezlerinde verilen diş hekimliği hizmetleri ikinci basamağa örnek gösterilmektedir. Üçüncü basamak diş hekimliği hizmetleri ise, ağız ve diş hastalıklarında özel tedavinin uygulandığı, ileri düzey donanımla sunulan hizmetlerdir. Diş hastaneleri ve diş hekimliği fakülteleri üçüncü basamağa örnek gösterilmektedir (Ekici, 2013). Tablo 1’de diş hekimliği hizmetlerinin basamaklara göre sınıflandırılması yer almaktadır.

Tablo 1

Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Diş Hekimliği Hizmetleri		
Birinci Basamak Hizmetler	İkinci Basamak Hizmetler	Üçüncü Basamak Hizmetler
Muayene Acil tedavi Koruyucu uygulamalar Dolgu Endodonti Profesyonel temizlik Çekim Ağız hastalıkları Yer tutucu Kuron Radyografi Koruyucu ortodonti Protez	Komplike konservatif tedavi Ortodonti Periodontal cerrahi Ağız ve çene cerrahisi	Ağız diş bölgesindeki tümör ve kanserler Konjenital ve edinsel malformasyonlar

Kaynak: Oktay (2003)

Her bir bireyin diş hekimliği hizmetlerine başvurma hakkı bulunmaktadır. Bireylerin bu hizmetten faydalanma olanağı, diş hekimliği hizmetlerinin mevcudiyetine ve erişebilirliğine bağlıdır. Yeterli düzeyde tedavi hizmetleri alamayan bireyler, daha kötü ağız ve diş sağlığı sonuçlarına ve daha pahalı tedavi gereksinimine mecbur kalmaktadır (Vargas ve Arevalo, 2009). Türkiye’de önleyici hizmetlerden ziyade tedavi edici hizmetlere ağırlık verilmektedir (Gökalp vd., 2010). Bu durum diş hekimliği

hizmetlerinin sunumunun ağırlıklı olarak birinci basamak üzerine yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca diş hekimliği hizmetlerinde basamaklandırma net şekilde birbirinden ayıramamaktadır (Oktay, 2003).

1.3.3. Rehabilitate Edici Diş Hekimliği Hizmetleri

Rehabilitate edici diş hekimliği hizmetleri; hastalık veya travma sonucunda, tedavi edici hizmetlerin yetersiz kaldığı durumlarda, mümkün olduğu kadar normale yakın şekilde dokuların yerine konulması ve hastalık veya travma kaynaklı hasarın azaltılıp düzeltilmesidir (Atasever ve Demiralp, 2015).

Rehabilitate edici hizmetler genellikle plastik cerrahi rekonstrüksiyonları, konuşma kısıtlılıkları, yutma güçlükleri gibi sorunları kapsamaktadır (Vargas ve Arevalo, 2009). Hastalık veya travma kaynaklı hasarın fiziksel olarak düzeltilmesi tıbbi rehabilitasyon olarak ele alınmaktadır. Bu hasara sahip bireylerin iletişim kurma, uyum sağlama, kaygı duyma gibi problemler yaşamadan, herhangi birine bağımlı olmadan, normal yaşamlarını sürdürmelerine yönelik çalışmalar ise sosyal rehabilitasyon olarak değerlendirilmektedir. Dudak-damak yarıkları, kurt ağzı, tavşan dudak gibi bozuklukların düzeltilmesine yönelik sunulan hizmetler ve travma sonucunda meydana gelen büyük doku kaybının tedavisine yönelik çene-yüz protezleri rehabilitate edici hizmetlere örnek olarak gösterilmektedir (Ekici, 2013).

1.3.4. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Diş hekimliği hizmetlerinin geliştirilmesi; ağız ve diş sağlığının daha da iyileştirilmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik sunulan hizmetlerdir (Ekici, 2013). Yönetilebilir risk faktörlerinden kaçınan sağlıklı yaşam tarzının bir parçası olarak uygun bireysel ağız ve diş sağlığının önemi konusunda toplumun farkındalığını artırmak gerekmektedir (Herrera vd., 2018). Risk faktörlerinin belirlenmesiyle birlikte bu faktörlere bağlı olarak alınacak tedbirlerin bireyselleştirilmesine imkân verilmektedir (Hamroeva, 2021).

Bireylerin kişisel alışkanlıkları ve yaşam tarzları, ağız ve diş sağlığının iyileştirilmesinde oldukça etkili olmaktadır (Ekici, 2013). Diş hekiminin rutin olarak ziyaret edilmesi, hekim tavsiyelerinin uygulanması, sağlıklı beslenme ve düzenli diş fırçalama alışkanlığının kazanılması, alkol ve tütün kullanımından kaçınılması ağız ve diş sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Ekici, 2013; Hamroeva,

2021). Birey ne kadar riskten kaçınıyorsa, o kadar ağız ve diş sağlığını iyileştirmeye yönelik sağlık yatırımları yapma eğilimi göstermektedir (Andås ve Hakeberg, 2014).

1.4. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Sunumu

Birçok farklı ülkede farklı özellikler ve talep yapılarıyla birlikte hem kamu hem de özel sağlık kurumları bir arada hizmet sunmaktadır (Teymourifar vd., 2021). Kamu ve özel sağlık kurumları arasındaki temel farklılıklar mülkiyet, finansman ve kontrol mekanizması olarak ifade edilmektedir. Özel sağlık kurumlarının mülkiyeti hissedarlara aitken, kamu sağlık kurumları kolektif olarak kamu topluluğuna aittir. Kamu sağlık kurumlarının aksine özel sağlık kurumları vergi mükellefleri tarafından değil, doğrudan sağlık hizmeti alıcıları tarafından yapılan ödemelerle finanse edilmektedir. Özel sağlık kurumları ağırlıklı olarak piyasa güçleri tarafından yönlendirilmekte ve kamu kurumlarına göre siyasi otorite tarafından daha az kontrol edilmektedir. Kamuda ise tersi bir durum söz konusudur (Boyne, 2002; Hvidman ve Andersen, 2014).

Türkiye’de diş hekimliği hizmetleri Sağlık Bakanlığına, üniversitelere ve özel sektöre bağlı sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları ağız-diş sağlığı eğitim ve araştırma hastaneleri, ağız-diş sağlığı hastaneleri, ağız-diş sağlığı merkezleri, diş tedavi ve protez merkezleri, ağız diş sağlığı poliklinikleri ve toplum sağlığı merkezleri olarak; üniversitelere bağlı sağlık kurumları diş hekimliği eğitim hastaneleri, diş hekimliği eğitim hastanelerinin semt poliklinikleri ve üniversite hastanelerinin ağız-diş sağlığı poliklinikleri olarak; özel sektöre bağlı sağlık kurumları ise özel ağız-diş sağlığı merkezleri, özel ağız-diş sağlığı poliklinikleri, müşterek muayenehaneler, muayenehaneler ve özel sağlık tesislerindeki ağız diş sağlığı poliklinikleri olarak sıralanmaktadır (Atasever ve Demiralp, 2015).

Diş hekimliği hizmetlerinin bu kurumlarda başarılı bir şekilde sunulabilmesi için yeterli düzeyde alt yapı, donanım ve diğer ihtiyaç malzemeleri gerekmektedir (Sargutan, 2005). Türkiye’de 2021 verilerine göre, Sağlık Bakanlığına bağlı toplam 955 kurum ve 10.067 ünit, Üniversiteler bağlı toplam 72 kurum ve 6.408 ünit, özel sektöre bağlı toplam 3.382 kurum ve 14.310 ünit bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve ünit sayısı ile özel sektöre bağlı kurum ve ünit sayısı karşılaştırıldığında, özel sektörün sayıca üstün olduğu görülmektedir. Tablo 2’de sektörlere göre diş hekimliği hizmeti veren kurum ve kuruluşların dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 2*Sektörlere Göre Diş Hekimliği Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar*

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit	Kurum	Ünit
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	133	4.485	-	-	103	1.076	236	5.561
Diş Hastanesi	28	2.003	-	-	3	82	31	2.085
Diş Eğitim Hastanesi	6	536	60	6.317	-	-	66	6.853
Diş Polikliniği (Hastane)	788	3.043	12	91	209	503	1.009	3.637
Diş Polikliniği	-	-	-	-	3.067	12.649	3.067	12.649
Toplam	955	10.067	72	6.408	3.382	14.310	4.409	30.785

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2021)

Türkiye’de, kamu sektörünün sınırlı hizmet sunumuna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün rolü giderek artmaktadır (Şentürk vd., 2011). Bu eğilimin nedeni olarak kamu hizmetlerinin yönetilmesi, hizmet sunumunun verimsiz algılanması ve bireysel seçimlerin desteklenmesi gösterilmektedir (Leake ve Birch, 2008). Bireyler kendi istek ve ihtiyaçları doğrultusunda kamu veya özel sağlık kurumlarından hizmet almayı tercih edebilmektedir. Sağlık hizmetleri için özel sektörü tercih eden bireylerin daha iyi hizmet kalitesine ulaşabilmesi için çoğunlukla birkaç farklı seçeneği bulunmaktadır. Ancak bu durum kamu sektöründe her zaman geçerli değildir (Black vd., 2001). Kamu sağlık kurumları genellikle kapasitesinin üzerinde yoğun taleple karşılaşmaktadır. Bu durum hizmetlerinin kalitesinin ve hasta memnuniyetinin düşmesine yol açmaktadır. Diğer taraftan, özel sağlık kurumları genel olarak kamu sağlık kurumlarına göre daha kısa bekleme süreleri ile daha kaliteli hizmet sunmanın yanı sıra genel olarak daha pahalıdır (Teymourifar vd., 2021).

Sağlık sistemleri; hekimler, hemşireler, tıpla ilgili diğer personel ve yöneticiler gibi çeşitli meslekler tarafından desteklenen farklı alt gruplardan oluşmaktadır (Hunter, 1996). Kamu veya özel fark etmeksizin tüm sağlık sektöründe toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamı sağlık insan gücünü ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu, 2014). Her bireyin ihtiyacı olduğu zaman sağlık hizmetlerine erişebilmesi için, sağlık hizmetleri üretiminde başta hekim olmak üzere

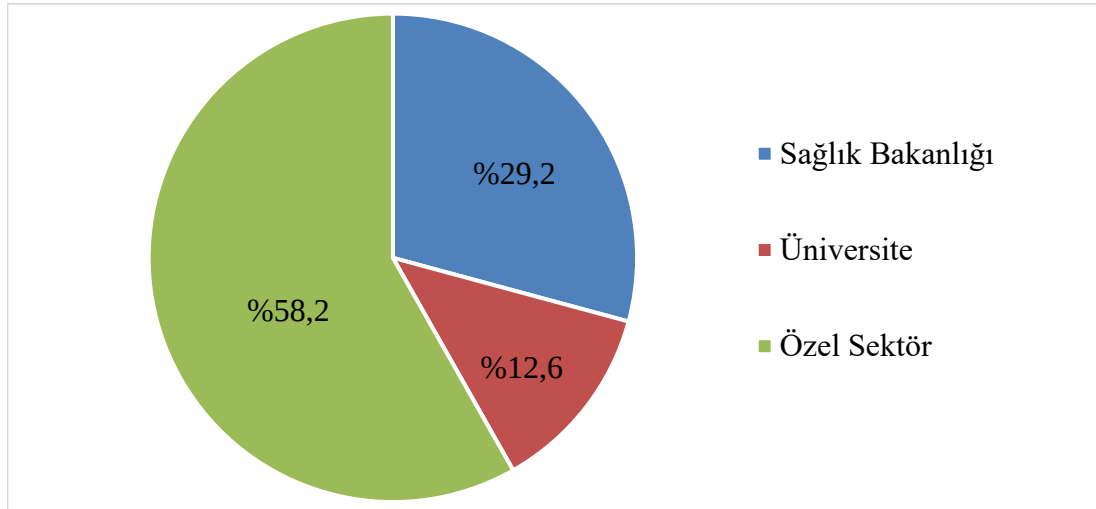
yeterli nicelik ve nitelikte sağlık insan gúcüne ihtiyaç duyulmaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu, 2014; Sargutan, 2005). Diş hekimliği hizmetleri bahsi geçen sağlık kurumlarında; diş hekimi veya uzman diş hekimi ve hemşire, diş protez teknikeri, ağız-diş sağlığı teknikeri, tıbbî görüntüleme teknisyeni/teknikeri, destek personeli gibi yardımcı personel tarafından sunulmaktadır (Atasever ve Örnek, 2018).

Diş hekimi; diş hekimliği ve uzmanlık eğitimi süresince kazandığı bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri almakta; tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapmakta ve olası komplikasyonları önlemek için çalışmaktadır. Meydana gelen komplikasyonlarda da uygun müdahaleyi yapmakta ve/veya sevk etmektedir (Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014).

Türkiye’de 2021 verilerine göre; uzman diş hekimi sayısı 6.539, diş hekimi sayısı 30.731 ve asistan diş hekimi sayısı 2.581 olmak üzere toplam diş hekimi sayısı 39.851 olarak belirlenmiştir. Diş hekimlerinin 11.635 (%29,2)’si Sağlık Bakanlığına; 5.038 (%12,6)’sı üniversiteye; 23.178 (%58,2)’si ise özel sektöre bağlı kurumlarda hizmet vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Şekil 2’de sektörlere göre diş hekimi sayısının dağılımı gösterilmektedir. Bu istatistikler doğrultusunda diş hekimlerinin ağırlıklı olarak özel sektörde hizmet verdiği görülmektedir.

Şekil 2

Sektörlere Göre Diş Hekimi Sayısının Dağılımı



Hekimler ve diş hekimleri hastaların birincil sorumluluğunu üstlense de sağlığın sürdürülmesi ve bakımına yönelik sorumluluk diğer yardımcı sağlık personeliyle de

paylaşılmaktadır. Bu nedenle hizmet sunumuna katkı sağlayan herkesin katkılarının tanınması ve saygı gösterilmesi gerekmektedir (Fenninger, 1969). Diş hekimliği hizmetlerinin sunumunda yardımcı personelin görev tanımları ise şu şekildedir. Hemşire; hekim tarafından hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, bakım verme, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim, danışmanlık, araştırma, yönetim, kalite geliştirme, iş birliği yapma ve iletişimi sağlama rollerini üstlenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Diş protez teknikeri; diş hekiminin aldığı ölçü doğrultusunda çene ve yüz protezlerini ve ortodontik cihazları yapmakta ve onarmaktadır. Ağız-diş sağlığı teknikeri; hastanın muayenesi sırasında tedavi malzemelerinin hazırlanması ve kullanıma hazır hale getirilmesini sağlayarak diş hekimine yardım etmektedir. Tıbbî görüntüleme teknisyeni/teknikeri; tıbbî görüntüleme yöntemleri ile görüntü elde etmekte ve kullanıma hazır hâle getirmektedir. Destek personeli; temizlik, güvenlik, yemek, bilgi işlem gibi destek hizmetlerini sağlayan personeli ifade etmektedir (Atasever ve Örnek, 2018).

1.5. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Finansmanı

Finansman; birey veya kurumların faydalanabileceği para, fon veya sermayenin sağlanmasını ifade etmektedir (Aydın vd., 2015). Sağlık sektöründe ise makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanında ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içerirken; mikro düzeyde finansman, her düzeydeki sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içermektedir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001).

Finansman, sağlık sektörünün temel fonksiyonlarından ve ülkedeki sağlık yapılanmasını belirleyen temel öğelerden biridir (Korucu ve Oksay, 2018). Daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak, ileri teknolojik cihazları satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek maliyetli olmakta ve bu maliyetin birileri tarafından karşılanması gerekmektedir (Evans ve Etienne, 2010; Korucu ve Oksay, 2018). Bunun için de finansman kaynağı sağlamak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile tüm bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunmak amaçlanmaktadır (Korucu ve Oksay, 2018). Finansman sağlanırken adaletli olmak, kaynakları etkin ve verimli bir

şekilde kullanmak gerekmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010). Bu, yüksek maliyet gerektiren sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda, yeterli kalitede sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması, maliyetlerin sağlık hizmet kullanımını sınırlandırma ve yoksullaştırma riskine karşı koruma sağlanması anlamına gelmektedir (Kutzin, 2000).

Sağlık hizmetlerinin finansmanda birbiriyle ilişkili üç önemli işlev bulunmaktadır. Bu işlevler; sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli fonun toplanması, ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması ve fonların gerekli sağlık hizmetinin satın alınması veya sunulması için uygun şekilde hizmet sunucularına ödeme yapılması olarak sıralanmaktadır (Atasever, 2014). Fon toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme yapma işlevleri alt başlıklarda detaylıca açıklanmaktadır.

1.5.1. Fon Toplama

Fon toplama; kimden, ne kadar, hangi yöntemle gelir sağlanacağını ve geliri kimin tahsil edeceğini kapsayan bir süreci ifade etmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Fonlar genel olarak hane halkından, işletmelerden, hükümetlerden ve bağış kurumlarından elde edilmektedir (Murray ve Frenk, 2000). Vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, krediler, hibeler ve bağışlar yoluyla fonlar toplanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002). Fonların toplanma şekli finansman yöntemleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, yalnızca hizmet sunucularına ödeme yapılmasını değil; aynı zamanda, hizmet maliyetlerini karşılamak için hizmet sunucularına ödemenin ulaştırılma şeklini de ifade etmektedir. Farklı teşvikler, farklı finansman yöntemlerini takip etmektedir (Aas, 1995). Hükümetler, sosyal güvenlik kurumları, kâr amaçlı olan veya kâr amaçlı olmayan özel sigorta şirketleri aracılığıyla bahsi geçen finansman yöntemleri kullanılarak, sağlık hizmeti sunumunun etkin, sürdürülebilir ve erişilebilir olmasını sağlamak üzere tahsilat gerçekleştirilmektedir (Korucu ve Oksay, 2018).

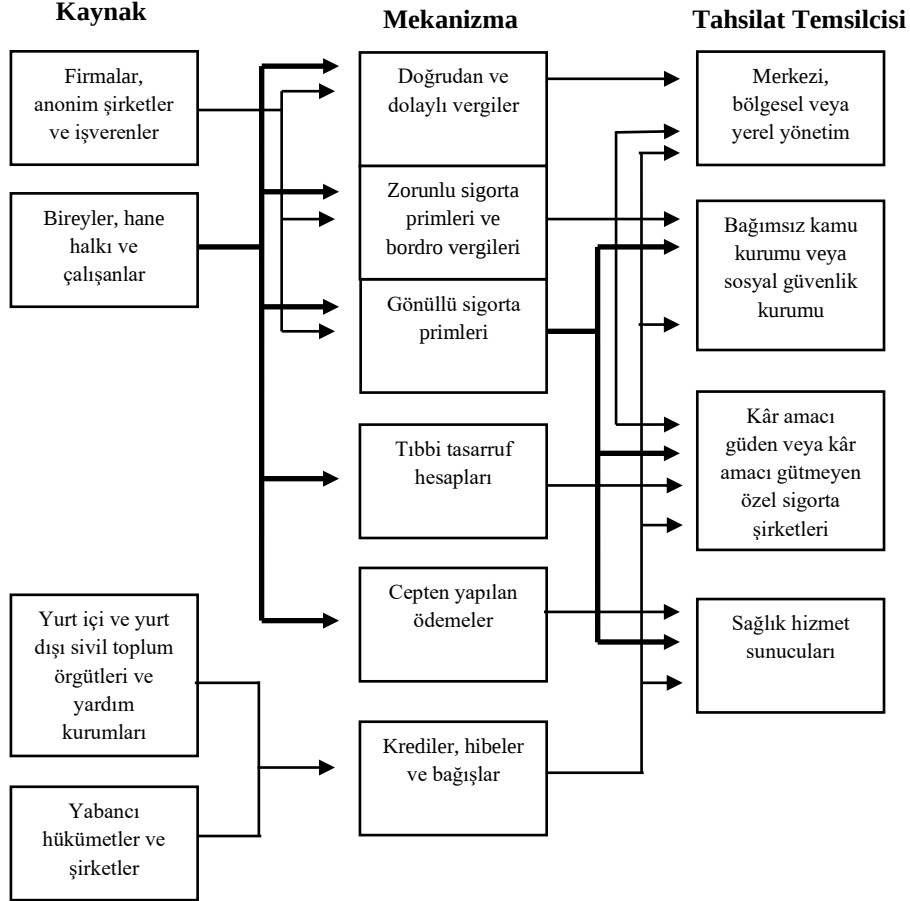
1.5.1.1. Finansman Yöntemleri

Ülkelerin sağlık hizmetleri için harcama yapması gerektiği konusunda hemen hemen herkes hemfikir olmakla birlikte (Atasever, 2014); kaynakların yetersiz olması nedeniyle çeşitli finansman yöntemlerinin kullanılması gerekmektedir (Korucu ve Oksay, 2018). Finansman yöntemleri genel olarak; vergilerle finansman, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı, cepten ödeme, kredi, hibe ve bağış olmak üzere altı

başlık altında ele alındığı görülmektedir. Şekil 3'te hangi finansman kaynağından, hangi mekanizma aracılığıyla hangi tahsilat temsilcisinde fonların toplandığı gösterilmektedir.

Şekil 3

Finansman Kaynakları, Katkı Mekanizmaları ve Tahsilat Temsilcileri



Kaynak: Mossialos ve Dixon (2002)

Vergilerle finansman; bireylerin gelir vergileri, satın almalar, mülk, sermaye kazançları ve çeşitli diğer faaliyetler sonucunda sağlık hizmetlerinin sunumuna katkıda bulunulması olarak tanımlanmaktadır (Savodoff, 2004). Vergilendirme heterojendir; doğrudan veya dolaylı olmak üzere farklı kaynaklar, ulusal veya yerel olmak üzere farklı düzeyler ve genel veya varsayılan olmak üzere farklı vergilendirme türleri mevcuttur. Her tür verginin eşitlik ve verimlilik açısından farklı etkileri bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002). Bir kamu veya özel sigorta bağlılığına dayanan sistemlerin aksine, bu sistem sağlık durumu, geliri veya mesleği ne olursa olsun herkesten fon tahsis etmekte ve herkesin sağlık hizmetine erişimini desteklemektedir. Böylece katkıda bulunan nüfusun, sağlık risklerini paylaşmasına olanak tanımaktadır. Diğer bazı sistemlerde görülen ters seçim (sigortanın daha yüksek riskli bireyleri çekme eğilimi göstermesi) ve risk seçimi

(sigortacıların ortalamanın altında sağlık riski taşıyan bireyleri seçmesi) gibi sorunların önüne geçmektedir (Savvedoff, 2004).

Sosyal sağlık sigortası; bir yandan üye olan bireylerin sağlık risklerini, diğer yandan hane halkının, işletmelerin ve devletin katkılarını bir havuzda toplamaktadır. Hane halkından ve işletmelerden gelen katkılar genellikle gelire; devletten gelen katkılar ise genellikle genel vergilere dayanmaktadır (Carrin, 2002). Sosyal sağlık sigortası primleri, tek bir ulusal sağlık sigortası veya tek bir sosyal sigorta kurumu tarafından toplanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002). Sosyal sağlık sigortası, gelir veya sosyal statüden bağımsız olarak herkesin temel sağlık hizmetlerine erişim sağladığı evrensel kapsama ulaşma hedefine yanıt vermektedir. Bu bağlamda bireyin sağlık hizmeti maliyetini karşıladığı cepten ödeme veya doğrudan ödemeden farklılık göstermektedir. Sosyal sağlık sigortası, bireylerin sağlık risklerini paylaşması ve katkılarının birleştirilmesi açısından vergilerle finansmana benzerlik göstermekle birlikte; bireylerin sosyal sağlık sigortası için doğrudan katkıda bulunurken vergilerle finansmanda dolaylı katkıda bulunması açısından farklılık göstermektedir (Carrin, 2002).

Özel sağlık sigortası; kâr amaçlı olan veya kâr amaçlı olmayan ticari bir sigorta olarak nitelendirilmektedir (Sekhri ve Savvedoff, 2004). Özel sağlık sigortası ikame ve tamamlayıcı sigortalar olarak ayrılmaktadır. İkame sigorta, sosyal sağlık sigortasına alternatif bir seçenek olarak görülmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Doğrudan birey tarafından sağlık hizmet maliyetlerinin tamamının karşılanması amacıyla özel sağlık sigortasının risk havuzuna fon aktarılmaktadır. Tamamlayıcı kapsamda ise, özel sigorta kamu tarafından finanse edilen kapsamı tamamlamakta ve ülkenin kamu kapsamındaki belirli boşlukları ele alan sınırlı sayıda sağlık hizmetini içermektedir. Özel sağlık sigortası, kamu finansmanından farklı olarak zorunlu değil, gönüllülük esaslıdır. Ancak uygulamada bazı ülkelerde özel sağlık sigortasının zorunlu tutulması veya kamu sigortasının gönüllülüğe bağlı olması gibi istisnai durumların olduğu bilinmektedir. Ayrıca kamu sigortası primleri gelire ilgili olma eğilimi gösterirken, özel sigorta primleri risk dereceli veya topluluk dereceli olma eğilimi göstermektedir (Sekhri ve Savvedoff, 2004). Bunun yanı sıra, sağlık hizmeti kullanımına daha fazla ihtiyaç duyan bireyler nüfusun geri kalanına kıyasla daha fazla özel sağlık sigortası kullanma ve daha fazla maliyetli olma eğilimi göstermektedir. Böylece özel sağlık sigortalarında ters seçim sorunu meydana gelmektedir (Kutzin, 2000).

Tıbbi tasarruf hesabı; bireylerin herhangi bir zamanda karşılaşılabilecekleri sağlık riskine karşı önlem amacıyla, bireysel banka hesaplarına para yatırımları gereken veya para yatırımları için teşvik edilen hesaplardır. Bireyler tıbbi tasarruf hesaplarındaki parayı yalnızca tıbbi harcamalar için kullanmaktadır. Harcamalar hekim, hastane veya eczacı gibi hizmet sağlayıcılarına yönelik olarak yapılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesapları genellikle ek bir finansman yöntemiyle birlikte kullanımı gerektirmektedir. Aksi takdirde bu yöntemde havuzlama olmadığından risk koruması sağlamamakta ve ağır sonuçlara neden olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Cepten ödeme; sağlık sigortasının finanse etmediği veya kısmen finanse ettiği sağlık hizmetlerinin, kullanıcı bireyler tarafından doğrudan cepten ödenmesidir (Kutzin, 2000). Doğrudan ödeme, kullanıcı katkıları ve informal ödeme dahil olmak üzere doğrudan tüketici tarafından karşılanan tüm sağlık hizmeti maliyetlerini içermektedir. Doğrudan ödeme, herhangi bir sigorta kapsamında olmayan veya tedarik eksikliği ve uzun bekleme süreleri gibi nedenlerle erişimin sınırlı olduğu sağlık hizmetlerinin tamamen özel olarak satın alınmasıdır. Bu ödemeler genellikle özel sektöre yapılmaktadır. Bireylerin reçetesiz veya liste dışı ilaçlar için eczacılara, özel randevular veya özel tedaviler için hekimlere, dış hekimlerine veya hastanelere, testler için laboratuvarlara veya kliniklere doğrudan ödeme yapması gerekmektedir. Kullanıcı katkıları, sigorta kapsamında olan ancak tamamen karşılanamayan sağlık hizmetleri için kullanıcıların katkı sağlamasıdır. Resmi olmayan ödeme ise, sağlık hizmet kullanımının tamamının finanse edilmesi gerekirken, resmi olarak onaylanmamasına karşın ek ödeme talep edilmesidir. Informal ödeme, personele tedavi öncesi sağlık hizmet güvencesini sağlamak için zarf içinde ödeme yapılmasından, hizmet sunumu için hediye verilmesine kadar değişiklik göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Düşük ve orta gelirli ülkeler, nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini sağlayabilmek amacıyla sivil toplum kurumları tarafından hibe ve bağış kabul edilmekte; bankalardan kredi alınmaktadır. Birçok düşük gelirli ülke, sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda büyük ölçüde dış yardımlara güvenmektedir. Ancak bu yardımların devlet aracılığıyla aktarılması gerekmektedir. Aksi takdirde uygunluk, koordinasyon ve güvenle ilgili sorunlar meydana gelebilmektedir. Kredi, hibe veya bağışların sağlık sektöründeki net harcamaları artırıp artırmadığı veya devlet katkılarının yerini alıp almadığı bilinmemektedir. Yerli veya yabancı, kamu veya özel kaynaklar fark etmeksizin alınan

kredilerin ödenmesi gerekmekte; gelecek nesiller için önemli bir yük oluşturmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002).

1.5.2. Fon Havuzlama

Fon havuzlaması; belirli bir nüfusun ortak yararı adına sağlık gelirlerinin birikmesini ifade etmektedir (Kutzin, 2000; Murray ve Frenk, 2000). Bireysel olarak önceden hesaplanamayan büyük çaplı riskler, çok sayıda birey üzerinden havuzlandığında önceden hesaplanabilir hale gelmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010). Fon havuzlamasıyla birlikte, havuzdaki finansal kaynaklar artık katkıda bulunana bağlı olmaktan çıkıp katkıda bulunan tüm herkesin finansal riski paylaştığı anlamına gelmektedir (Murray ve Frenk, 2000). Böylece sağlık hizmetlerine olan talep desteklenmekte, fon akışı garantilenmekte, belirsizlik azaltılmakta ve yeni yatırımlara yönelme teşvik edilmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010). Tıbbi tasarruf hesapları ve özel sağlık sigortaları gibi bazı finansman yöntemleri, finansal riskleri katkıda bulunanlar arasında paylaşmadığından, fon havuzlama fon toplamadan farklılık göstermektedir (Murray ve Frenk, 2000).

1.5.3. Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma

Hizmet sunucularına ödeme yapma; fon havuzlarında toplanan gelirlerin sağlık hizmetlerinin kullanımı karşılığında hizmet sunucularına tahsis edildiği süreci ifade etmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010; Murray ve Frenk, 2000). Genellikle fon havuzlama ve ödeme yapma aynı kurum tarafından sağlamakta ve kimin adına ödeme yapılacağı belli olmaktadır (Kutzin, 2000; İstanbuluoğlu vd., 2010). Sağlık kurumlarının amaçlarının, mali yapılarının ve sağlık hizmeti niteliğinin göz önünde bulundurularak, sağlık hizmetinin sunum maliyetleri ile hizmet sunucularının aldığı karşılığı dengeleyebilecek geri ödeme yöntemlerinin uygulamaya konulması, sağlık kurumlarının ve hizmet sunucularının finansal olarak ayakta kalabilmeleri ve faaliyetlerine devam edebilmeleri açısından sağlık hizmeti finansmanının vazgeçilmez bir parçasıdır (Arık ve İleri, 2016).

1.5.3.1. Ödeme Yöntemleri

Ödeme yöntemleri satın alınan hizmetlerin birimlerine göre; hizmet başına, kişi başına, gün başına, vaka başına veya global bütçe şeklinde sınıflandırılmaktadır (Waters ve Hussey, 2004). Ödeme yöntemlerinin en belirgin özelliği; hastalığın teşhisi, hizmetin sunum şekli ve niceliği, reçeteye yazılan ilaçların miktarı ve türleri, hastanın sağlık

kurumunda yatış süresi, hekimin tetkik ve tahlil isteme sıklığı gibi konularda hizmet sunucularının davranışlarını etkileme becerisidir (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Hizmet başına ödeme; sunduğu her sağlık hizmeti için hizmet sunucusuna ödeme yapılmasını ifade etmektedir. Her bir hizmet sunumu için bir fiyat belirlenmekte; belirlenen fiyat üzerinden sunulan hizmet fatura edilmektedir. Faturalar doğrultusunda geri ödeyici kurumundaki kurum poliçe kapsamında hizmet sunucusuna gerekli ödemeyi sağlamaktadır (Casto ve Layman, 2013; Top ve Tarcan, 2007). Muayene ve konsültasyon için hekime, bir ilaç paketi başına veya ilaç türüne göre eczacıya, özel ve yataklı tedavi hizmetleri için hastaneye ödeme sağlanması gerekmektedir. Hizmet başına ödeme en yaygın kullanılan geri ödeme yöntemidir (Normand ve Weber, 1994). Hizmet başına ödeme esasına göre geri ödeme yapan sağlık sigortasına sahip bireyler, hekim seçimi ve tedavi koşulları konusunda esnekliğe sahip olmaktadır. Ancak bu durum beraberinde sağlık sigortası planlarının ve geri ödeme maliyetlerinin belirsizliğini de getirmektedir (Casto ve Layman, 2013).

Kişi başı ödeme; sigortalı bireyler için belirlenmiş sabit bir miktarın, hizmet sunucularına belirli bir süre zarfında kullanacağı tüm hizmetlerin maliyetlerini karşılamak için ödenmesidir (Barnum vd., 1995; Normand ve Weber, 1994). Her bir hastaya sunulan sağlık hizmetlerin yoğunluğunun veya hacminin ödeme üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Daha fazla hizmet sunumu ödemeyi artırmaz veya daha az hizmet sunumu ödemeyi azaltmaz. Böylece bu yöntem, sigortanın ödeyeceği net maliyet miktarın belli olmasını ve hizmet sunucularının garantili bir müşteri tabanının oluşmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte, bireylerin hizmet kullanım miktarı, karmaşıklığı ve maliyeti bilinmediğinden hizmet sunucuları için bir belirsizlik söz konusudur (Casto ve Layman, 2013). Bazı sigortalılar, belirlenen süre zarfında sağlık hizmetlerinden hiç yararlanmadığından veya oldukça az yararlandığından hizmet sunucularının kâr etmesine; bazı sigortalılar da, kişi başı ödemesini aşan hizmet kullandığından maliyetlerin artış göstermesine neden olmaktadır. Ayrıca rekabeti ve kaliteli hizmeti teşvik etmek amacıyla, sigortalının hizmet sunucusunu düzenli olarak değiştirme hakkı bulunmaktadır. Tek veya az sayıda birlikte çalışan hekimler için bu yöntem uygun değildir (Normand ve Weber, 1994).

Gün başına ödeme; üçüncü taraf ödeyicinin, sigortalı bireyin sağlık kurumunda geçirdiği her gün için hizmet sunucusuna sabit bir ödeme yapmasıdır. Genel olarak, yataklı tedavi hizmeti sunan sağlık kurumları için hizmet sunucularına ödeme yapmada kullanılan bir

yöntemdir (Casto ve Layman, 2013). Her bir hasta için günlük tıbbi tedavi, ilaç, bandaj, protez, konaklama gibi tüm gider ve hizmetleri kapsamaktadır (Normand ve Weber, 1994). Üçüncü taraf ödeyiciler tarafından, geçmiş veriler doğrultusunda ödeme miktarı belirlenmektedir. Geçmiş verilere ulaşılamadığında ise, üçüncü taraf ödeyiciler ve hizmet sunucuları ödeme miktarını belirlemek için hastaların hastalık şiddeti, maliyetler, kalış süreleri ve hizmet hacimleri gibi birkaç faktörü göz önünde bulundurmaktadır. Bu yöntem, hizmet sunucularının yataklı hasta kabul sayısını artırmaya, kalış sürelerini uzatmaya veya her ikisini birden yapmaya teşvik ettiği iddiasıyla eleştirilmektedir (Casto ve Layman, 2013).

Vaka başına ödeme; tek bir tedavi hizmetinden ziyade tek bir vakaya dayanmaktadır. (Normand ve Weber, 1994). Vaka başına ödeme kapsamında, hizmet sunucusuna her bir vaka için gerekli tüm hizmetleri kapsayan önceden belirlenmiş sabit bir miktar ödenmektedir (Barnum vd., 1995; Normand ve Weber, 1994; Top ve Tarcan, 2007). Sağlık hizmetlerini homojen olan farklı vaka kategorilerinde bir araya getirerek, kategori başına sabit bir miktarı karşılama temeline dayanmaktadır (Barnum vd., 1995). Tedavi ödemeden daha maliyetliyse, hizmet sunucusu zarar etmekte; daha ucuzsa, hizmet sunucusu kâr etmektedir (Normand ve Weber, 1994). Vaka başına ödeme, hizmet sunumunun daha verimli bir şekilde gerçekleştirilmesi için teşvik etmektedir (Barnum vd., 1995). Bu yöntem aile hekimleri, uzman hekimler, diş hekimleri, fizyoterapistler, hastaneler gibi farklı vakalarla ilgili hizmet sunanlar için kullanılabilir. Eczaneler gibi tek ürün kalemleri satan birimler için uygun değildir (Normand ve Weber, 1994).

Global bütçe; belirli bir dönemde karşılanan sağlık hizmetleri için birden çok hizmet sunucusuna önceden belirlenmiş miktarın toplu şekilde ödenmesidir (Barnum vd., 1995; Casto ve Layman, 2013; Normand ve Weber, 1994). Bu yöntemle hekimlere ve sağlık kurumlarına ödeme sağlanabilmektedir (Normand ve Weber, 1994). Ödeme miktarı, daha önce yapılan ödemeler üzerinden enflasyon faktörü de hesaplanarak belirlenmektedir (Waters ve Hussey, 2004). Yüksek hacimli, karmaşık veya pahalı hizmetler için ek ödeme yapılmamakta, sabit miktarda karşılanmaktadır (Casto ve Layman, 2013). Hem hizmet sunucuları hem de üçüncü taraf ödeyiciler risk taşımaktadır. Hizmet sunucuları maliyetlerin bütçeden daha yüksek olma riskini üstlenirken; üçüncü taraf ödeyiciler de gerçek maliyetlerin bütçeden daha düşük çıkma riskini üstlenmektedir (Normand ve Weber, 1994). Bu ödeme yönteminde ödeme miktarının, sağlık hizmetlerinin gerçek

maliyetlerinden farklı olması, sağlık hizmet sunumunun yetersiz kalmasına neden olabilmektedir (Waters ve Hussey, 2004).

1.5.4. Türkiye’de Mevcut Durum

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir yandan kamusal diğer yandan özel finansman kaynakları birlikte kullanılmakta; sağlık hizmetleri vergiler, sosyal güvenlik primleri, özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan ödemelerle karşılanmaktadır (Atasever, 2014).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında en kapsayıcı ve en aktif rol oynayan kurum Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’dur. Nüfusun sağlık ihtiyaçları büyük ölçüde SGK tarafından Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetleri ile karşılanmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014). SGK sağlık hizmet sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerinin bir karşılığı olarak geri ödeme sağlamaktadır (Arık ve İleri, 2016). SGK, sağlık hizmetlerinin satın alınmasında Sağlık Uygulama Tebliğini (SUT) temel almaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014). SUT’nin amacı, sağlık bakımı SGK tarafından karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan bireylerin kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen SGK tarafından ödenecek bedellerin bildirilmesidir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2013). SUT’nde hem SGK tarafından geri ödeme kapsamına alınan hizmet ve işlemler hem de her bir hizmet ve işlemin fiyatları sıralanmaktadır. Ayrıca, hangi sağlık kurumundan alınan hangi sağlık hizmetinin nasıl bir yöntemle geri ödeneceği alınan sağlık hizmetinin aciliyetine, türüne ve sağlık kurumunun özelliğine göre farklılık göstermektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Diş hekimliği hizmetlerinde hizmet maliyeti SUT tarafından yıllık olarak belirlenmekte; özel sektör için de Sağlık Bakanlığı onayı ile Türkiye Diş Hekimleri Birliği (TDB) tarafından bir asgari ücret skalası geliştirilmektedir. Sunulan hizmetler büyük ölçüde vergiler, sosyal güvenlik primleri, özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan ödemelerle tarafından finanse edilmektedir. SGK yardım paketi her iki sektördeki hizmetleri de kapsamaktadır; ancak özel sektörde bireylerin cepten ödeme yaparak karşılaması gereken belirli kısıtlamalar bulunmaktadır. Özel diş hekimleri tarafından verilen hizmetler yalnızca SUT’de açıkça belirtilen bazı koşulların sağlanması durumunda Genel Sağlık Sigortası (GSS) tarafından karşılanmaktadır. Bu durumda geri ödeme fiyatı, aynı hizmet

için kamu sağlık sektöründe belirlenen fiyattır. Hem diş hekimi hem de uzman diş hekimi, hizmet başına ödeme esasına göre ücret almaktadır. Sadece kamuya ait tesislerde çalışan diş hekimlerinin hizmetleri SGK tarafından karşılanmakta; bu diş hekimlerine maaş ve bir tesisin döner sermayesi ödenmektedir (Tatar vd., 2011).

SSK, Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve yeşil kartın SGK çatısı altında toplanmasıyla birlikte nüfusun kamu sağlık sektöründe diş hekimliği hizmetlerine erişimindeki engeller büyük ölçüde kaldırılmıştır. Yeşil kartlı bireylerin, ayakta tedavi ve ayakta tedavi kapsamında görecekleri muayene, tetkik, tahlil, diş çekimi, diş kanal ve dolgu tedavisi, diş protezi ve ilaç bedelleri, devlet tarafından karşılanmaktadır. Özel sektörde ise, diş hekimliği hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde cepten harcamalarla sağlanmaktadır. Cepten harcamaların en önemli kalemini ise diş hekimliği muayeneleri ve protez yapım hizmetleri ile sosyal güvenlik kapsamında prim ödeyen vatandaşların muayenene ve protez katılım paylarını oluşturmaktadır. Yeşil kartlı olarak bilinen prim ödeme gücü olmadığından sağlık sigorta primleri devlet tarafından karşılanan vatandaşlar dahi bu katılım paylarından muaf değildir (Atasever ve Demiralp, 2015).

Türkiye’de hizmet sunumu ve hizmetin finansmanı açısından bakıldığında diş hekimliği hizmetleri, kamu kaynaklarıyla birlikte özel hizmet sunucularının ve cepten harcamaların yoğunlukta olduğu hizmetlerin başında gelmektedir (Çam ve Kumru, 2020). Nüfusun yaşlanması ve diş bakımına olan talebin artmasıyla birlikte diş hekimliği hizmetleri, artan finansal maliyet ve azalan kamu fonları ile karşı karşıya kalmaktadır (MacEntee vd. 2012).

1.6. Diş Hekimliği Hizmetlerinin Ekonomik Boyutu

Dünya nüfusunun büyük bir kısmı, yaşamlarının bazı dönemlerinde ağız ve diş hastalıklarına maruz kalmaktadır (Jin vd., 2016). Dünyanın her yerinde birçok birey, özellikle de en yoksul olanlar, çürük ve periodontal hastalıklar gibi ağız problemlerinden etkilenmeye devam etmektedir (Spanemberg vd., 2019). Ağız ve diş hastalıkları, büyük bir hastalık yükü ve sosyoekonomik etkileri olan sessiz bir küresel salgın olarak değerlendirilmektedir (Herrera vd., 2018).

Ağız ve diş hastalıklarının yükü diş çürüğü, periodontal hastalık, ağız kanseri, ağız enfeksiyonları ve gelişimsel anormaller üzerine yoğunlaşmaktadır. Dünya çapında en yaygın kronik hastalıklardan birisi diş çürükleri; en yaygın kanserlerden birisi ise ağız kanseridir (Williams, 2011). Bu hastalıkların meydana gelmesindeki en etkili faktörler

ağız ve diş sağlığı konusunda toplum bilincinin dünya çapında düşük düzeyde olması ve bu hastalıklardan etkilenen bireylerin büyük bir kısmının çeşitli kişisel, kültürel ve sosyoekonomik faktörler nedeniyle erken dönemde ağız sağlığı bakımına başlayamamasıdır (Herrera vd., 2018). Sosyoekonomik faktörler; bireyin çalıştığı, yaşadığı, yaşlandığı koşullar ve hastalık riskleri aracılığıyla ağız ve diş sağlığını etkilemektedir (Peres vd., 2019).

Ağız ve diş hastalıkları, bireylere önemli bir ekonomik yük getirmektedir (Peres vd., 2019; WHO, 2022b). Ekonomik yükler doğrudan maliyetler ve dolaylı maliyetler olarak ele alınmaktadır. Doğrudan maliyetler tedavi giderlerini ifade etmektedir (Peres vd., 2019). Diş hekimliği hizmetleri genellikle maliyeti yüksek olan hizmetler olmakla birlikte (Watt vd., 2018); birçok ülkede diş hekimliği hizmetleri hasta tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarıyla finanse edilmektedir (Şahin ve İlgün, 2018; Wright ve Dye, 2022). Diş hekimliği hizmetlerine yönelik cepten yapılan ödemeler, özellikle düşük gelirli gruplar için hizmete erişimde önemli engeller olabilmektedir (Şahin ve İlgün, 2018; WHO, 2022b). Düşük ve orta gelirli ülkelerde ve bazı yüksek gelirli ülkelerde, ağız ve diş hastalıklarının tedavisi toplumun geniş kesimleri için erişilemez durumdadır (Hescot vd., 2015). Diş hekimliği hizmetlerine olan talep, düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunda sağlık bakım sistemlerinin kapasitesinin üzerinde olmakta ve bazı yüksek gelirli ülkelerdeki birçok birey ağız bakımını uygun şekilde karşılayamamaktadır. Diş hekimliği hizmeti almak için ödeme yapmak, yoksullaşma ve ekonomik sıkıntı riskinin artmasına neden olmaktadır (WHO, 2022b). Düşük sosyoekonomik koşullar, çocuklar üzerinde yetişkinlik ve yaşlılık döneminde de devam edecek uzun süreli olumsuz etkilere sahiptir (Poulton vd., 2002). Buna karşın bireylerin birçoğu maliyetler nedeniyle ağız ve diş sağlığı bakımını ertelemektedir (Wright ve Dye, 2022). Ancak emekli olduktan sonra da bireylerin mali sıkıntı yaşayabilecekleri göz önüne alındığında, tedavi maliyeti bireyleri diş hekimine gitmekten caydırabilmektedir (Petersen ve Yamamoto, 2005). Sosyoekonomik durum ve sigorta kapsamı nedeniyle hizmet alımı için cepten harcamaların gerekliliği, dezavantajlı ve yetersiz hizmet alan nüfusun ağız ve diş hastalığı riskini yaşam boyu yükseltmektedir (Northridge vd., 2020). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, dezavantajlı ve yetersiz hizmet alan nüfusun, ağız hastalıklarının birikmiş yükü ve diş hekimliği hizmetlerinin maliyeti oldukça fazladır (Jin vd., 2016). Dolaylı maliyetler ise ağız ve diş hastalıklarının neden olduğu okul ve iş devamsızlığından kaynaklanan verimlilik kayıpları olarak ifade edilmektedir (Peres vd.,

2019). Dünya çapında her yıl ağız ve diş hastalıkları nedeniyle milyonlarca okul ve iş saatinin kaybedilmesi, bireylerin günlük yaşamları ve ekonomik kalkınmaları üzerinde büyük bir etki yaratmaktadır (Jin vd., 2016).

Diş hekimliği hizmetleri mikro düzeyde bireyleri etkilediğı gibi makro düzeyde de hükümetleri etkilemektedir. Diş hekimliği hizmetlerinin hükümetler üzerinde de ekonomik bir etkisi bulunmaktadır. Bu hizmetler iyi bir şekilde planlanıp yürütüldüğünde, uzun vadede maliyetleri azaltmaktadır. Ancak tersi bir durumda, hükümetler için sağlık harcamalarında önemli bir artışa yol açmaktadır (Şahin ve İlğün, 2018). Bu bağlamda ağız ve genel sağlığın yanı sıra sağlıklı yaşlanmayı da sağlamak için ana sorunları ve zorlukları belirlemek ve hastalıkla mücadele için yeni stratejiler aramak büyük önem arz etmektedir (Herrera vd., 2018). Ancak ağız ve diş hastalıkları sağlık politikasında nadiren öncelik olarak görülen, ihmal edilen bir konudur. Ağız sağlığı ve diş hekimliği mesleğı, sağlık politikası ve sağlık bakım sistemlerindeki ana akım gelişmelerden bir şekilde izole edilmiş ve marjinal hale gelmiştir (Peres vd., 2019).

Türkiye’de kamu diş hekimliğinin finansmanı için sınırlı kaynak ayrılmakta; ayrılan bütçenin tamamına yakını da tedavi amaçlı kullanılmaktadır (Ekici vd., 2017; Gökalp vd., 2010). Bu nedenle diş hekimliği hizmetleri ağırlıklı olarak özel sektör tarafından sağlanmakta ve bu hizmetler için ücret alınmaktadır (Gökalp vd., 2010). Nüfusun büyük bir kısmı, cepten ödemeler veya özel sağlık sigortası yoluyla özel sektörden hizmet satın almak zorunda kalmaktadır (Leake ve Birch, 2008). Diş hekimliği hizmetlerinin kamuda yetersiz kalması ve özel sektörde de cepten veya özel sağlık sigortası yoluyla ödeme yapma gerekliliğı, ihtiyaç duyan bireylerin ağız bakım ihtiyacının yeterince karşılanmasına engel olmaktadır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2021). Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin karşılanamayan ağız bakım ihtiyacı düşükken, gelir düzeyi düşük olan bireylerin karşılanamayan ağız bakım ihtiyacı yüksektir. Sigortalılık durumu göz önüne alındığında; SGK’na bağı olan bireyler ağız bakımını yeterince karşılayamamaktadır. Bu bireyler düşük ve orta gelir düzeyine sahip olduğundan, devlet desteğı olmasına karşın, kendilerine düşen payı dahi ödemede güçlük çekmektedir (Dikmen ve Dikmen, 2020).

BÖLÜM 2. FİYATLANDIRMA

Fiyatlandırma; pazarlama karmasının dört elemanı olan ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurmada birisidir. Fiyatlandırma, bir taraftan sağlık kurumuna gelir sağlarken diğer taraftan da bireylerin sağlık hizmeti alım sürecinde kurum tercihini etkilemektedir. Bu nedenle bu bölümde, tezin amacı doğrultusunda yalnızca fiyatlandırmadan detaylıca bahsedilecektir.

Fiyat en dar anlamıyla, bir ürün ya da hizmete biçilen para miktarı; daha geniş anlamıyla ise, bireyin bir ürün ya da hizmete sahip olma veya kullanma faydalarını kazanmak için vazgeçebileceği tüm değerlerin toplamı olarak tanımlanmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2018). Ekonomik bir bakış açısıyla, bir ürün veya hizmetin değeri, bireyin onu almak veya kullanmak için parasal olarak ödemeye razı olduğu; diğer kaynaklar veya zaman açısından vazgeçmeye istekli olduğu şeyleri ifade etmektedir (Garrison Jr. ve Towse, 2017). Fiyat farklı kurumlarda farklı isimler alabilmektedir; sigorta şirketinde prim, sağlık kurumunda muayene ücreti, kulüp veya dernekte aidat olarak anılabilmektedir (Tengilimoğlu, 2020).

Fiyat hem makro hem de mikro düzeyde işletmeler ve alıcılar bakımından önemli bir değişkendir. Makro ekonomik düzeyde fiyat, pazara dayalı ekonomilerde ekonomik hayatın temel düzenleyicisidir. Fiyat arz ile talebi karşılaştırmakta, alıcı ile satıcının anlaşmaya varmasıyla değiş tokuşu sağlamaktadır. Ayrıca bir ürünün/hizmetin Pazar fiyatı, o ürüne/hizmete üretim sürecinde katılan üretim faktörü denilen girdilerin fiyatlarını da etkilemektedir; yüksek ücretler, işgücünü; yüksek faiz hadleri, sermayeyi kendine çekmektedir. Böylece, pazar ekonomisinde ve karma ekonomilerde fiyat kaynakların dağılımını düzenlemektedir (Mucuk, 2017).

Mikro ekonomik düzeyde ise fiyat, gelir sağlaması nedeniyle, işletmelerin pazarlama faaliyetlerinin yürütülmesinde önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir ürün veya hizmetin fiyatı, talebi ve dolayısıyla gelir ve kârlılığı da etkilemektedir. Sağlık kurumlarının pazarlama programlarının, devlet düzenleme ve müdahalelerinden en çok etkilenen pazarlama karması elemanı fiyat olmaktadır. Yasaların fiyat üzerindeki sınırlandırıcı etkisi, özellikle hizmet sektöründe, diğer alanlara kıyasla kendini daha çok hissettirmektedir (Tengilimoğlu, 2020).

Fiyat, para değer ölçüsü ve değişimde kullanılan bir araç olmanın yanı sıra aynı zamanda bireyin satın alma tercihini etkileyen en temel faktör olarak bilinmektedir (Kotler ve

Armstrong, 2018; Tengilimoğlu, 2020). Fiyat bireylere kalite hakkında bilgi vermekte; onların ürün veya hizmeti algılamalarına ve değerlendirmelerine olanak sağlamaktadır (Mucuk, 2017). Fiyat ne kadar yüksekse, algılanan kalitenin de o kadar yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Üretici veya aracı işletme hakkında yeterli bilgi olmadığında, potansiyel ikameler hakkında fiyat dışında çok az şey bilindiğinde ve kalitenin fiziksel özelliklerden kolayca anlaşılamadığında bireyler fiyatlar üzerinden kalite hakkında çıkarımda bulunmaktadır (Allred vd., 2010; Mucuk, 2017). Kalite algısı, değer algısı oluşturmak için algılanan parasal fedakarlıkla karşılaştırılmaktadır. Alıcı bireyin fiyat-kalite ilişkisine inanma derecesi, onun değer algısını ve satın alma isteğini etkilemektedir (Monroe, 2012). Birey ürünlerin ve bazı hizmetlerin performansı ve faydası konusunda, bazı fiziksel deliller doğrultusunda değerlendirme yapılabilmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Ancak ürün endüstrileri ile karşılaştırıldığında, hizmetler soyutluk, ayrılmazlık, bozulabilirlik ve heterojenlik gibi benzersiz özelliklere sahip olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hizmet fiyatlandırmasını, özellikle sağlık hizmetlerinin fiyatlandırmasını değerlendirmek somut ürünleri değerlendirmekten daha zor olmaktadır (Hong ve Naiji, 2018). Bu nedenle fiyatlandırmanın sağlık hizmeti alıcılarının üzerindeki etkisinin ölçülmesi büyük önem arz etmektedir.

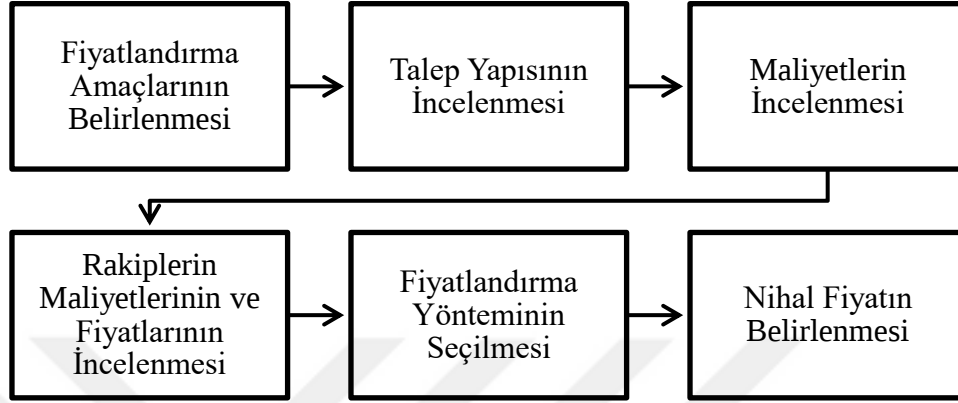
2.1. Fiyatlandırma Süreci

Fiyatlandırma, işletmenin cirosunu doğrudan etkilediği için stratejik planlamada oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Ürün veya hizmet ne olursa olsun, iyi belirlenmiş bir fiyat, işletmenin müşteri değerini en iyi şekilde yakalamasını ve böylece pazarda avantajlı bir konuma gelmesini sağlamaktadır (Forman ve Hunt, 2005). Fiyatlandırma, işletmenin temel amaç ve hedeflerinden direkt olarak etkilenmektedir. Buna göre işletmenin temel amaç ve hedefleri doğrultusunda, sunulan ürün veya hizmetin fiyatından önce fiyatlandırmanın amaçları belirlenmelidir (Mucuk, 2017). Fiyatlandırma işletmenin varlığını sürdürebilmesi, maksimum kârı sağlayabilmesi, maksimum satışı gerçekleştirebilmesi, hedeflediği Pazar payına sahip olabilmesi, yatırımlarının karşılığını alabilmesi ve sunduğu ürün veya hizmetlerle kendini konumlandırabilmesi amacıyla yapılabilmekle birlikte; belirlenen amaç, genel pazarlama stratejisini destekleyecek ve fiyatlandırma stratejisinde yol gösterici olacaktır (Vural ve Baltacı, 2022). Sonrasında talep yapısının incelenmesi, maliyetlerin incelenmesi, rakip maliyetlerinin ve fiyatlarının incelenmesi (Kadıoğlu ve Çelik, 2021), fiyatlandırma yönteminin seçilip nihai fiyatın

belirlenmesi süreci takip edilmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Genel olarak bir ürünün veya hizmetin fiyat belirleme süreci Şekilde 5’te gösterildiği gibi gerçekleştirilmektedir:

Şekil 4

Fiyatlandırma Süreci



Fiyatlandırma oldukça karmaşık ve zor bir süreç olmakla beraber; fiyatlandırma sürecini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Çevresel güçlerin fiyatlandırma sürecini nasıl etkilediğinin anlaşılması, yöneticilerin ve işletmelerin gereksiz risk almaması için oldukça önemlidir (Forman ve Hunt, 2005). Bu faktörler işletme içi ve işletme dışı faktörler olarak gruplandırılmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2018; Tengilimoğlu, 2020).

2.1.1. Fiyatlandırma Sürecini Etkileyen İşletme İçi Faktörler

Fiyatlandırmayı etkileyen işletme içi faktörler; işletmenin maliyetlerini, hedeflerini, genel pazarlama stratejisini, pazarlama karmasını ve diğer örgütsel faktörleri ifade etmektedir (Kotler ve Armstrong, 2018; Tengilimoğlu, 2020; Phongthanapanich ve Ouparamai, 2021). Bu faktörler büyük ölçüde işletme tarafından kontrol edilebilse de her zaman hızlı bir değişiklik yapmak mümkün değildir. Bu nedenle fiyat belirlenirken, işletmenin tercih ve eylemlerinin sonucu olan çeşitli faktörlerin dikkate alması gerekmektedir (Haron, 2016).

İşletmenin üretim ve pazarlama maliyetleri, satış fiyatının alt sınırını belirlemesi ve fiyatlandırma alternatiflerini sınırlandırmasıyla, ürün veya hizmet fiyatının belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Fiyatların, satış gelirlerinin ürünün üretim ve pazarlama maliyetlerini karşılayabileceği, işletmenin amaçlarını gerçekleştirebileceği ve kâr sağlayabileceği şekilde belirlenmesi gerekmektedir (Atasever, 2021; Haron, 2016). Dolayısıyla maliyet analizlerinin doğru şekilde yapılması da maliyet avantajının sağlanması açısından oldukça önem taşımaktadır. Fiyatlandırma açısından maliyetler, sabit maliyetler ve değişken maliyetler

olarak ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Sabit maliyetler üretim veya satış düzeyinden etkilenmeyen maliyetlerdir (Haron, 2016). Kira, sigorta ve çalışanların maaşları sabit maliyetlere örnek gösterilmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Değişken maliyetler ise üretim ve satış ile doğrudan ilişkilidir; üretim veya satış düzeyine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Haron, 2016). Sağlık kurumunda hastaya kullanılan ilaçlar gibi direkt madde ve malzeme giderleri, direkt işçilik giderleri değişken maliyetlere örnek gösterilmektedir. Bu bağlamda maliyetler fiyatlandırma sürecinde dikkate alınması gereken dominant bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Tengilimoğlu, 2020).

İşletmenin misyonu, vizyonu, amaçları, politikaları ve işletme, pazarlama ve büyüme stratejileri de fiyatlandırma sürecinde etkili olan faktörlerdir. Bu faktörler arasında özellikle işletmenin amaçları ön plana çıkmakta (Tengilimoğlu, 2020); fiyatlandırma stratejisinin geliştirilmesi için bir temel oluşturmaktadır (Phongthanapanich ve Ouparamai, 2021). Fiyatlandırma stratejisine örnek olarak; yeni müşteriler çekmek veya mevcut müşterileri kârlı bir şekilde elinde tutmak, sadakati korumak, aracılara desteklemek veya devlet müdahalesinden kaçınmak için fiyat belirlenebilir; fiyatları düşük tutarak rekabetin pazara girmesi engellenebilir veya fiyatlar rakiplerin fiyat düzeyinde belirlenerek pazarda istikrar sağlanabilir; markaya karşı bir heyecan yaratmak için fiyatlar geçici olarak düşük tutulabilir; işletmenin bir ürünü, ürün hattındaki diğer ürünlerinin satışına yardımcı olmak için fiyatlandırılabilir (Kotler ve Armstrong, 2018).

Pazarlama karmasının diğer elemanlarının da fiyatlandırma sürecinde dikkate alınması gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Devamlı ve etkili bütünleşik pazarlama stratejilerini oluşturabilmek için fiyat kararı ürün tasarımı, dağıtım ve tutundurma kararlarıyla koordineli olmalıdır. Diğer pazarlama karması elemanları için alınan her karar fiyatlandırma kararı üzerinde belirleyici olmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2018). Pazarlama politikaları işletmenin finansal durumu, büyüklüğü, ürün karması, kanal deneyimi ve itibarı gibi örgütsel özelliklerinden etkilenmekte (Haron, 2016); buna göre ürünün yaşam seyri, dağıtım stratejisi, dağıtım kanalının uzunluğu, farklı dağıtım kanalı tercihleri belirlenmekte; bu da işletmenin maliyet ve satış fiyatları üzerinde rol oynamaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Örneğin, bir ürünün yüksek performans-kalite olarak konumlandırılması, yüksek maliyetlerin karşılanabilmesi için fiyatın yüksek düzeyde belirlenmesi anlamına gelmektedir. Ayrıca bir ürünün aracılar tarafından desteklenmesi ve tutundurulması bekleniyorsa fiyata daha yüksek aracı marjının

eklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle, fiyat belirleme sürecinde pazarlama stratejisinin ve karmasının göz önüne alması gerekmektedir (Kotler ve Armstrong, 2018).

2.1.2. Fiyatlandırma Sürecini Etkileyen İşletme Dışı Faktörler

Fiyatlandırmayı etkileyen işletme dışı faktörler ulusal ve uluslararası değişkenlerden meydana gelmektedir (Tengilimoğlu, 2020). İşletme tarafından kontrol edilmeyen ancak fiyatlandırma sürecini etkileyen talep, dağıtım kanalı, rekabet, Pazar koşulları, ekonomi ve yasal ve politik düzenlemeler gibi bir dizi faktörü içermektedir (Haron, 2016; Kotler ve Armstrong, 2018). İşletme bu faktörler üzerinde ya daha az kontrole sahiptir ya da hiç kontrole sahip değildir (Phongthanapanich ve Ouparamai, 2021). Bu faktörlerin sonuçları pazardan pazara değişiklik gösterebileceğinden, etkilerin anlaşılabilmesi için işletmenin bulunduğu her pazarın araştırılması gerekmektedir (Haron, 2016).

Fiyatlandırma sürecinde etkili olan dış faktörlerden biri ürüne veya hizmete olan talep miktarıdır (Tengilimoğlu, 2020). Alıcılar, satın alma davranışını gerçekleştirmeden önce bir ürün veya hizmetin fiyatı ile ona sahip olmanın faydalarını karşılaştırmaktadır. Bu nedenle, fiyat belirlenmeden önce, işletmenin sunduğu ürün veya hizmet için fiyat ve talep arasındaki ilişki açık şekilde anlaşılmalıdır (Kotler ve Armstrong, 2018). Talep, alıcıların alım gücü ile desteklenen satın alma arzusunu ifade etmektedir. Talep miktarı potansiyel alıcı sayısı, potansiyel alıcıların yerleşim durumu, potansiyel alıcıların aracı veya nihai tüketici olma durumu, potansiyel alıcıların tahmin edilen tüketim oranları ve ekonomik durumları gibi demografik özelliklerden; alıcıların farklı pazarlarda, farklı fiyatları ve fiyat değişimlerini nasıl algıladıkları gibi psikolojik özelliklerden; ve demografik ve psikolojik özelliklerle ilgili olarak alıcıların fiyat ve fiyattaki değişikliklere karşı sergiledikleri tutumlar gibi talebin fiyat esnekliğinden etkilenmektedir. Normal şartlarda altında, talep ile fiyat arasında ters bir ilişki vardır; fiyat artış gösterdikçe talep azalmaktadır. (Tengilimoğlu, 2020). Ancak sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda istisnai durumlar görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yaşamsal özellik göstermesi nedeniyle fiyatın yüksek olması durumunda da bu hizmete olan talep devamlılık göstermektedir (Vural ve Baltacı, 2022). Bunun yanı sıra içinde bulunulan sektöre hatta aynı sektörde farklı ürün veya hizmetlere, pazarın yapısına ve belirlenen fiyat düzeyine göre alıcı sayısı farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetleri bazında, acil sağlık hizmetlerinin, çocuk sağlığı hizmetlerinin veya kozmetik uygulamaların talep yapıları birbirinden farklılık göstermektedir (Kadioğlu ve Çelik, 2021).

İşletmelerin fiyatlandırma sürecinde önemli rol oynayan bir diğer faktör dağıtım kanalıdır (Tengilimoğlu, 2020). Kullanılacak olan kanalın seçimi, üretici için önemli bir karar olmakla birlikte, kanal seçiminden önce piyasa özellikleri net bir şekilde anlaşılmalı ve işletme politikaları belirlenmelidir (Haron, 2016). Kanal aracıları, sürekli iskonto ve indirimlerle yeterli kâr elde edebilecekleri en uygun fiyatları isteyecekler ve bu tür ürünlerin dağıtımına öncelik vereceklerdir. Aynı zamanda karmaşık kanallarda bulunan farklı aracılardan farklı hedefleri olacaktır. Bu durum işletmenin fiyatlarını etkileyeceğinden, kanal üyelerinin fiyatı nasıl ele aldıkları, kendi satış fiyatlarını nasıl belirledikleri gibi konuların tam olarak anlaşılması gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2020).

Fiyatlandırma sürecini etkileyen ve işletmenin kontrolü altında olmayan önemli faktörlerden biri de rekabettir. Rekabet, fiyatlandırma üzerine yoğunlaşırsa direkt bir etki yaratmaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Fiyatlandırma süreci rakiplerin de maliyetlerinin ve fiyatlandırmasının incelenmesini kapsamaktadır (Haron, 2016). İşletmenin satış fiyatı belirlenmeden önce rakiplerin sayısı, rakiplerin büyüklüğü, rakiplerin yerleşim yeri, endüstriye giriş koşulları, rakipler arasında dikey birleşme ve entegrasyonlar, rakipler tarafından satılan ya da sunulan hizmet sayısı, rakiplerin maliyet yapısı ve rakiplerin geçmişte fiyat değişimlerine gösterdiği tepki incelenmekte; rakiplerin fiyat düzeyinin altında mı yoksa üstünde mi olacağına karar verilmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Bu bilginin fiili fiyat belirleme üzerindeki etkisi, piyasanın rekabetçi doğasına bağlı olmaktadır (Haron, 2016). Ancak fiyat savaşına dönüşecek rekabetten kaçınılması gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2020).

Her fiyat kararı pazarın yapısını yansıtmak zorunda olması nedeniyle fiyatlandırma farklı Pazar tiplerine göre değişiklik göstermektedir. Pazar tipleri tam rekabet pazarı, eksik rekabet pazarı, oligopol veya monopol Pazar olmak üzere her biri farklı fiyatlandırma şartlarını gerektiren dört grupta ele alınmaktadır. Tam rekabet piyasalarında çok sayıda alıcı ve satıcı bulunduğundan hiçbir alıcı veya satıcının çok büyük etkisi bulunmamakta; fiyat pazarda kendiliğinden oluşmaktadır (Kotler ve Armstrong, 2018; Tengilimoğlu, 2020). Tam rekabet pazarında, Pazar araştırması, ürün geliştirme, fiyatlandırma, reklam ve satış tutundurma faaliyetlerine çok fazla ağırlık verilmemektedir. Bu nedenle, bu pazarlardaki işletmeler pazarlama stratejilerine fazla zaman ayırmamaktadır (Kotler ve Armstrong, 2018). Eksik rekabet piyasalarında, çok sayıda alıcı ve satıcı bulunmaktadır. Ürünler farklılaştırılarak farklı fiyatlarla satılmaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Oligopol piyasada Pazar sadece birkaç büyük işletmeden oluşmakta, işletmeler birbirlerinin

fiyatlarını yakından takip etmekte ve paralel fiyat stratejilerini benimsemektedirler. Monopol piyasada ise, Pazar tek bir işletmenin hakimiyeti altında olduğundan, işletme istediği fiyatı belirleme özgürlüğüne sahiptir (Kotler ve Armstrong, 2018; Tengilimoğlu, 2020). Dolayısıyla pazarın yapısı nihai fiyatın şekillenmesinde belirleyici rol oynamaktadır. Pazarın yapısına ek olarak enflasyon oranı, tüketim ve tasarruf eğilimleri, büyüme ve yatırım gibi değişkenlerin de incelenmesi gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Tam rekabet piyasaları sağlık hizmetleri için geçerli değildir. Sağlık hizmetlerinin riskleri sebebiyle yatırımcıların kârlı olmayan alanlara yatırım yapmaktan çekinmesi, sağlık hizmetlerinde negatif ve pozitif dışsallıkların yer alması, sağlık hizmetlerinin bir bölümünün kamu malı özelliği taşıması bu duruma örnek gösterilebilir (Kadioğlu ve Çelik, 2021).

Mevcut ekonomik durum, işletmenin fiyatlandırma sürecini güçlü bir şekilde etkilemektedir (Kotler ve Armstrong, 2018). Kapitalist ekonomilerde yükselme ve düşüş döngüsü görülmekte (Phongthanapanich ve Ouparamai, 2021); bu döngü fiyatlandırma sürecini etkilemektedir. Bunun sebebi vergiler, enflasyon ve faiz oranları tüketici harcamalarını, tüketicilerin ürünün fiyat-değer algısını ve işletmenin bir ürünü üretme ve satma maliyetlerini etkilemektedir (Kotler ve Armstrong, 2018). Örneğin vergi yükünün, enflasyon, faiz ve işsizlik oranlarının yüksek olduğu bir ortamda birçok işletme normal fiyatlarıyla faaliyetlerini sürdürememekte, tahminlerini doğru şekilde yapamamaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Bu nedenle, ekonomik döngüye ilişkin fiyatlandırma stratejilerinin uygulanması gerekmektedir (Phongthanapanich ve Ouparamai, 2021).

Kapitalist bir ekonomide sosyal verimliliği ve eşitliği korumak için birtakım ürün veya hizmet fiyatları hükümetler veya yerel yönetimler tarafından yasal düzenlemelerle kontrol altında tutulmaktadır (Phongthanapanich ve Ouparamai, 2021; Tengilimoğlu, 2020). Gereksinimlerine göre farklı düzenlemeler yapılabilmektedir. Fiyat düzenlemeleri devlet tarafından onaylandığından, kurallara uyulmaması durumunda yasal sonuçlar doğabilmektedir (Haron, 2016). Örneğin, özel hastaneler için tavan fiyatların ve devlet hastaneleri için de muayene ve tedavi ücretlerinin belirlenmesi bu işletmelerin fiyatı önemli bir rekabet aracı olarak kullanmasının önüne geçmektedir. Ayrıca rakiplerle veya dağıtım kanalları ile fiyat anlaşmalarına girilmesi, karşılaştırmalı reklamların yapılması da yasaklanmıştır (Tengilimoğlu, 2020). Acil sağlık hizmetlerinin yasalarla zorunlu tutulması da devletin sağlık hizmetleri piyasasına müdahale ettiğinin başka bir göstergesidir (Kadioğlu ve Çelik, 2021). Bu nedenle işletmeler faaliyet gösterdikleri

pazarlardaki yasal düzenlemelerin ve bu düzenlemelerden nasıl etkilendiğinin farkında olması gerekmektedir (Haron, 2016).

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlandırma Sürecini Etkileyen Diğer Faktörler

İşletmelerin fiyatlandırma sürecinde yukarıda bahsi geçen içsel ve dışsal faktörleri dikkatle incelemesi gerektiği görülmektedir. Özellikle hizmet fiyatlarının somut olarak belirlenmesinin güç olmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinde bireylerin sağlık arama davranışları ve talebin özellikleri, pazar yapısı, devlet düzenlemeleri, üçüncü taraf ödeme kurumlarının varlığı, sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı, sağlık hizmetleri pazarlamasına ön yargı ile yaklaşılması ve öneminin geç anlaşılmış olması gibi nedenlerle süreç daha da güç olmakta; stratejik kararları sınırlandırmaktadır. Bu nedenle fiyatlandırma sürecinde özel sağlık kurumlarının ilave olarak farklı faktörleri de dikkate alması gerekmektedir (Kadioğlu ve Çelik, 2021; Tengilimoğlu, 2020).

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması, genel finansman sistemi içinde kapsanan hizmetlerin satın alınmasında kilit bir bileşendir (Barber vd., 2019). Sağlık hizmetlerinde hasta ile hekim arasındaki bilgi asimetrisi nedeniyle, hasta sunulan sağlık hizmetleri arasında çoğunlukla bir seçim yapamamaktadır. Genellikle hekim, hasta adına karar vermektedir. Hekimin birincil motivasyonu bakım kalitesi olmakla birlikte; hasta için de fiyattan ziyade hizmetin kalitesi önem arz etmektedir. Bu nedenle hasta ucuz ürün veya hizmet arayışına girmemektedir (Bonnici, 1992; Kadioğlu ve Çelik, 2021; Lorenzoni ve Roubal, 2021; Tengilimoğlu, 2020). Sağlık hizmetlerinin ne zaman ne miktarda kullanılacağı genellikle bilinmemekte ve bu hizmetler ertelenmemektedir (Kadioğlu ve Çelik, 2021). Dolayısıyla önceden bir fiyat verilmesi mümkün olmamaktadır (Tengilimoğlu, 2020). Sağlık hizmetleri genellikle paket şeklinde sunulmaktadır. Bu hizmetlerin ödemeleri, çoğunlukla üçüncü taraf ödeme kurumları aracılığıyla sağlık sigortasına sahip bireylerden alınan katkı paylarıyla yapılmaktadır. Bu durum fiyatlandırmayı farklı bir boyuta taşımakta; fiyatın talep üzerindeki etkisini azaltmaktadır (Kadioğlu ve Çelik, 2021; Lorenzoni ve Roubal, 2021; Vural ve Baltacı, 2022). Diğer taraftan, belirlenen fiyatın çok yüksek veya çok düşük olması ödeme mekanizmalarındaki teşvikleri kolaylıkla gölgeleyebilmektedir (Barber vd., 2019). Bu durum hizmet alıcıları ve hizmet sunucuları açısından ayrı ayrı değerlendirilebilmektedir. Hizmet alıcıları için; sağlıkla ilgili kararların verilmesinde benzer sağlık hizmetleri sunan kurumların irrasyonel fiyat uygulaması nedeniyle, fiyat konusunda daha dikkatli bir değerlendirme süreci geçirmesi söz konusu olabilmektedir (Pandey ve Raina, 2019). Hizmet sunucuları

için ise; kişi başı ödeme fiyatlarının çok düşük belirlenmesi sağlık hizmetinin düşük kalitede sunulmasına, daha sağlıklı ve daha kolay vakaların hastaların seçilmesine veya daha yüksek yoğunlukta hizmet gerektiren karmaşık vakaların başka bir hizmet sunucusuna yönlendirilmesine neden olabilmektedir. Dolayısıyla fiyatlar adil değilse hizmet kalitesi, verimlilik ve sürdürülebilirlik de zarar görmektedir. Fiyatlar gerçek maliyetleri yansıtmalı ve daha geniş sağlık sistemi hedeflerini ve sağlık sonuçlarını dikkate almalıdır (Barber vd., 2019).

2.2. Fiyatlandırma Yöntemleri

Nihai fiyatların belirlenmesinde, işletmenin içinde bulunduğu koşullara bağlı olarak tek tek veya kombinasyon halinde farklı fiyatlandırma yöntemleri kullanılabilmektedir (Indounas, 2009; Reid ve Bojanic, 2009). Maliyet odaklı fiyatlandırma, talep odaklı fiyatlandırma, rekabet odaklı fiyatlandırma ve zorunlu fiyatlandırma olmak üzere dört farklı fiyatlandırma yöntemi bulunmaktadır (Tengilimoğlu, 2020).

2.2.1. Maliyet Odaklı Fiyatlandırma Yöntemi

Maliyet odaklı fiyatlandırma yönteminin mantığı, fiyat belirlemek için işletmenin bir ürün veya hizmeti üretme ve sunma maliyetine yüzdelik bir artış eklemektir (Indounas, 2009; Reid ve Bojanic, 2009). Bu yöntemde göre öncelikle üretim, dağıtım ve satış maliyetleri tespit edilmekte, sonrasında işletmenin çabası ve riski de göz önüne alınarak adil bir getiri sağlayacak şekilde kâr oranı eklenerek nihai fiyat belirlenmektedir (Kotler ve Armstrong, 2018; Tengilimoğlu, 2020). Maliyete odaklı fiyatlandırma yöntemi; kullanımının basit olması, müşteri ve rakiplere karşı fiyat artışını adil göstermesi ve tutarlı bir getiri sağlaması nedeniyle oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir. Ancak piyasa koşullarının göz ardı ederek talebi ve rakiplerin özelliklerini dikkate almaması ve beklenen ile gerçekleşen satış düzeyinin aynı olacağı beklentisinin bulunması bu yöntemde dezavantaj sağlamaktadır (Indounas, 2009; Mucuk, 2017; Özdeveci ve Karaarslan, 2016; Tengilimoğlu, 2020).

Maliyet odaklı fiyatlandırma yöntemine göre, işletmenin özellikleri ve beklentileri doğrultusunda tercih edebileceği maliyet artı usulü ve hedef kâr fiyatlandırması olmak üzere iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Maliyet artı usulü, maliyetlerin üzerine kâr payının eklenerek satış fiyatının belirlenmesini temel almakta; bununla beraber kâr oranları sektörden sektöre farklılık göstermektedir (Mucuk, 2017). Sağlık sektöründe, sağlık kurumları varlığını sürdürebilmek için tüm giderlerini karşılayabileceği şekilde

fiyatlarını belirlemelidir. Bu doğrultuda hizmet sunumu için belirlenen fiyatın sabit maliyetler, değişken maliyetler ve uygun boyutta genel gider maliyetlerini de kapsaması gerekmektedir (Yıldız, 2018). Ancak hizmet maliyetlerinin, ürün maliyetlerine göre daha zor hesaplanması nedeniyle, bu yöntem hizmet sektöründe diğer sektörlerle kıyasla daha zor uygulanmaktadır. Örneğin sağlık hizmetin soyut özellik taşıması ve paket fiyat uygulamasının bir sonucu olarak iki farklı ameliyatın maliyetleri aynıyken, fiyatları farklılık gösterebilmektedir (Tengilimoğlu, 2020).

Hedef kâr fiyatlandırması, belirli bir kârlılık hedefini sağlayacak fiyatın belirlenmesinde tahmini satış miktarını ve bunların toplam maliyetini baz alan bir yaklaşımdır. Hedef kâr fiyatlandırması yaklaşımında toplam gelirlerin toplam giderleri hangi üretim ve satış miktarında tamamen karşılayacağını, yani başabaş noktasına nasıl ulaşılacağını, hangi noktadan sonra kâra geçileceğini hesaplamak için başabaş analizinden yararlanılmaktadır. Bu yaklaşım daha çok büyük işletmeler tarafından tercih edilmektedir (Mucuk, 2017). Hedef kâr fiyatlandırması sağlık sektöründe de sıkça kullanılan bir yaklaşımdır. Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetleri göz önüne alınarak, verilecek hizmetlerin maliyeti hedef kâr fiyatlandırması yaklaşımıyla minimum düzeye indirilebilmektedir (Şengül ve Bulut, 2019).

2.2.2. Talep Odaklı Fiyatlandırma Yöntemi

Talep odaklı fiyatlandırma yönteminde, sunulan ürün veya hizmete olan talebin yoğunluğu göz önüne alınarak fiyat belirlenmektedir. Bu yöntemde göre fiyatlandırma Pazar koşulları dikkate alınarak yapılmakta; talep yoğunluğu fazlaysa yüksek fiyat, talep yoğunluğu azsa düşük fiyat uygulaması benimsenmektedir (Kadioğlu ve Çelik, 2021; Şengül ve Bulut, 2019; Tengilimoğlu, 2020; Tutkavul ve Elmacı, 2016). Bu noktada ürün veya hizmetin alıcılar tarafından algılanma değeri, satın alma kararını etkileyen faktörler ve talebin fiyat esnekliğine odaklanması önem arz etmektedir (Şengül ve Bulut, 2019; Tengilimoğlu, 2020; Tutkavul ve Elmacı, 2016). Dolayısıyla bir işletme yüksek düzeyde bir fiyat belirlemek istiyorsa, alıcının zihninde yüksek algılama değeri oluşturabilmek için yatırım yapmalıdır (Mucuk, 2017; Tengilimoğlu, 2020). Bu fiyatlandırma yönteminin, sağlık hizmetlerinin genel özelliklerinden ve sağlık hizmetlerinde talebin fiyat esnekliğinin katı olmasından dolayı sağlık sektöründe uygulanması çok fazla tercih edilmemektedir (Şengül ve Bulut, 2019).

2.2.3. Rekabet Odaklı Fiyatlandırma Yöntemi

Rekabet odaklı fiyatlandırma yöntemi, rakiplerin sundukları fiyatlara ve gerçekleştirdikleri eylemlere bağlı olarak, işletmenin kendi ürün veya hizmetleri için fiyat belirlemesini kapsamaktadır (Indounas, 2009; Kadioğlu ve Çelik, 2021; Kotler ve Armstrong, 2018; Mucuk, 2017). Rekabet odaklı fiyatlandırma yöntemi aynı veya benzer ürün ve hizmetler için kullanılmakta (Kotler ve Armstrong, 2018; Tengilimoğlu, 2020); lider işletmeler tarafından belirlenen fiyatlar doğrultusunda, işletme kendini rekabet fiyatının belirli bir yüzdesi içinde kalmak şartıyla bu fiyatların altında veya üstünde konumlandırmaktadır. Bu yöntem oldukça kolay bir şekilde uygulanabilmekte ve belirlenen fiyatın rakiplerin fiyatlarıyla aynı aralıkta olmasını sağlamaktadır (Mucuk, 2017; Reid ve Bojanic, 2009). Bunu yanı sıra, işletme fiyatlarının yalnızca bir rakip tarafından belirlenen fiyatlara dayandırılması, her operasyonun kendine özgü maliyet ve kâr yapısının bulunması nedeniyle son derece risklidir (Reid ve Bojanic, 2009). Sağlık sektöründe de bu durum geçerlidir. Her sağlık kurumunun farklı hizmetleri, farklı projeleri ve farklı imajları mevcuttur. Dolayısıyla rekabet odaklı bu yöntemin izlenmesinde işletme kendisiyle benzer özellikler taşıyan işletmeleri göz önüne alarak fiyatlarını belirlemektedir (Tengilimoğlu, 2020).

Rekabet odaklı fiyatlandırma yönteminde cari fiyatı temel alma usulü ve ihale usulü olmak üzere iki temel yaklaşım söz konusudur. Cari usul yaklaşımına göre işletme, maliyetlerini ve talebi göz önüne almaksızın rakiplerinin fiyatlarını baz alarak fiyat belirlemektedir (Kadioğlu ve Çelik, 2021; Tengilimoğlu, 2020). Bu yaklaşımın talep elastikiyetinin ve maliyetlerin hesaplanmasına karşın daha kolay olması, normal kazanç sağlayacak fiyatın belirlenebileceği düşüncesi ve fiyat savaşlarını önlemesi gibi nedenlerle rekabet odaklı fiyatlandırma yönteminde en yaygın kullanılan yaklaşımdır (Mucuk, 2017). İhale usulü yaklaşımına göre ise, ihale veya müzayedelerle fiyat teklifleri açık veya kapalı şekilde yapılmaktadır. Açık usulde, işletmeler tekliflerini açık bir şekilde gerçekleştirirken; kapalı usulde, zarf içinde gizli teklif gerçekleştirilmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Bu yaklaşım Türkiye’de devlet alımlarında yasa gereği zorunlu olmakla birlikte, büyük özel işletmelerde de giderek yaygınlaşmaktadır (Mucuk, 2017).

2.2.4. Zorunlu Fiyatlandırma Yöntemi

Zorunlu fiyatlandırma yöntemine göre fiyatlar, birtakım yasal zorunluluklar doğrultusunda doğrudan devlet tarafından veya dolaylı olarak ilgili denetleyiciler

aracılığıyla belirlenmektedir (Tengilimoğlu, 2020). Zorunlu fiyatlandırma yöntemi sağlık hizmetlerinde yoğun şekilde uygulanmakta; fiyatlandırmada politika yapıcılar, sağlık bakanlığı, meslek odaları gibi sağlıkla ilgisi olan aktörler rol oynamaktadır (Şengül ve Bulut, 2019). Türkiye’de sağlık hizmetleri SUT’ne, Sağlık Bakanlığı’nca hazırlanan tarifelere ve meslek örgütlerince hazırlanan tarifelere göre olmak üzere 3 farklı şekilde fiyatlandırılmaktadır (Atasever ve Demiralp, 2015).

Zorunlu fiyatlandırmanın temel bileşeni SUT’dır. SUT fiyatları, tek hizmet veya paket halinde gerçekleştirilen işlemler için her yıl SGK tarafından belirlenmektedir. GSS kapsamındaki hastalarla anlaşmalı olan sağlık kurumlarınca sunulan hizmetler SUT’ne tabidir (Şengül ve Bulut, 2019). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan fiyatlandırma ise, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarınca ve devlet üniversitelerince sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan fiyatlandırma Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi, Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi, Deneysel Hayvanlar Fiyat Listesi, TÜRKÖK Yurt Dışı Fiyat Tarifesi, Halk Sağlığı Hizmetleri Fiyat Tarifesi olmak üzere beş grupta ele alınmaktadır (Atasever, 2021). Bunun yanı sıra meslek örgütleri olarak ifade edilen Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve TDB gibi kurumlar tarafından da her yıl sağlık hizmetleri ile ilgili alt sınırı belirleyen fiyatlar yayınlanmaktadır (Atasever ve Demiralp, 2015; Şengül ve Bulut, 2019). Bu fiyat tarifleri Sağlık Bakanlığı onayından sonra yürürlüğe girmektedir. Serbest olarak kendi muayenesinde görev yapan hekim ve diş hekimleri, meslek örgütlerinin yayınladığı bu alt sınırlar çerçevesinde fiyat belirlemektedir (Atasever ve Demiralp, 2015).

2.3. Sağlık Kurumu Tercihine Etki Eden Faktörler

Dünyada ve Türkiye’de nüfusun artmasıyla birlikte hem kamu hem de özel sektördeki sağlık kurumlarının, sunucularının ve sağlık hizmeti çeşitliliğinin sayısında artış görülmektedir. Yaşanan bu artış sağlık hizmeti sunumunda bireyler için birçok farklı seçeneği beraberinde getirmektedir (Karahan vd., 2016). Bireyler, sağlık konusunda bilinçlenmeleri ve sınırlı imkanlarının genişlemesi sonucunda sağlık hizmetlerinin karşılanmasında daha aktif rol oynamakta; farklı seçenekleri değerlendirmektedir (Karahan vd., 2016; Tengilimoğlu, 2001). Sağlık kurumları da yeterli bakım ve tedaviyi sağlamanın yanı sıra hastaların beklentilerini en iyi şekilde karşılamayı, hizmet ve bakım kalitesini yükselterek bireylerin daha fazla tercih ettiği bir kurum olmayı ve bunu sürekli hale getirmeyi amaçlamaktadır (Özkoç, 2013; Singh ve Shah, 2012). Bir hizmet kurumu

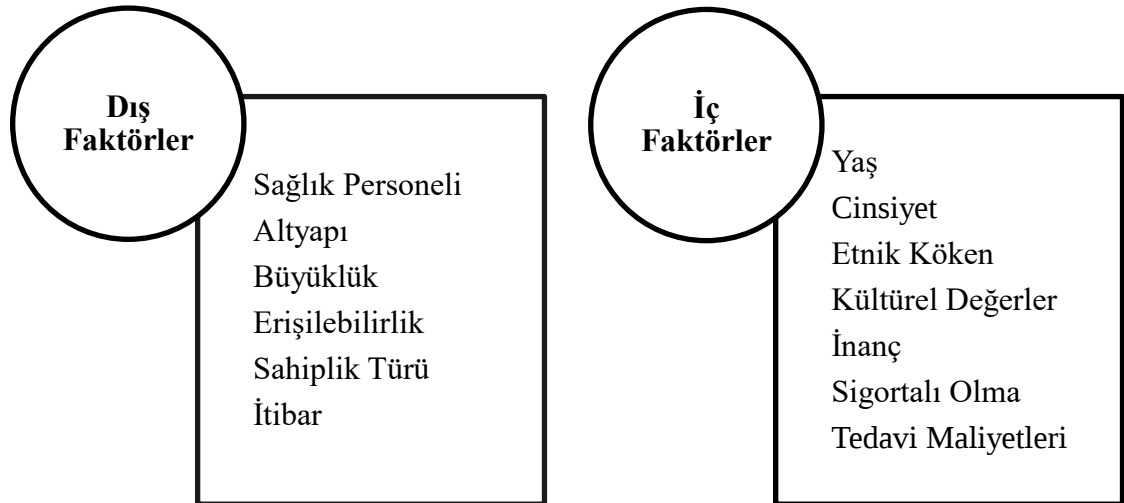
olarak sağlık kurumları tercih edilmek istiyorlarsa, bireylerin birçok sağlık hizmeti seçeneğine sahip olduğunu kabul etmeli ve sağlık kurumu tercihinin önemini kavramalıdır (Kashinath vd., 2010; Singh ve Shah, 2012; Tengilimoğlu, 2001).

Sağlık kurumu tercihi; “sağlık hizmetlerini kullanacak olan bireyin veya onun bakımından sorumlu diğer bir bireyin, tercih yapabilme imkanına sahip olması halinde sağlık kurumları arasında tercihte bulunması” olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2001). Sağlık kurumu tercihi, zor ve karmaşıık bir süreç olarak değerlendirilmekte (Moser vd., 2010); farklı bireyler ve farklı sunucuların özellikleri arasındaki etkileşim sonucunda belirlenmektedir (Victoor vd., 2012). Yapılan tercih bireyden bireye değerliklik göstermektedir. Ayrıca aynı birey için farklı koşullarda farklı tercihler mümkün olabilmektedir (Singh ve Shah, 2012).

Bireylerin sağlık kurumu tercih sürecinde bazı faktörler etkili olmaktadır. Bu faktörlerin etkisi, hastalık şiddetine ve talep edilen hizmetin türüne göre değerliklik göstermektedir (Tengilimoğlu, 2001). Dış hekimliği hizmetlerinden yararlanma söz konusu olduğunda, sağlık hizmetleriyle ilgili olan dış faktörler ve bireyin kendisiyle ilgili olan i faktörler göz önünde bulundurulmaktadır (Iqbal vd., 2014). şekil 5’te dış ve i faktörler gösterilmektedir.

şekil 5

Sağlık Kurumu Tercihine Etki Eden Faktörler



Bireyler bu dış ve i faktörlerin etkileşme girmesiyle birlikte bir sağlık kurumu tercihinde bulunmaktadır. Bu faktörlerin önem derecesi sağlık hizmeti ihtiyacı duyan her bir birey için farklılık göstermektedir (şantaş vd., 2016).

Dış faktörler; sağlık kurumunun istihdam ettiği uzman sağlık personelinin, mevcut altyapısını, büyüklüğünü, erişilebilirliğini, sahiplik türünü, diğer sağlık kurumlarıyla bağlantısını ve kurumun itibarını kapsamaktadır (Groenewoud vd., 2015; Iqbal vd., 2014; Singh ve Shah, 2012; Şantaş vd., 2016).

Birçok birey, uzman sağlık personelinin özelliklerini tercih sürecinde öncelikli olarak değerlendirmektedir. Seçim olanağına sahip bireyler o uzmanlık alanında, yüksek düzeyde tıbbi ve teknik beceriye sahip olduğunu düşündükleri hekimi seçme eğilimi göstermektedir (Iqbal vd., 2014; Yahanda vd., 2016). Ancak bilgi asimetrisi nedeniyle klinik becerileri değerlendiremeyen bireyler hekimin kişisel özelliklerinden yola çıkmakta; merhametli, empatik, güvenilir, anlayışlı, iyi dinleyen ve sağlıklı iletişim kurabilen hekimleri tercih etmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarının ayrılmaz bir parçası olan yardımcı personelinin de bireylerle olan etkileşimlerinin sağlıklı ve samimi olması tercih sürecine olumlu anlamda katkı sağlamaktadır (Yahanda vd., 2016).

Bazı durumlarda ise sağlık kurumu tercihi sağlık personelinin özellikleri yerine, sağlık kurumunun fiziksel özelliklerine dayandırılmaktadır (Yahanda vd., 2016). Muayene ve hasta odalarının, bekleme salonlarının temizliği ve konforu, modern makine ve teçhizat kullanımı, kurumun görünümü, her bireyin kolayca erişim sağlayacağı şekilde asansör ve otoparkın mevcudiyeti tercih sürecini etkilemektedir. Bu nedenle bireylerin memnuniyet ve tercihlerinde etkili olan fiziksel koşulların iyileştirilmesi ve tıbbi teknolojiye gelişmelerin takip edilmesi gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2001).

Sağlık kurumunun tercih sürecinde etkili olan diğer bir faktör olan sahiplik türü de sağlık kurumunun kamu veya özel sektörde faaliyet göstermesini ifade etmektedir. Nüfus artışıyla beraber kamu sağlık kurumlarının nitelik ve nicelik olarak yetersiz kalması nedeniyle toplumdaki özel sağlık kurumları hayati bir rol oynamaktadır. Özel sağlık kurumlarında daha iyi olanakların sağlanmasıyla talep her geçen gün artmaktadır (Singh ve Shah, 2012). Özel sağlık kurumlarının gün geçtikçe sayısının artması ve buna bağlı olarak kurumlar arasındaki rekabetin artmasıyla bu kurumlardaki olanakların daha iyi olması sağlanmakta ve talebi karşılamaktadır.

Hasta güveni, sadakati ve bağlılığı gibi unsurlar sağlık kurumunun itibar kazanmasına yol açmakta ve bu da tercih sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Kurumun itibarı, onu alternatifleri karşısında bir adım öne çıkartmaktadır (Şantaş vd., 2016). Üstün sağlık hizmeti sunucuları olarak görülen veya toplum tarafından çok değer verilen sağlık kurumları daha fazla tercih edilmektedir. Bu bağlamda bireyler benzer demografik

profillere ve kořullara sahip veya dűřűndűđű bir prosedűrű geđirmiř bireylerin deneyimlerini dikkate almaktadır (Yahanda vd., 2016). Aynı zamanda kendilerinin űnceki deneyimlerini de gűz űnűnde bulundurmaktadır (Dijs-Elsinga vd., 2010). Bu nedenle imaj oluřturma veya geliřtirme programlarının gerđeklere dayanması gerekmektedir. Gűnűműzde bireylerin daha fazla bilgiye eriřim sađlayabilmesi ve sađlık kurumları hakkındaki haberleri daha yakından takip edebilmesi de dikkate alınarak (Tengilimođlu, 2001); sađlıkları iđin neyin iyi neyin kűtű olduđu, neden tűm beklentilerinin karřılanamayacađı ve tűm sunucuların saygı duyması gereken hakları olduđu konusunda objektif ve yeterli bilgi verilmesi gerekmektedir (Kashinath vd., 2010; Tengilimođlu, 2001).

İđsel faktűrler ise; bireyin yařını, cinsiyetini, etnik kűkenini, kűltűrel deđerlerini, inanđlarını, sigortalı olma durumunu ve tedavi maliyetlerini kapsamaktadır (Groenewoud vd., 2015; Iqbal vd., 2014; řantař vd., 2016). Bireylerin sađlık hizmeti tercihini etkileyen iđ faktűrler ađısından, hastaların farklı olduđu, farklı ihtiyađları ve beklentileri olduđu gerđeđini dikkate almak gerekmektedir. Mevcut arařtırmalar, beklentilerin yalnızca tıbbi bir durumu tedavi etme ihtiyađı ile ilgili olmadıđını ortaya koymaktadır (Duralia, 2018).

Diř hekimliđi hizmetlerine yűnelik ihtiyađ ve talepler yař gruplarına gűre deđiřiklik gűstermektedir. Yařlanan nűfusun ęeřitlenmiř ihtiyađlarını karřılamak iđin uygun bakımı sađlamak gerekmektedir. űrneđin, bazı bireyler emekli olduktan sonra diř hekimliđi hizmetlerinin maliyeti nedeniyle diř hekimine gitmekten vazgeđerken (Petersen ve Yamamoto, 2005); diđer taraftan bazı ileri yařlı bireyler kamu sađlık kurumlarındaki uzun bekleme sűreleri nedeniyle űzel sađlık kurumlarını tercih etmektedir (űzkoę, 2013).

Genel olarak bir toplumun alıřkanlıkları, gelenekleri ve deđerler sistemi olarak kabul edilen kűltűr, bireyin sađlık hizmetlerine yűnelik davranıřlarının oluřmasında ve belirlenmesinde űnemli rol oynamaktadır (Duralia, 2018). Ancak diř hekimliđi uygulamalarını etkileyen sosyal ve kűltűrel etkenler; diřler, ađız ve yűz hakkındaki deđerler ve inanđlar; bu deđerlerin, inanđların ve uygulamaların farklı sosyal ve kűltűrel gruplar arasında nasıl deđiřtiđi hakkında oldukęa az řey bilinmektedir (Patrick vd., 2006). Dini farklılıklar, bir toplumun kűltűrűnűn bir paręası olarak, bireyin genellikle belirli bir arařtırma ve tedavi yűntemini onaylayıp onaylamama kararını etkilemekte bu da kurum tercih sűrecini etkilemektedir (Duralia, 2018).

Sigortalı olma durumu ve tedavi maliyetleri sađlık kurumu tercihinde űnemli bir faktűrdűr. Sunulan hizmetlerin sigorta kapsamında olup olmaması, katkı paylarının dűřűk

veya yüksek olması ve cepten ödemelerin miktarı tüm bireylerin sağlık kurumu tercihinde etkili olmaktadır (Akyürek ve Orhaner, 2017). Özellikle özel sağlık kurumlarının hizmet sunum fiyatları bireylerin kamu ve özel hastane tercihlerini etkileyen en önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir (Teymourifar vd., 2021). Özel sağlık sektörü ağırlıklı olarak varlıklı kesime hitap etmekte (Shaikh ve Hatcher, 2005); tedavi maliyetleri yüksek olmaktadır (Teymourifar vd., 2021). Bu durum, bireylerin özel sağlık kurumlarını tercih etmekten büyük ölçüde caydırmaktadır (De Bartolome ve Vosti, 1995). Sigortalı olma durumu ve tedavi maliyetleri de göz önüne alındığında, düşük gelirli bireylerin daha çok birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarını; yüksek gelirli bireylerin ise özel sağlık kurumlarını tercih etme eğiliminde olduğu görülmektedir (Özkoç, 2013). Sonuç olarak, kamu sağlık kurumların aşırı yoğun olduğu, özel sağlık kurumlarının ise genellikle kapasitelerinin altında kullanıldığı görülmektedir (Teymourifar vd., 2021).

BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Tez çalışmasının bu bölümünde; araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama aracı, veri toplama süreci, araştırma modeli ve hipotezler, verilerin analizinde kullanılan yöntemler ve ölçeğin güvenilirlik analizi hakkındaki bilgiler sunulmaktadır.

3.1. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Sağlık Bakanlığı'nın verilere göre; Kocaeli ilinde diş hekimine müracaat sayısı 987.247 olarak tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Kamu ve özel sektöre yönelik müracaat sayısı ayrıca bildirilmemiştir. Özel sektöre yönelik müracaat sayısının 100.000 kişinin üzerinde olacağı öngörülmektedir. Araştırma evreni 100.000 kişinin üzerinde olduğunda örneklem minimum 384 olarak hesaplanmaktadır. Bu nedenle araştırmanın örnekleme %95 güven aralığı, %5 yanılma payı ile 384 olarak belirlenmiştir (Coşkun vd., 2019). Bu çalışmada; Kocaeli ilinde yaşayan 18 yaş üstü, en az bir kez özel diş hekimliği kurumlarından hizmet almış bireylere anket uygulanmış ve veri toplama esnasında katılımcıların gönüllülüğü esas alınmış olup, gönüllü 389 bireye ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Aracı

Tez çalışmasında veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan toplam 34 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Anket formunun bölümleri aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

Anket formunun birinci bölümü katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 11 sorudan oluşmaktadır (**Ek-1**). Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir aralığı, sağlık güvencesi, diş hekimliği kurumunu değiştirme sıklığı, son bir yıl içerisinde diş hekimliği kurumuna başvuru sayısı, muayene ücretlerinin önemli olup olmadığı, uygulanan fiyat kampanyalarından nasıl etkilendiği ve muayene ücret bilgisine nasıl ulaştığı sorgulanmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde Çiftçi (2010) tarafından sağlık işletmesinin konumlanmasında önemli olan etkenleri belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek yer almaktadır. 23 sorudan oluşan ölçek 5'li Likert yapısında düzenlenmiş olup; "1=Çok önemli" ve "5=Hiç önemi yok" arasında derecelendirilmiştir. Ölçeğin orijinal çalışmasında geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış olup, Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,85$ olarak belirlenmiştir.

3.3. Veri Toplama Süreci

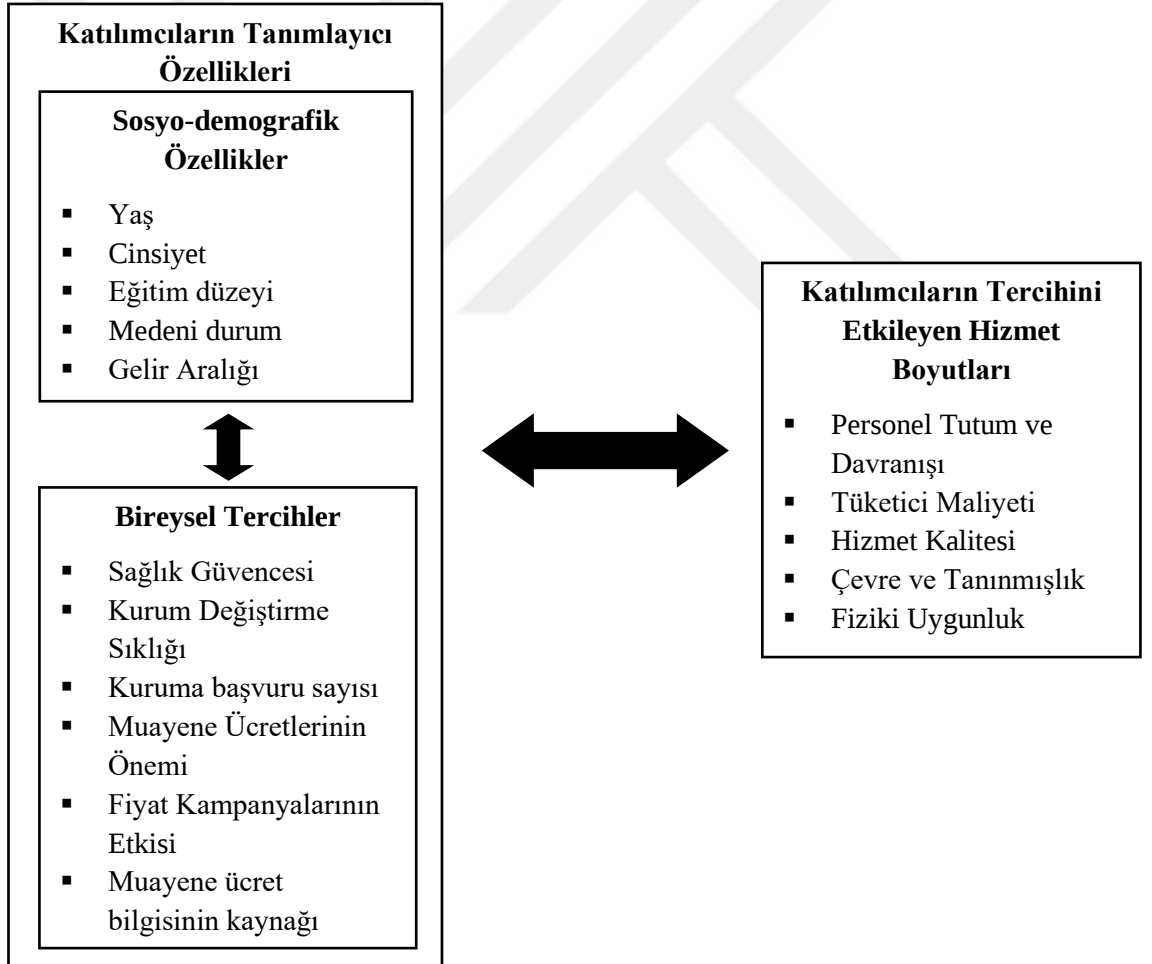
Araştırmaya başlamadan önce, 05.01.2023 tarih ve E-61923333-050.99-207339 sayılı yazı ile Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulundan onay alınmıştır (**Ek-2**). Bu doğrultuda 01.02.2023- 31.03.2023 tarihleri arasında anket yöntemiyle veriler toplanmıştır. Katılımcılar için anket sorularından önce çalışma hakkında kısa bir bilgilendirme yapılmıştır.

3.4. Araştırma Modeli ve Hipotezler

Araştırma modeli Şekil 6’da gösterilmektedir.

Şekil 6

Araştırma Modeli



Şekil 6’daki araştırma modeline uygun olarak geliştirilen hipotezler aşağıda yer almaktadır.

H₁: Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri göre katılımcıların tercihini etkileyen hizmet boyutlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre bireysel tercihlerine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Hizmet alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi vardır.

3.5. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Araştırma verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics 22 programından yararlanılmıştır. Kategorik veriler sıklık tabloları halinde özetlenmiş ve ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Anket formunda yer alan ve Likert tipi puanlama ile değerlendirilen maddelerin puan değerlerinin normal dağılıma uygun olduğu/olmadığı tespit edilmiştir.

Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde T Testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis Testi, Mann-Whitney U Testi, Ki-kare Analizi ve Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Veriler %95 güven düzeyinde ($p=0,05$) analiz edilmiştir.

3.6. Ölçeğin Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik; “bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesi” olarak tanımlanmaktadır. Bir ölçek ne kadar güvenilir ise elde edilen veriler de o kadar güvenilir kabul edilmektedir. Ölçek güvenilirliğinin belirlenebilmesi için Cronbach alfa (α) katsayısından yararlanılmaktadır. Cronbach alfa, 0 ile 1 arasında değer almakta ve değeri 1’e yaklaştıkça güvenilirliği artmaktadır. Bir ölçeğin güvenilir kabul edilebilmesi için değerinin en az 0,7 olması gerekmektedir (Coşkun vd., 2019). Ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,85$ iken, bu çalışmada 23 değişken için yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0,961$ olarak bulunmuştur. Ek olarak bu çalışmadaki alt boyutlar için yapılmış güvenilirlik analizi de Tablo 3’te yer almaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma ölçeğinin güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 3

Araştırma Ölçeğinin Cronbach Alfa Değerleri

Değişkenler	Cronbach Alfa
Personel Tutum ve Davranışı	0,903
Tüketici Maliyeti	0,848
Hizmet Kalitesi	0,940
Çevre ve Tanınmışlık	0,809
Fiziki Uygunluk	0,810

Ölçeğin daha önce geçerlilik analizinin yapılmış olması nedeniyle bu çalışmada geçerlilik analizi yapılmamıştır. Ölçeğin orijinal çalışmasında, faktör analizi kullanılarak 23 sorudan beş faktörlü bir model elde edilmiştir. Faktörlerin karşılık geldiği sorular Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4

Beş Faktör Modeli

Faktörler	Ölçekte Yer Alan Sorular
Personel Tutum ve Davranışı	1,2,3
Tüketici Maliyeti	4,5
Hizmet Kalitesi	6,7,8,9,10,11,12,13,14,15
Çevre ve Tanınmışlık	16,17,18,19
Fiziki Uygunluk	20,21,22,23

BÖLÜM 4.BULGULAR

Tez çalışmasının bu bölümünde; araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizleri yer almaktadır. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular, tanımlayıcı özelliklere göre hizmet alt boyutlarında oluşan farklılıklar, sosyo-demografik özellikler ile bireysel tercihler arasındaki ilişki ve hizmet alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi alt başlıklarda detaylıca açıklanmaktadır.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya dahil olan katılımcıların; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, gelir aralığı, sağlık güvencesi, dış hekimliği kurumunu değiştirme sıklığı, son bir yıl içerisinde dış hekimliği kurumuna başvuru sayısı, muayene ücretlerinin önemi, uygulanan fiyat kampanyalarının etkisi ve muayene ücret bilgisinin kaynağı gibi sosyo-demografik özellikleri ve bireysel tercihlerine yönelik bilgileri Tablo 5’te gösterilmektedir.

Tablo 5

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

	Frekans	Yüzde (%)
Yaş		
18-25 Yaş	61	15,7
26-35 Yaş	100	25,7
36-45 Yaş	109	28,0
46-55 Yaş	73	18,8
56-65 Yaş	38	9,8
65+ Yaş	8	2,1
Cinsiyet		
Kadın	254	65,3
Erkek	135	34,7
Eğitim Düzeyi		
Lise ve Altı	140	36,0
Ön Lisans ve Üzeri	249	64,0
Medeni Durum		
Evli	276	71,0
Bekar	113	29,0
Gelir Aralığı		
8500 TL ve Altı	87	22,4
8501- 17000 TL	161	41,4
17001 TL ve Üzeri	141	36,2
Dış Hekimliği Kurumunu Değiştirme Sıklığı		
Sık	17	4,4
Bir Problem Yaşadığımda	247	63,5
Hiç	125	32,1
Son Bir Yılda Dış Hekimliği Kurumuna Başvuru Sayısı		
1 Kez	254	65,3

2 Kez ve Üzeri	135	34,6
Muayene Ücretlerinin Önemi		
Önemli	360	92,5
Önemli Değil	29	7,5
Fiyat Kampanyalarının Etkisi		
Etkiler	303	77,9
Etkilemez	86	22,1
Muayene Ücret Bilgisinin Kaynağı		
Çevre	139	35,7
Hastane	198	50,9
Sosyal Medya	41	10,5
Diğer (Afiş, Broşür vs.)	11	2,8

Araştırmaya dahil olan katılımcıların; %28'inin 36-45 yaş aralığında, %65,3'ünün kadın, %64'ünün ön lisans ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu; %71'inin evli, %41,4'ünün 8501-17000 TL gelir aralığında, %63,5'inin bir problem yaşadığında diş hekimliği kurumunu değiştirdiği, %65,3'ünün son 1 yılda 1 kez diş hekimliği kurumuna başvurduğu, %92,5'inin muayene ücretlerini önemli bulduğu, %77,9'unun fiyat kampanyalarından etkilendiği, %50,9'unun muayene ücret bilgisini hastaneden edindiği görülmektedir.

4.2. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Hizmet Alt Boyutlarında Oluşan Farklılıklar

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre hizmet tercihinin etkileyen boyutlar arasındaki farklılıklar araştırma hipotezleri çerçevesinde analiz edilmiştir. Katılımcıların yaşı ve gelir aralığı ile hizmet boyutları arasındaki farklılığı ölçmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA); cinsiyeti, eğitim düzeyi ve son bir yılda hizmet sayısına göre boyutlardaki farklılığı ölçmek için bağımsız örneklerde T Testi; medeni durumu, muayene ücretlerinin önemi ve fiyat kampanyalarının etkisi ile hizmet boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek için (kategorik değişkenler arasındaki fark büyük olduğu için) Mann-Whitney U Testi; diş hekimliği kurumunu değiştirme sıklığı ve muayene ücret bilgisinin kaynağı ile hizmet boyutları arasındaki ilişkiyi ölçmek için (kategorik değişkenler arasındaki fark büyük olduğu için) Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Verilere ilişkin normallik analizi yapılmış olup; analiz için Shapiro – Wilk ve Kolmogorov – Smirnov testinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uyan verilere parametrik, normal dağılıma uymayan verilere non-parametrik testler uygulanmıştır. Yapılan test sonuçlarına göre katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, son bir yılda diş hekimliği kurumuna başvuru sayısı ve muayene ücret bilgisinin kaynağı ile hizmet boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu başlık altında anlamlı farklılık bulunmayan analizlere yer verilmemiş olup, anlamlı farklılık bulunan analiz sonuçları yer almaktadır.

Katılımcıların tercihini etkileyen hizmet alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını ölçmek için yapılan T Testi sonuçları incelendiğinde; cinsiyete göre tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 6). Bu doğrultuda erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre personel tutum ve davranışı, tüketici maliyeti, hizmet kalitesi, çevre ve tanınmışlık ve fiziki uygunluk alt boyutlarını daha fazla önemli bulduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 6

Cinsiyete Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi

Değişkenler	Cinsiyet	Ort.	Levene Testi		T- Testi		
			F	P	Varyans Eşitliği	T	P*
Personel Tutum ve Davranışı	Kadın	4,3478	23,043	,000	Eşit Değil	2,999	,003
	Erkek	3,9136					
Tüketici Maliyeti	Kadın	4,2480	18,993	,000	Eşit Değil	3,577	,000
	Erkek	3,7481					
Hizmet Kalitesi	Kadın	4,2465	15,432	,000	Eşit Değil	3,934	,000
	Erkek	3,7852					
Çevre ve Tanınmışlık	Kadın	3,4498	,006	,939	Eşit	2,840	,005
	Erkek	3,1426					
Fiziki Uygunluk	Kadın	3,5640	,073	,787	Eşit	3,070	,002
	Erkek	3,2426					

*T Testi ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların tercihini etkileyen hizmet alt boyutlarının gelir gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçları incelendiğinde; personel tutum ve davranışı, tüketici maliyeti, hizmet kalitesi, çevre ve tanınmışlık ile gelir grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Fiziki uygunluk ile gelir grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 7). Fark 8500 TL ve altı gelire sahip bireylerle 17001 TL ve üzeri gelire sahip bireylerden kaynaklanmaktadır. Bunun sonucunda 17000 TL ve üzeri gelire sahip olan katılımcıların sağlık kurumunun fiziki uygunluğuna verdiği önemin, 8500 TL ve altı gelir aralığında bulunan katılımcıların sağlık kurumunun fiziki uygunluğuna verdiği önemden daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 7*Gelir Aralığına Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi*

Değişkenler	Gelir Aralığı	N	Ort.	SS	F	P*	Post Hoc
Personel Tutum ve Davranışı	8500 TL ve Altı	87	4,2414	1,31449	1,569	,210	-
	8501- 17000 TL	161	4,0663	1,34568			
	17001 TL ve Üzeri	141	4,3191	1,13450			
Tüketici Maliyeti	8500 TL ve Altı	87	4,0632	1,39310	,160	,853	-
	8501- 17000 TL	161	4,0404	1,28935			
	17001 TL ve Üzeri	141	4,1206	1,09854			
Hizmet Kalitesi	8500 TL ve Altı	87	4,1057	1,15057	,020	,980	-
	8501- 17000 TL	161	4,0776	1,08495			
	17001 TL ve Üzeri	141	4,0844	,94983			
Çevre ve Tanınmışlık	8500 TL ve Altı	87	3,5287	1,14401	2,639	,073	-
	8501- 17000 TL	161	3,3587	,98178			
	17001 TL ve Üzeri	141	3,2110	,98302			
Fiziki Uygunluk	8500 TL ve Altı ₁	87	3,6379	1,11201	3,040	,049	Tukey 3>1
	8501- 17000 TL ₂	161	3,4767	,97660			
	17001 TL ve Üzeri ₃	141	3,3103	,91802			

*ANOVA Testi ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların tercihini etkileyen hizmet alt boyutlarının kurum değiştirme sıklığına göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan Kruskal-Wallis Test sonuçları incelendiğinde; personel tutum ve davranışı, tüketici maliyeti, hizmet kalitesi ve fiziki uygunluk ile kurum değiştirme sıklığı arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Çevre ve tanınmışlık ile kurum değiştirme sıklığı arasında ise anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 8). Fark bir problem yaşadığında kurum değiştiren bireylerle sık kurum değiştiren bireylerden kaynaklanmaktadır. Bunun sonucunda bir problem yaşadıklarında kurum değiştirme sıklığına sahip olan katılımcıların çevre ve tanınmışlığa verdiği önemin, sık olarak kurum değiştiren katılımcıların çevre ve tanınmışlığa verdiği önemden daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 8*Kurum Değişirme Sıklığına Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi*

Değişkenler	Kurum Değişirme Sıklığı	N	Ortalama Değer	Ki-Kare	P*	Post Hoc
Personel Tutum ve Davranışı	Sık	17	200,03	,365	,833	-
	Bir Problem Yaşadığımda	247	197,01			
	Hiç	125	190,34			
Tüketici Maliyeti	Sık	17	204,24	,407	,816	-
	Bir Problem Yaşadığımda	247	196,65			
	Hiç	125	190,48			
Hizmet Kalitesi	Sık	17	178,38	,393	,822	-
	Bir Problem Yaşadığımda	247	195,95			
	Hiç	125	195,39			
Çevre ve Tanınmışlık	Sık ₁	17	136,97	6,288	,043	Tamhane T2 2>1
	Bir Problem Yaşadığımda ₂	247	202,76			
	Hiç ₃	125	187,56			
Fiziki Uygunluk	Sık	17	140,26	4,613	,100	-
	Bir Problem Yaşadığımda	247	200,01			
	Hiç	125	192,54			

* Kruskal-Wallis Testi ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların tercihini etkileyen hizmet alt boyutlarının muayene ücretlerinin önemine göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan Mann-Whitney U Test sonuçları incelendiğinde; personel tutum ve davranışı, hizmet kalitesi ve fiziki uygunluk ile muayene ücretlerinin önemi arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tüketici maliyeti ve çevre ve tanınmışlık ile muayene ücretlerinin önemi arasında ise anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9*Muayene Ücretlerinin Önemine Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi*

Değişkenler	Muayene Ücretlerinin Önemi	N	Ortalama Değer	Toplam Değer	MWU	P*
Personel Tutum ve Davranışı	Önemli	360	194,09	69871,50	4891,500	,552
	Önemli Değil	29	206,33	5983,50		
Tüketici Maliyeti	Önemli	360	198,65	71514,00	3906,000	,018
	Önemli Değil	29	149,69	4341,00		
Hizmet Kalitesi	Önemli	360	197,15	70973,00	4447,000	,183
	Önemli Değil	29	168,34	4882,00		
Çevre ve Tanınmışlık	Önemli	360	198,24	71367,00	4053,000	,045
	Önemli Değil	29	154,76	4488,00		
Fiziki Uygunluk	Önemli	360	196,56	70761,00	4659,000	,334
	Önemli Değil	29	175,66	5094,00		

*Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların tercihini etkileyen hizmet alt boyutlarının fiyat kampanyalarının etkisine göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik yapılan Mann-Whitney U Test sonuçları incelendiğinde; personel tutum ve davranışı ve hizmet kalitesi ile fiyat kampanyalarının etkisi arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Tüketici maliyeti, çevre ve tanınmışlık ve fiziki uygunluk ile fiyat kampanyalarının etkisi arasında anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10*Fiyat Kampanyalarının Etkisine Göre Hizmet Alt Boyutlarının Analizi*

Değişkenler	Fiyat Kampanyalarının Etkisi	N	Ortalama Değer	Toplam Değer	MWU	P*
Personel Tutum ve Davranışı	Etkiler	303	196,85	59645,50	12468,500	,521
	Etkilemez	86	188,48	16209,50		
Tüketici Maliyeti	Etkiler	303	204,56	61980,50	10133,500	,001
	Etkilemez	86	161,33	13874,50		
Hizmet Kalitesi	Etkiler	303	199,73	60519,50	11594,500	,118
	Etkilemez	86	178,32	15335,50		
Çevre ve Tanınmışlık	Etkiler	303	203,32	61606,50	10507,500	,006
	Etkilemez	86	165,68	14248,50		
Fiziki Uygunluk	Etkiler	303	201,54	61066,00	11048,000	,031
	Etkilemez	86	171,97	14789,00		

*Mann Whitney U Testi ile analiz edilmiştir.

4.3. Sosyo-demografik Özellikler ile Bireysel Tercihler Arasındaki İlişki

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bireysel tercihleri arasındaki ilişki araştırma hipotezleri çerçevesinde Ki-Kare Testi ile analiz edilmiştir. Yapılan test sonuçlarına göre kurum değiştirme sıklığı, kuruma başvuru sayısı, muayene ücretlerinin önemi, fiyat kampanyalarının etkisi ve muayene ücret bilgisinin kaynağı ile yaş, eğitim düzeyi ve medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Cinsiyet ile kurum değiştirme sıklığı, muayene ücretlerinin önemi ve muayene ücret bilgisinin kaynağı arasında; gelir aralığı ile muayene ücretlerinin önemi ve fiyat kampanyalarının etkisi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu başlıkta anlamlı ilişki bulunan analiz sonuçları yer almaktadır.

Kadınların %67'sinin (n=170); erkeklerin ise %57'sinin (n=77) bir problem yaşadığında kurum değiştirdiği görülmüştür. Ayrıca kurum değiştirme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11

Kurum Değiştirme Sıklığı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

Kurum Değiştirme Sıklığı		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Sık	Gözlenen	13,0	4,0	17,0
	Beklenen	11,1	5,9	17,0
Bir Problem Yaşadığımda	Gözlenen	170,0	77,0	247,0
	Beklenen	161,3	85,7	247,0
Hiç	Gözlenen	71,0	54,0	125,0
	Beklenen	81,6	43,4	125,0
TOPLAM	Gözlenen	254,0	135,0	389,0
	Beklenen	254,0	135,0	389,0
Ki-kare= 6,277; df=2; p=,043				

*Ki-kare ile analiz edilmiştir.

Kadınların %95'inin (n=240); erkeklerin ise %89'unun (n=120) muayene ücretlerini önemli bulduğu görülmüştür. Ayrıca muayene ücretlerinin önemi ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12*Muayene Ücretlerinin Önemi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki*

Muayene Ücretlerinin Önemi		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Önemli	Gözlenen	240,0	120,0	360,0
	Beklenen	235,1	124,9	360,0
Önemli Değil	Gözlenen	14,0	15,0	29,0
	Beklenen	18,9	10,1	29,0
Toplam	Gözlenen	254,0	135,0	389,0
	Beklenen	254,0	135,0	389,0
Ki-kare=4,006; df=1; p=,045				

*Ki-kare ile analiz edilmiştir.

Kadınların %57'sinin (n=143) muayene ücret bilgisini hastaneden; erkeklerin ise %43'nün (n=58) muayene ücret bilgisini çevreden öğrendiği görülmüştür. Ayrıca muayene ücret bilgisinin kaynağı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13*Muayene Ücret Bilgisinin Kaynağı ile Cinsiyet Arasındaki İlişki*

Muayene Ücret Bilgisinin Kaynağı		Cinsiyet		Toplam
		Kadın	Erkek	
Çevre	Gözlenen	81,0	58,0	139,0
	Beklenen	90,8	48,2	139,0
Hastane	Gözlenen	143,0	55,0	198,0
	Beklenen	129,3	68,7	198,0
Sosyal Medya	Gözlenen	23,0	18,0	41,0
	Beklenen	26,8	14,2	41,0
Diğer (Afiş, Broşür vs.)	Gözlenen	7,0	4,0	11,0
	Beklenen	7,2	3,8	11,0
Toplam	Gözlenen	254,0	135,0	389,0
	Beklenen	254,1	134,9	389,0
Ki-kare= 8,761; df= 3; p= ,033				

*Ki-kare ile analiz edilmiştir.

Gelir aralığı 8500 TL ve altı olanların %98'inin (n=85); gelir aralığı 8501- 17000 TL olanların %95'inin (n=152); gelir aralığı 17001 TL ve üzeri olanların ise %87'sinin (n=123) muayene ücretlerini önemli bulduğu görülmüştür. Ayrıca muayene ücretlerinin önemi ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14*Muayene Ücretlerinin Önemi ile Gelir Aralığı Arasındaki İlişki*

Muayene Ücretlerinin Önemi		Gelir Aralığı			Toplam
		8500 TL ve Altı	8501- 17000 TL	17001 TL ve Üzeri	
Önemli	Gözlenen	85,0	152,0	123,0	360,0
	Beklenen	80,5	149,0	130,5	360,0
Önemli Değil	Gözlenen	2,0	9,0	18,0	29,0
	Beklenen	6,5	12,0	10,5	29,0
Toplam	Gözlenen	87,0	161,0	141,0	389,0
	Beklenen	87,0	161,0	141,0	389,0
Ki-kare=9,929; df=2; p=,007					

*Ki-kare ile analiz edilmiştir.

Gelir aralığı 8500 TL ve altı olanların %81'inin (n=70); gelir aralığı 8501- 17000 TL olanların %87'sinin (n=140); gelir aralığı 17001 TL ve üzeri olanların ise %66'sının (n=93) fiyat kampanyalarından etkilendiği görülmüştür. Fiyat kampanyaları ile gelir aralığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p<0,05) (Tablo 15).

Tablo 15*Fiyat Kampanyaları ile Gelir Aralığı Arasındaki İlişki*

Fiyat Kampanyaları		Gelir Aralığı			Toplam
		8500 TL ve Altı	8501- 17000 TL	17001 TL ve Üzeri	
Etkiler	Gözlenen	70,0	140,0	93,0	303,0
	Beklenen	67,8	125,4	109,8	303,0
Etkilemez	Gözlenen	17,0	21,0	48,0	86,0
	Beklenen	19,2	35,6	31,2	86,0
TOPLAM	Gözlenen	87,0	161,0	141,0	389,0
	Beklenen	87,0	161,0	141,0	389,0
Ki-kare=19,678; df=2; p=,000					

*Ki-kare ile analiz edilmiştir.

4.4. Hizmet Alt Boyutlarının Birbiriyle İlişkisi

Bu başlık altında hizmet alt boyutlarının birbirleriyle olan ilişkisi incelenmektedir. Korelasyon analizinde bulunan korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasındaki değerleri alabilmekte ve korelasyon katsayısının işareti ilişkinin pozitif mi yoksa negatif yönde mi olduğunu göstermektedir (Coşkun vd., 2019).

Değişkenler arasındaki ilişkilerin saptanması amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Buna göre Tablo 16'da görüldüğü üzere personel tutum ve davranışı ile tüketici maliyeti arasında, personel tutum ve davranışı ile hizmet kalitesi arasında, tüketici maliyeti ile hizmet kalitesi arasında, çevre ve tanınmışlık ile fiziki uygunluk arasında yüksek şiddette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki; personel tutum ve davranışı ile

fiziki uygunluk arasında, tüketici maliyeti ile çevre ve tanınmışlık arasında, tüketici maliyeti ile fiziki uygunluk arasında, hizmet kalitesi ile çevre ve tanınmışlık arasında, hizmet kalitesi ile fiziki uygunluk arasında orta şiddette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki; personel tutum ve davranışı ile çevre ve tanınmışlık arasında zayıf şiddette pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 16

Hizmet Alt Boyutlarının Birbiriyle İlişkisi

		Personel Tutum ve Davranışı	Tüketici Maliyeti	Hizmet Kalitesi	Çevre ve Tanınmışlık	Fiziki Uygunluk
Personel Tutum ve Davranışı	Pearson Korelasyon	1	,828**	,896**	,467**	,558**
	p (iki yönlü)		,000	,000	,000	,000
	N	389	389	389	389	389
Tüketici Maliyeti	Pearson Korelasyon	,828**	1	,866**	,519**	,608**
	p (iki yönlü)	,000		,000	,000	,000
	N	389	389	389	389	389
Hizmet Kalitesi	Pearson Korelasyon	,896**	,866**	1	,551**	,689**
	p (iki yönlü)	,000	,000		,000	,000
	N	389	389	389	389	389
Çevre ve Tanınmışlık	Pearson Korelasyon	,467**	,519**	,551**	1	,706**
	p (iki yönlü)	,000	,000	,000		,000
	N	389	389	389	389	389
Fiziki Uygunluk	Pearson Korelasyon	,558**	,608**	,689**	,706**	1
	p (iki yönlü)	,000	,000	,000	,000	
	N	389	389	389	389	389

Bu bulgulara göre H₁ (Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri göre katılımcıların tercihini etkileyen hizmet boyutlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır), H₂ (Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre bireysel tercihlerine ilişkin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır) ve H₃ (Hizmet alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi vardır) hipotezleri kabul edilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Diş hekimliği hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı duyan bireylerin önemli bir kısmının özel sektöre yöneldiği görülmektedir. Özel sektör bazında bireylerin tercihini etkileyen birçok faktör mevcuttur. Hizmet fiyatları, bu faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tez çalışmasında; özel diş hekimliği hizmetlerinde fiyatlandırmanın bireylerin kurum tercihini, eğitim ve gelir durumları çerçevesinde özel diş hekimliği hizmeti alma eğilimlerinin ve aldıkları özel hizmetlerde dikkat ettikleri unsurların belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Tezin amacı doğrultusunda ilk olarak literatür taraması yapılmış olup; ağız ve diş sağlığının önemine, diş hekimliği hizmetlerinin sunumuna, finansmanına, fiyatlandırma sürecine ve bireylerin sağlık kurumu tercihine etki eden faktörlere yer verilmiştir. Sonrasında Kocaeli ilinde yaşayan 18 yaş üstü, en az bir kez özel diş hekimliği kurumlarından hizmet almış bireylere anket uygulanmış ve gönüllü 389 bireye ulaşılmıştır. Elde edilen veriler çerçevesinde hizmet fiyatlandırmasının, özel diş hekimliği hizmetlerini kullanmayı tercih eden bireylerin kurum tercihini ve tutumunu nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile hizmet alt boyutlarının ilişkisi; hizmet fiyatlandırmasının bireylerin kurum tercihini, eğitim ve gelir durumları çerçevesinde özel diş hekimliği hizmeti alma eğilimlerinin ve aldıkları özel hizmetlerde dikkat ettikleri unsurların belirlenmesi amacıyla sosyodemografik özellikler ile bireysel tercihler arasındaki ilişki ve hizmet alt boyutlarının birbiriyle ilişkisi analiz edilmiştir. Hizmet alt boyutları personel tutum ve davranışı, tüketici maliyeti, hizmet kalitesi, çevre ve tanınmışlık ve fiziki uygunluk olmak üzere beş boyuttan meydana gelmektedir. Araştırma sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre hizmet alt boyutlarında oluşan farklılıklar incelendiğinde cinsiyet, gelir aralığı, kurum değiştirme sıklığı, muayene ücretlerinin önemi ve fiyat kampanyalarının etkisi için anlamlı farklılık bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyetine bağlı olarak hizmet alt boyutları incelendiğinde; erkek katılımcıların personel tutum ve davranışı, tüketici maliyeti, hizmet kalitesi, çevre ve tanınmışlık ve fiziki uygunluk alt boyutlarına verdiği önemin kadın katılımcılara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların hizmet beklentilerinin, kadın katılımcıların hizmet beklentilerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bağlamda erkek katılımcıların bir taraftan iyi ve kaliteli hizmet almayı arzu ettiği diğer

tarafından da maliyetleri göz önünde bulundurduğu söylenebilir. Yüksek beklentiler nedeniyle erkek katılımcıların daha fazla özel hastane kullanma eğilimi gösterebileceği düşünülmektedir. Ülkemizde dış hekimliği hizmetlerinin ağırlıklı olarak cepten ödemelerle finanse edilmesinin ve ev ekonomisinin ağırlıklı olarak erkekler üzerinden yapılıyor olmasının bu sonuç üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda da cinsiyet değişkeninin bireylerin sağlık kurumu tercihini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Al-Doghaither vd., 2003; Aydın, 2021; Şantaş vd., 2016; Yetim ve Çelik, 2021). Aydın (2021) tarafından yapılan çalışmada; hizmet kalitesi ve çevre ve tanınmışlık alt boyutlarını kadınların daha fazla önemsedikleri bulunmuş; ancak personel tutum ve davranışı, tüketici maliyeti ve fiziki uygunluk alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Al-Doghaither ve diğerleri (2003) tarafından yapılan çalışmaya göre erkeklerin özel sağlık kurumlarını tercih etme eğilimleri daha fazlayken; Yetim ve Çelik (2021) tarafından yapılan çalışmaya göre kadınların özel sağlık kurumlarını tercih etme eğilimleri daha fazladır. Yapılan farklı diğer çalışmalara göre ise cinsiyet ile sağlık kurumu tercihi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir (Kayaoğlu ve Gülmez, 2020; Kutlu, 2017; Öztürk vd., 2021).

Katılımcıların gelir aralığına bağlı olarak hizmet alt boyutları incelendiğinde; tüm gelir grupları için yalnızca fiziki uygunluk alt boyutunun önemli olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra 17000 TL ve üzeri gelire sahip olan katılımcıların, 8500 TL ve altı gelir aralığında bulunan katılımcılara göre sağlık kurumunun fiziki uygunluğuna daha fazla önem verdiği görülmektedir. Özel sağlık kurumlarına yönelen katılımcılar konfor alanlarına önem vermekte ve gelir seviyesi artış gösterdikçe konfor alanlarına verdikleri önem derecesi de artış göstermektedir. Yapılan farklı çalışmalarda fiziksel koşulların sağlık kurumu tercihini etkilediği sonucuna ulaşılmış ve sağlık kurumlarında fiziksel koşulların iyileştirilmesi durumunda tercih edilebilirliklerinin arttırılabileceği yorumu yapılmıştır (Aytekin, 2016; Bilgin, 2019; Çiftçi, 2010; Gökaya ve Erdem, 2017; Kutlu, 2017; Şantaş vd., 2016).

Katılımcıların kurum değiştirme sıklığına bağlı olarak hizmet alt boyutları incelendiğinde; katılımcıların kurum değiştirme sıklıklarında yalnızca çevre ve tanınmışlık alt boyutunun önemli olduğu tespit edilmiştir. Bir problem yaşadıklarında kurum değiştiren katılımcıların, sık olarak kurum değiştiren katılımcılara göre çevre ve tanınmışlığa daha fazla önem verdiği görülmektedir. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%63,5) bir problem yaşadıklarında kurum değişikliğine gitmektedir. Bireyler sağlık

hizmetleri söz konusu olduğunda minimum düzeyde risk almayı tercih etmekte; belirli bir süre hizmet vermiş, tanınmış ve güvenilir hekim ve kurumlardan hizmet almaya gayret göstermektedir. Karşılaştıkları problem karşısında daha iyi ve kaliteli hizmet almak isteyen bireyler farklı sıklıklarda kurum değişikliğine gidebilmektedir. Bireyler yeni tercih edecekleri kurumda da önceki gibi bir problemle karşılaşmamak için hekimin ve kurumun ünüyle, medyaya yansısıyla, logo veya tabelasıyla beraber kurumun marka imajını dikkate almaktadır. Dolayısıyla sağlık sektöründe uzun yıllar hizmet vermiş, tanınmış ve markalaşmış olan sağlık kurumları daha fazla tercih edilmektedir (Öztürk vd., 2021). Bu bağlamda katılımcıların kurum değiştirirken çevre ve tanınmışlık alt boyutunu dikkate alması şaşırtıcı bir sonuç değildir. Ek olarak, sık olarak kurum değiştiren katılımcıların, bir problem yaşadıklarında kurum değiştiren katılımcılara göre kendi deneyimlerine daha fazla güvendikleri yorumu yapılabilir. (Korkutan, 2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların kurum tercihinde kurumda çalışan hekimin, hastanenin kalitesinin, hastanenin ulaşılabilirliğinin ve çevre tavsiyelerinin etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Benzer şekilde, diğer çalışmalarda da hastane marka imajının bireyler tarafından önemsendiği ve kurum tercihinde etkili olduğu sonucu ortaya konulmuştur (Erdem ve Tuzcuoğlu, 2021; Gökkaya ve Erdem, 2017; Kutlu, 2017; Malik ve Sharma, 2017).

Katılımcıların muayene ücretlerine verdikleri öneme bağlı olarak hizmet alt boyutları incelendiğinde; katılımcıların muayene ücretleri konusunda tüketici maliyetine ve çevre ve tanınmışlık alt boyutlarında önem verdiği tespit edilmiştir. Ayrıca katılımcıların büyük bir kısmı (%92,5) muayene ücretlerine önem vermektedir. Bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir (Aytekin, 2016; Bilgin, 2019; Gökkaya ve Erdem, 2017; Korkutan, 2021). Bireyler en kaliteli sağlık hizmetini en makul maliyetlerle sağlamak istemektedir. Ancak hizmet kalitesi bireyler tarafından her zaman doğru şekilde algılanamadığından, dışarıdan gördükleri şekilde hizmeti kendilerince yorumlamaktadır. Algılanan kalite bireyin tatmin düzeyini etkilemekte; bu etkileşim de muayene ve tedavi ücret algısını etkilemektedir (Dölarslan ve Özer, 2014). Hizmet kaliteli algılandıkça ve tatmin düzeyi arttıkça bireyler, maliyetleri makul kabul edecektir. Dolayısıyla bireyler çevre ve tanınmışlık alt boyutuna göre hizmet kalitesi hakkında çıkarımda bulunabilir ve tüketici maliyetlerini kendine göre değerlendirebilir veya tüketici maliyetleri alt boyutuna göre aldığı hizmet ücretini fazla bulup kurum değiştirir ve yeni gideceği kurumu çevre ve tanınmışlık alt boyutuna göre tercih edebilir. Bilgin (2019)'un çalışmasında da benzer şekilde muayene ücretlerini

önemli bulan bireylerin tüketici maliyeti ve çevre ve tanınmışlık alt boyutlarını önemli bulduğu sonucuna ulaşmıştır.

Katılımcıların fiyat kampanyalarından etkilenmesine bağlı olarak hizmet alt boyutları incelendiğinde; fiyat kampanyalarının etkisinin tüketici maliyeti, çevre ve tanınmışlık ve fiziki uygunluk alt boyutlarında önemli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmı (%77,9) sağlık kurumu tercihinde fiyat kampanyalarından etkilenmektedir. Fiyat kampanyalarının tüketici maliyeti açısından önemli bulunmasının nedeni, özellikle dış hekimliği hizmetleri gibi yüksek maliyetli hizmetlerde, bireylerin kampanyalı ve kampanyasız maliyetlerin nasıl olacağını ve aradaki farkı değerlendirmesi olduğu; çevre ve tanınmışlık açısından önemli bulunmasının nedeni, marka imajına göre yapılan kampanyanın hizmet kalitesini etkileyip etkilemeyeceğini değerlendirmesi olduğu; fiziki uygunluk açısından önemli bulunmasının nedeni ise, kurumun kapasitesinin kampanyanın etkilerini kaldırabilecek boyutta olup olmadığını değerlendirmesi olduğu düşünülmektedir. Bilgin (2019)'un yaptığı çalışmaya göre ise fiyat kampanyaları personel tutum ve davranışları, tüketici maliyeti, çevre ve tanınmışlık ve fiziki uygunluk alt boyutlarında önemli bulunmuştur.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile bireysel tercihlerinin analiz sonuçlarına göre cinsiyet ile kurum değiştirme sıklığı, muayene ücretlerinin önemi ve muayene ücret bilgisinin kaynağı arasında; gelir aralığı ile muayene ücretlerinin önemi ve fiyat kampanyaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyetine bağlı olarak kurum değiştirme sıklığı incelendiğinde; anlamlı ilişki olduğu ve beklenen sayılarla gözlenen sayıların değişiklik gösterdiği görülmektedir. Kadın ve erkek katılımcıların ağırlıklı olarak bir problem yaşadığında kurum değiştirdiği ancak oransal olarak kadınların, beklenenden ve erkek katılımcılardan daha fazla kurum değişikliğine gittiği tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların hasta memnuniyeti ve hasta sadakati düzeyinin daha düşük olduğu, bu nedenle erkek katılımcılardan daha fazla kurum değişikliğine gittiği düşünülmektedir. Bilgin (2019) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde hastane değiştirme sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Zengin ve Sağlam (2022) tarafından hasta memnuniyeti ve hasta sadakatının sosyodemografik değişkenler bakımından farklılaşıp farklılaşmadığı incelenen çalışmada; Kocaeli'nde erkeklerin hasta memnuniyeti ve hasta sadakati değerlerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çetintürk (2019) tarafından yürütülen çalışmada da

erkeklerin hasta memnuniyeti değerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüş; ancak cinsiyet ile hasta sadakati arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Katılımcıların cinsiyetine bağlı olarak muayene ücretlerinin önemi incelendiğinde; anlamlı ilişki olduğu ve beklenen sayılarla gözlenen sayıların değişiklik gösterdiği görülmektedir. Kadın ve erkek katılımcıların ağırlıklı olarak muayene ücretlerini önemli bulduğu ancak oransal olarak kadınların beklenenden ve erkek katılımcılardan daha fazla muayene ücretlerini nemsemişi tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak kadınların ekonomik bağımsızlıklarının erkeklere göre daha az olması olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların cinsiyetine bağlı olarak muayene ücret bilgisinin kaynağı incelendiğinde; anlamlı ilişki olduğu ve beklenen sayılarla gözlenen sayıların değişiklik gösterdiği görülmektedir. Kadın katılımcıların ağırlıklı olarak (yarısından fazlası) muayene ücret bilgisini beklenenden daha fazla hastaneden; erkek katılımcıların ise ağırlıklı olarak (yarısından azı) muayene ücret bilgisini beklenenden daha fazla çevresinden edindiği tespit edilmiştir. Erkek katılımcılar hastaneden beklenenden daha az ücret bilgisi edinmektedir. Bu doğrultuda kadın katılımcıların genellikle ücret bilgisini sağlık hizmeti alacağı ana kaynaktan, doğru ve net şekilde öğrenmek istedikleri; erkek katılımcıların ise genellikle ücret bilgisini yakınlarının bilgi ve deneyimlerine güvenerek elde etmek istedikleri düşünülmektedir. Bu durum, kadın katılımcıların muayene ücretlerini erkek katılımcılardan daha fazla nemsemesinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Katılımcıların gelir aralığına bağlı olarak muayene ücretlerinin önemi incelendiğinde; anlamlı ilişki olduğu ve beklenen sayılarla gözlenen sayıların değişiklik gösterdiği görülmektedir. Tüm gelir aralığındaki katılımcıların ağırlıklı olarak muayene ücretlerini önemli bulduğu ancak oransal olarak gelir aralığı 8500 TL ve altı olan katılımcıların beklenenden ve diğer aralıktaki katılımcılardan daha fazla muayene ücretlerini nemsemişi tespit edilmiştir. Diş hekimliği hizmetleri, kamu sağlık kurumlarında sıra bulunamaması veya daha kaliteli hizmet verildiği düşüncesiyle ağırlıklı olarak özel sektörde sunulmaktadır. Özel diş hekimliği hizmetleri, pahalı hizmetler olmakla birlikte genellikle sigorta kapsamında olmayıp cepten ödemelerle finanse edilmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan bireylerin özel hastane kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Al-Doghaither vd., 2003; Kutlu, 2017). Gelir aralığı düşük düzeyde olan bireylerin muayene ücretlerini en fazla önemseyen grup olması olağandır. Bu bireyler özel diş hekimliği hizmetlerinde çok yüksek ücretlerle karşılaşması ve kamu kurumlarında uzun bekleme sürelerine maruz kalması durumunda, ya ihtiyaç duydukları

anda tedaviye ulaşamayacaklar ya da hastalık şiddetine göre bütçelerini zorlayacaklardır. Yapılan araştırmaya göre sigorta ve maliyet faktörünün sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir faktör olduğu; sigorta dışında cepten ödemelerin olması, alınacak hizmet için her türlü maliyete katlanabilme ve beklenmeyen maliyetlerin çıkması hastalık şiddeti artış gösterdikçe önemsizleştiği sonucuna ulaşılmıştır (Gökkaya ve Erdem, 2017). Bilgin (2019) tarafından yürütülen çalışmasında da benzer şekilde gelir düzeyi ile ücreti önemli görüp görmeme arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir aralığına bağlı olarak fiyat kampanyalarının etkisi incelendiğinde; anlamlı ilişki olduğu ve beklenen sayılarla gözlenen sayıların değişiklik gösterdiği görülmektedir. Tüm gelir aralığındaki katılımcıların ağırlıklı olarak fiyat kampanyalarından etkilendiği ancak oransal olarak gelir aralığı 8501- 17000 TL olan katılımcıların beklenenden ve diğer aralıktaki katılımcılardan daha fazla fiyat kampanyalarından etkilendiği tespit edilmiştir. Bu sonuç üst gelir grubunun fiyat kampanyasına ihtiyaç duymadan hizmete rahatça erişebilmesinden ve alt gelir grubunun fiyat kampanyası olsa dahi hizmete erişmekte zorlanmasından kaynaklanıyor olabilir. Orta gelir grubunun dış hekimliği hizmeti alırken minimum harcamayla maksimum faydayı sağlamayı hedeflediği düşünülmektedir.

Genel anlamda kurumların fiyatlandırma politikalarının bireyler ve kurumların kendi üzerlerinde etkisi olduğu görülmektedir. Dış hekimliği hizmetlerinde fiyatlandırma bireylerin kurum tercihinde, hizmete erişiminde, sağlık ve refah düzeyinde etkili olmakta, dolayısıyla özel dış hekimliği kurumları da tercih edilebilirlikleri ve kapasite kullanımı bakımından fiyatlandırmadan etkilenmektedir.

Yukarıda bahsi geçen sonuçlar doğrultusunda dış hekimliği hizmetleri veren kurumlar tercih edilebilirliklerini artırabilmek için; tanıtım faaliyetlerinde ve hizmet sunumunda cinsiyet faktörüne dikkat edebilir, hasta profili ve kapasitesi doğrultusunda bekleme alanlarını, iç-dış mimarisini düzenleyebilir ve asansör, otopark gibi olanaklar sağlayabilir. Hasta hakları birimine özen gösterilerek gelişiminin desteklenmesi; dilek, öneri ve şikayetlerin dikkate alınması; belirli periyotlarda memnuniyet anketlerinin düzenlenmesi, bireylerin hizmet alım sürecinde karşılaştıkları problemlere çözüm odaklı yaklaşılması gibi konulara dikkat edilmesi hasta ve refakatçilere kendilerini değerli hissettirecek ve hasta memnuniyetini sağlayacaktır. Memnuniyetin sağlanması, hasta sadakatının ve iyi bir marka imajının oluşmasına katkı sağlayacak, bu da kurumun tercih edilebilirliğinin artırılmasına yol açacaktır.

Kurumlar fiyatlandırma faaliyetlerini gerçekleştirirken SUT ve TBD'nin fiyatlandırma politikasını dikkate almakta; TBD'nin belirlediği ücretin altında veya SUT'un belirlediği ücretin üstünde fiyat belirleyememektedir. Dolayısıyla kurumlar bu skalayı baz alarak pazar araştırması yapmalı ve kendi misyonuna uygun bir fiyatlandırma politikası benimsemelidir. Hizmet sunumunda fiyat dengesi gözetilmeli, sunulan hizmet ile hizmet fiyatları birbiriyle tutarlı olmalıdır. Kurumlar fiyat kampanyaları gibi uygulamalarda dikkatli olmalıdır. Bireylerde kalitesiz hizmet algısı oluşturmamak için hizmet bedelinin çok altında bir fiyat belirlememeli ve kurumun kapasitesinin üzerinde hasta kabul etmemelidir. Bu noktalara dikkat edilmediğinde kurumun tercih edilebilirliği düşüş gösterebilir.



KAYNAKÇA

- Aas, I. H. M. (1995). Incentives and financing methods. *Health policy*, 34(3), 205-220. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(95\)00759-8](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00759-8)
- Abebe, G. M. (2021). Oral biofilm and its impact on oral health, psychological and social interaction. *International Journal of Oral and Dental Health*, 7(1), 127-137. 10.23937/2469-5734/1510127
- Akar, Ç. (2014). *Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin strateji değerlendirmesi*. https://www.tdb.org.tr/tdb/v2/yayinlar/Arastirma_Dizisi/arastirmadizisi_9.pdf
- Akyürek, A. ve Orhaner, E. (2017). Özel hastanelere talebi etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 237-248. 10.5455/sad.13-1513939681
- Al-Doghaither, A. H., Abdelrhman, B. M., Saeed, A. W. ve Magzoub, M. E. M. (2003). Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *The journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 123(2), 105-109. 10.1177/146642400312300215
- Allred, A., Valentin, E. K. ve Chakraborty, G. (2010). Pricing risky services: Preference and quality considerations. *Journal of Product & Brand Management*, 19(1), 54-60. <http://dx.doi.org/10.1108/10610421011018392>
- Andås, C. A. ve Hakeberg, M. (2014). Who chooses prepaid dental care? A baseline report of a prospective observational study. *BMC Oral Health*, 14(1), 1-8. 10.1186/1472-6831-14-146
- Arık, Ö. ve İleri, Y., Y. (2016). Sağlıkta geri ödeme sistemleri ve global bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 78-92.
- Atasever, M. ve Demiralp, K. Ö. (2015). *Türkiye’de ağız – diş sağlığı ve dental görüntüleme hizmetleri* (1. Baskı). Tablet İletişim.
- Atasever, M. ve Örnek, M. (2018). Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve çalışan sorunları analizi. *SASAM Enstitüsü Yayınları*, 4(12), 1-28.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi* 2002-2013 dönemi. http://mehmetatasever.org/FileUpload/ks730379/File/saglik_harcamalari__sunu_bolu_28.04.2015.pdf
- Atasever, M. (2021). *Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Hastane Yönetimi*. Yüksek İhtisas Üniversitesi. <https://books.google.com.tr/books?id=XyhBEAAQBAJ&pg=PA405&dq=sa%C4%9Fl%C4%B1k+fiyatland%C4%B1rma&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwiS57KN09n9AhUgVvEDHeoRBWcQ6AF6BAGIEAI#v=onepage&q=sa%C4%9Fl%C4%B1k%20fiyatland%C4%B1rma&f=false>
- Australian Dental Association New South Wales. (2020, 24 Haziran). *ADA NSW Fact Sheet on How Often You Should See a Dentist*.

<https://www.adansw.com.au/About/ADA-NSW-Fact-Sheet-How-Often-You-Should-See-a-Dent.aspx#:~:text=ADA%20NSW%20FACT%20SHEET%20ON%20HOW%20OFTEN%20YOU%20SHOULD%20SEE%20A%20DENTIST,-Regular%20routine%20check&text=Most%20dentists%20recommend%20a%20routine,a%20check%20Dup%20is%20required> adresinden 21 Aralık 2022 tarihinde erişilmiştir.

- Aydın, N., Başar, M. ve Coşkun, M. (2015). *Finansal yönetim* (2. Baskı). Detay Yayıncılık.
- Aydın, O. A. (2021). *Hekime ve hastaneye güven ile hastane tercihi arasındaki ilişki üzerine bir araştırma* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi.
- Aytekin, A. (2016). Hastaların hastane tercihinde etkili kriterler ve hastanelerin Multimoor ile sıralanması: Eskişehir örneği. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 4(4), 134-143.
- Azodo, C. C. ve Ogbebor, O. G. (2019). Social distance towards halitosis sufferers. *Swiss Dental Journal*, 129(12), 1026-1030.
- Barber, S. L., Lorenzoni, L. ve Ong, P. (2019). *Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage*. (No. WHO/WKC-OECD/K18014). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325547/9789241515924-eng.pdf>
- Barnum, H., Kutzin, J. ve Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. *The International Journal of Health Planning and Management*, 10(1), 23-45.
- Bayat, M., Abbasi, A. J., Noorbala, A. A., Mohebbi, S. Z., Moharrami, M. ve Yekaninejad, M. S. (2018). Oral health-related quality of life in patients with temporomandibular disorders: A case-control study considering psychological aspects. *International Journal of Dental Hygiene*, 1-6. 10.1111/idx.12266
- Bicak, D. A. (2018). A current approach to halitosis and oral malodor-a mini review. *The Open Dentistry Journal*, 12(1), 322-330. 10.2174/1874210601812010322
- Bilgin, Y. (2019). *Sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma politikalarının hastane seçimine etkisi: Bir özel hastane örneği*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi.
- Birch, S. ve Listl, S. (2015). The economics of oral health and health care. *Max Planck Institute for Social Law and Social Policy Discussion Paper*, 07-2015. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2611060>
- Black, S., Briggs, S. ve Keogh, W. (2001). Service quality performance measurement in public/private sectors. *Managerial Auditing Journal*, 16(7), 400-405. <http://dx.doi.org/10.1108/EUM0000000005715>
- Bonnici, J. L. (1992). Pricing dimensions in health care services. *Journal of Professional Services Marketing*, 8(1), 57-66. 10.1300/J090v08n01_05

- Borges, T. D. F., Regalo, S. C., Taba Jr, M., Siéssere, S., Mestriner Jr, W. ve Semprini, M. (2013). Changes in masticatory performance and quality of life in individuals with chronic periodontitis. *Journal of Periodontology*, 84(3), 325-331. 10.1902/jop.2012.120069
- Boyne, G. A. (2002). Public and private management: what's the difference?. *Journal of Management Studies*, 39(1), 97-122. <https://doi.org/10.1111/1467-6486.00284>
- Carra, M. C., Detzen, L., Kitzmann, J., Woelber, J. P., Ramseier, C. A. ve Bouchard, P. (2020). Promoting behavioural changes to improve oral hygiene in patients with periodontal diseases: A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(1), 72-89. 10.1111/jcpe.13234
- Carrin, G. (2002). Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *International Social Security Review*, 55(2), 57-69. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00124>
- Casto, A. B. ve Layman, E. (2013). *Principles of healthcare reimbursement*. American Health Information Management Association.
- Coşkun, R., Altunışık, R. ve Yıldırım, E. (2019). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı*. Sakarya Yayıncılık.
- Çam, F. ve Kumru, S. (2020). Ağız ve diş sağlığında hasta algısı ve kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin hasta bakış açısı ile değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 30(2), 123-139.
- Çetintürk, İ. (2019). Hasta memnuniyeti, hasta sadakati ve demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 9(50), 203-215. 10.9761/JASSS3557
- Çiftçi, G. E. (2010). *Sağlık hizmetleri pazarlamasında konumlandırma stratejileri (Kırıkkale ili örneği)*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi.
- Çolak, H., Dülgergil, Ç. T. ve Serdaroğlu, İ. (2010). Ağız ve diş hastalıklarının medikal, psikososyal ve ekonomik etkilerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 63-89.
- De Bartolome, C. A. ve Vosti, S. A. (1995). Choosing between public and private health-care: a case study of malaria treatment in Brazil. *Journal of Health Economics*, 14(2), 191-205.
- De Geest, S., Laleman, I., Teughels, W., Dekeyser, C., ve Quirynen, M. (2016). Periodontal diseases as a source of halitosis: a review of the evidence and treatment approaches for dentists and dental hygienists. *Periodontology 2000*, 71(1), 213-227. <https://doi.org/10.1111/prd.12111>
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2001). *Sekizinci beş yıllık kalkınma planı sağlık hizmetlerinde etkinlik özel ihtisas komisyonu raporu*. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Sekizinci-Bes-Yillik-Kalkinma-Plani-Saglik-Hizmetlerinde-Etkinlik-OIK-Raporu.pdf>

- Dijs-Elsinga, J., Otten, W., Versluijs, M. M., Smeets, H. J., Kievit, J., Vree, R., ... ve Marang-van de Mheen, P. J. (2010). Choosing a hospital for surgery: The importance of information on quality of care. *Medical Decision Making*, 30(5), 544-555. 10.1177/0272989X09357474
- Dikmen, D. B. ve Dikmen, F. H. (2020). Türkiye’de karşılanamayan ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını etkileyen sosyo-ekonomik faktörlerin analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 537-546.
- Dölarslan, E. Ş. ve Özer, A. (2014). Hizmet kalitesi, tatmin ve güvenin daha fazla ödeme eğilimi üzerindeki etkileri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1), 31-58. <https://doi.org/10.18037/ausbd.60377>
- Duralia, O. (2018). Peculiarities of the healthcare services consumer behavior in Romania. *Revista Economica*, 70(4).
- Dye, B. A., D’Souza, R. N. ve Albino, J. (2022). Facing the future and deciding what we want oral health to become. *The Journal of the American Dental Association*, 153(7), 593-595. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2022.03.011>
- Ekici, O., Tengilimoglu, D. ve Isik, O. (2017). Evaluating the current situation of oral and dental healthcare services in Turkey and recommending solutions. *Health Policy and Technology*, 6(3), 368-378. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hlpt.2017.07.006>
- Ekici, Ö. (2013). *Türkiye’de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılandırılması: Sorunlar ve öneriler*. (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi.
- Erdem, Ş. ve Tuzcuoğlu, A. (2021). Hastane tercihinde kişisel, kurumsal, çevresel faktörler ve marka imajının etkisi: İstanbul ilinde bir araştırma. *Turkish Journal of Marketing*, 6(1), 51-69. <https://doi.org/10.30685/tujom.v6i1.103>
- Evans, D. B. ve Etienne, C. (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 402-403. 10.2471/BLT.10.078741
- Fenninger, L. D. (1969). Role of allied health personnel in the delivery of health services where do allied personnel fit in health services. *Military Medicine*, 134(6), 383-385.
- Forman, H. ve Hunt, J. M. (2005). Managing the influence of internal and external determinants on international industrial pricing strategies. *Industrial Marketing Management*, 34(2), 133-146. 10.1016/j.indmarman.2004.07.011
- Freeman, R. (1999). Barriers to accessing and accepting dental care. *British Dental Journal*, 187(2), 81-84. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4800208>
- Garrison Jr, L. P. ve Towse, A. (2017). Value-based pricing and reimbursement in personalised healthcare: introduction to the basic health economics. *Journal of Personalized Medicine*, 7(3), 1-10. 10.3390/jpm7030010

- Gift, H. C. ve Atchison, K. A. (1995). Oral health, health, and health-related quality of life. *Medical Care*, 33(11), 57-77.
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G. ve Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *The Journal of the American Dental Association*, 147(12), 915-917. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001>
- Gomes, M. C., Clementino, M. A., Pinto-Sarmiento, T. C. D. A., Martins, C. C., Granville-Garcia, A. F. ve Paiva, S. M. (2014). Association between parental guilt and oral health problems in preschool children: a hierarchical approach. *BMC Public Health*, 14(1), 1-8. 10.1186/1471-2458-14-854
- Gökalp, S., Doğan, B. G., Tekçiçek, M., Berberoğlu, A. ve Ünlüer, Ş. (2010). National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dental Health*, 27(1), 12-17. 10.1922/CDH_2365Gökalp06
- Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 149-184.
- Groenewoud, S., Van Exel, N. J. A., Bobinac, A., Berg, M., Huijsman, R. ve Stolk, E. A. (2015). What influences patients' decisions when choosing a health care provider? Measuring preferences of patients with knee arthrosis, chronic depression, or Alzheimer's disease, using discrete choice experiments. *Health Services Research*, 50(6), 1941-1972. 10.1111/1475-6773.12306
- Hamroeva, D. S. (2021). Factors affecting the dental status of the population. *Journal For Innovative Development in Pharmaceutical and Technical Science*, 4(3), 38-42.
- Haron, A. J. (2016). Factors influencing pricing decisions. *International Journal of Economics & Management Sciences*, 5(1), 1-4. 10.4172/2162-6359.1000312
- Herrera, D., Meyle, J., Renvert, S. ve Jin, L. (2018). *White paper on prevention and management of periodontal diseases for oral health and general health*. FDI World Dental Federation. https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/2020-11/gphp-2018-white_paper-en.pdf
- Hescot P., Edelson J., Yaya I. B., How K. C., Kambara M. ve Benzian H. (2015). *Oral health worldwide a report by FDI World Dental Federation*. <https://www.fdiworldddental.org/oral-health-worldwide>
- Hong, W. ve Naiji, L. (2018). Service provision, pricing, and patient satisfaction in online health communities. *International Journal of Medical Informatics*, 110, 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.11.009>
- Hunter, D. J. (1996). The changing roles of health care personnel in health and health care management. *Social Science & Medicine*, 43(5), 799-808.

- Hvidman, U. ve Andersen, S. C. (2014). Impact of performance management in public and private organizations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24(1), 35-58. <https://doi.org/10.1093/jopart/mut019>
- Indounas, K. (2009). Successful industrial service pricing. *Journal of Business & Industrial Marketing*, 24(2), 86-97. <http://dx.doi.org/10.1108/08858620910931703>
- Iqbal, M., Jameel, A. ve Girach, M. M. (2014). Factors affecting patients'choice of dental services. *Pakistan Oral & Dental Journal*, 34(4), 691-695.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Jin, L. J., Lamster, I. B., Greenspan, J. S., Pitts, N. B., Scully, C. ve Warnakulasuriya, S. (2016). Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*, 22(7), 609-619. 10.1111/odi.12428
- Kadıoğlu, C., T. ve Çelik, B. (2021). *Sağlık Kurumlarında Güncel Pazarlama Araştırmaları*. Efe Akademi Yayınları. <https://books.google.com.tr/books?id=-mFjEAAQBAJ&pg=PA138&dq=sa%C4%9Fl%C4%B1k+fiyatland%C4%B1rma&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwiS57KN09n9AhUgVvEDHeoRBWcQ6AF6B-AgNEAI#v=onepage&q=sa%C4%9Fl%C4%B1k%20fiyatland%C4%B1rma&f=false>
- Kandelman, D., Arpin, S., Baez, R. J., Baehni, P. C. ve Petersen, P. E. (2012). Oral health care systems in developing and developed countries. *Periodontology 2000*, 60(1), 98-109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00427.x>
- Kane, S. F. (2017). The effects of oral health on systemic health. *General Dentistry*, 65(6), 30-34.
- Karahan, A., Tarcın, G. Y., Yeşilaydın, G. T. ve Tarcın, M. (2016). Hastane tercihlerini etkileyen faktörler: Öğrenci bakış açısıyla bir değerlendirme. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(9), 298-313. 10.16990/sobider.294
- Kashinath, K. R., Bharateesh, J. V., Chandan, A., Mythri, H., Darshana, B. ve Mohan K. (2010). Factors affecting patient satisfaction among those attending an outpatient department of a dental college in Tumkur city-a survey. *Journal of Dental Sciences and Research*, 1(2), 1-10.
- Kayaoğlu, A. ve Gülmez Y. S., (2020), Sağlık hizmetleri tüketicisi olarak hastaların özel hastane tercihini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Diyarbakır örneği, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(4): Sayfa: 1267-1286. <https://doi.org/10.16951/atauniiibd.716283>
- Kayombo, C. M. ve Mumghamba, E. G. (2017). Self-reported halitosis in relation to oral hygiene practices, oral health status, general health problems, and multifactorial characteristics among workers in Ilala and Temeke municipals, Tanzania. *International Journal of Dentistry*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2017/8682010>

- Kisely, S. (2016). No mental health without oral health. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(5), 277-282. 10.1177/0706743716632523
- Korkutan, M. (2021). Gençlerin hastane tercihlerini etkileyen kriterler: Bir alan uygulaması. *International Journal of Social Humanities Sciences Research*, 8(68), 915-927. <http://dx.doi.org/10.26450/jshsr.2399>
- Korucu, K. S. ve Oksay, A. (2018). Sağlık hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: Katkı payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265-313.
- Kotler, P. ve Armstrong, G. (2018). *Pazarlama İlkeleri*. (A. E. Gegez, Çev.). Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş. (Orijinal eserin basım tarihi 2012).
- Köksal, C., Özdemir, İ., Beyhan, T. E., Akmanşoy, Ş. C., Sırma, S., Doğru, B., ... ve Özkan, Y. (2021). Sağlık yönetimi perspektifinden engelli ve özel hizmet alımına ihtiyaç duyan bireylerde diş hekimliği hizmetlerinin yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 959-970.
- Kutlu, H. (2017). *Özel hastane kullanma eğilimi; Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki özel hastanelerde bulunan fiziksel koşullar, imaj, doktorlara olan güven, bilgilendirme ve hastaneye olan güven faktörlerinin özel hastane tercihinin etkileri*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ).
- Kutzin, J. (2000). *Towards universal health care coverage: A goal-oriented framework for policy analysis*. Health, Nutrition, and Population. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/260141468779178780/pdf/Kutzin%20Toward%20Universal%20Health%20Coverage.pdf>
- Leake, J. L. ve Birch, S. (2008). Public policy and the market for dental services. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, 36(4), 287-295. 10.1111/j.1600-0528.2008.00438.x
- Lorenzoni, L. ve Roubal, T. (2021). *Price setting for health care services: a taxonomy*. https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/WKC_workingpaper_pricesetting_22June.21.pdf
- MacEntee, M. I., Kazanjian, A., Kozak, J. F., Hornby, K., Thorne, S. ve Kettratad-Pruksapong, M. (2012). A scoping review and research synthesis on financing and regulating oral care in long-term care facilities. *Gerodontology*, 29(2), e41-e52. 10.1111/j.1741-2358.2011.00575.x
- Malik, J. ve Sharma, V. (2017). Determinants of patients' choice of health care provider: a study of selected private hospitals in Delhi-NCR. *NICE Journal of Business*, 12(1), 45-59.
- Monroe, K. B. (2012). Price and customers' perceptions of value. *Advances in Business Marketing & Purchasing*, 19 (1), 129-152. 10.1108/S1069-0964(2012)0000019012

- Moser, A., Korstjens, I., van der Weijden, T. ve Tange, H. (2010). Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when receiving web-based comparative consumer information. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 365-371. 10.1016/j.pec.2009.10.027
- Mossialos, E. ve Dixon, A., (2002). *Funding health care: options for Europe* (1. Baskı). Open University Pres.
- Mucuk, İ. (2017). *Pazarlama İlkeleri* (21. Baskı). Türkmen Kitapevi.
- Murray, C. J. ve Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Needleman, I., McGrath, C., Floyd, P. ve Biddle, A. (2004). Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of Clinical Periodontology*, 31(6), 454-457. 10.1111/j.1600-051X.2004.00498.x
- Normand, C. ve Weber, A., (1994). *Social health insurance: a guidebook for planning*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/36856/50786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Northridge, M. E., Kumar, A. ve Kaur, R. (2020). Disparities in access to oral health care. *Annual Review of Public Health*, 41(1), 513-535. 10.1146/annurev-publhealth-040119-094318
- Oktay, İ. (2003). Ağız diş sağlığı ve genel sağlık sigortası tasarı taslağı. *Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi*, 78(6), 58-59.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2021), *Health at a Glance 2021: Europe 2022: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Ortiz, F. R., Tomazoni, F., Oliveira, M. D. M., Piovesan, C., Mendes, F. ve Ardenghi, T. M. (2014). Toothache, associated factors, and its impact on Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in preschool children. *Brazilian Dental Journal*, 25(6), 546-553. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201302439>
- Ozdeveci, C. ve Karaarslan, M. H. (2016). Pricing: a literature review. *PressAcademia Procedia*, 2(1), 118-126. 10.17261/Pressacademia.2016118634
- Özgen, H. (2007). Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: Nedir? Neden önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Özkoç, H. (2013). Hastaların sağlık kurumu tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Uygunluk analizi ve nested logit model. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 267-280.
- Öztürk, Z., Özkan, E. ve Yılık, P. (2021). Üniversite öğrencilerinin hastane tercihinde hastanenin bilinirliği ve kurumsal marka imajının tercihler üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Uludağ Journal of Economy and Society / B.U.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 40(1), 121-150.

- Pandey, N. ve Raina, A. (2019). Five decades of research in healthcare pricing: future directions for academia and policymakers. *International Journal of Management Practice*, 12(3), 301-320.
- Patrick, D. L., Lee, R. S. Y., Nucci, M., Grembowski, D., Jolles, C. Z. ve Milgrom, P. (2006). Reducing oral health disparities: a focus on social and cultural determinants. *BMC Oral Health*, 6(1), 1-17. doi:10.1186/1472-6831-6-S1-S4
- Peres, M. A., Macpherson, L. M., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., List, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreno C. C., Kearns, C., Benzian H., Allison, P. ve Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249-260.
- Petersen, P. E. ve Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(2), 81-92. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2004.00219.x>
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S. ve Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 661-669.
- Phongthanapanich, P. ve Ouparamai, W. (2021). Value-based Pricing in Contemporary Marketing. *Journal of ASEAN PLUS Studies*, 2(1), 26-35.
- Porter, S. R., Mercadente, V. ve Fedele, S. (2017). Oral manifestations of systemic disease. *British Dental Journal*, 223(9), 683-691. 10.1038/sj.bdj.2017.884
- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B. J., Thomson, W. M., Taylor, A., Sears, M. R. ve Moffitt, T. E. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: A life-course study. *The Lancet*, 360(9346), 1640-1645. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11602-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11602-3)
- Rauber, E. D., Menegazzo, G. R., Knorst, J. K., Bolsson, G. B. ve Ardenghi, T. M. (2021). Pathways between toothache and children's oral health-related quality of life. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 1-7. 10.1111/ipd.12692
- Reid, R. D. ve Bojanic, D. C. (2009). *Hospitality marketing management*. Wiley. https://books.google.com.tr/books?id=wZUFreNHOWsC&printsec=copyright&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Reissmann, D. R., John, M. T., Schierz, O., Kriston, L. ve Hinz, A. (2013). Association between perceived oral and general health. *Journal of Dentistry*, 41(7), 581-589. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdent.2013.05.007>
- Sabbah, W., Folayan, M. O. ve El Tantawi, M. (2019). The link between oral and general health. *International Journal Of Dentistry*, 1-2. <https://doi.org/10.1155/2019/7862923>
- Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu (2014), *Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu* (Yayın No:2014/1). <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/insangucu.pdf>

- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Savedoff, W. (2004). *Tax-based financing for health systems: options and experiences*. World Health Organization Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69022/EIP_FER_DP_04.4.pdf?sequence=1
- Sekhri, N. ve Savedoff, W. (2004). *Private health insurance: Implications for developing countries*. World Health Organization Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69032/EIP_FER_DP_04.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Shaikh, B. T. ve Hatcher, J. (2005). Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *Journal of Public Health*, 27(1), 49-54. 10.1093/pubmed/fdh207
- Singh, R. G. ve Shah, M. K. (2012). Customers' preference for selecting private hospital: A study in manipur. *Management Convergence*, 2(2), 41-50.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2013, 24 Mart). Sosyal güvenlik kurumu sağlık uygulama tebliği. *T.C. Resmî Gazete*, 28597.
- Spanemberg, J. C., Cardoso, J. A., Slob, E. M. G. B. ve López-López, J. (2019). Quality of life related to oral health and its impact in adults. *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*, 120(3), 234-239. <https://doi.org/10.1016/j.jormas.2019.02.004>
- Şahin, B. ve İlgün, G. (2018). Assessment of the efficiency of dental services in Turkey. *Health Policy and Technology*, 7(2), 173-181. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2018.03.001>
- Şantaş, F., Kurşun, A. ve Kar, A., (2016). Hastane tercihine etki eden faktörler: Sağlık hizmetleri pazarlaması perspektifinden alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 17-33.
- Şengül, H. ve Bulut, A. (2019). Sağlık hizmetlerinde ödeme mekanizmaları ve teşhis ile ilişkili gruplar. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 196-209. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.526516>
- Şentürk, T., Terzi, F. ve Dokmeci, V. (2011). Privatization of health-care facilities in Istanbul. *European Planning Studies*, 19(6), 1117-1130. <https://dx.doi.org/10.1080/09654313.2011.571056>
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014). *10. Kalkınma Planı (2014-2018); Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu-Kalkinma-Plani-Saglik-Hizmetlerinin-Etkinliginin-Artirilmasi-ve-Mali-Surdurulebilirlik-Ozel-Ihtisas-Komisyonu-Raporu.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1983, 13 Ocak). Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği. *T. C. Resmî Gazete*, 17927.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2010, 8 Mart). Hemşirelik yönetmeliği. *T. C. Resmî Gazete*, 27515.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014, 22 Mayıs). Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik. *T. C. Resmî Gazete*, 29007.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*. <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf>
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. ve Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(6):1–186.
- Tengilimoğlu, D. (2001). Hastane seçimine etkili olan faktörler Bir alan uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (1), 85-98.
- Tengilimoğlu D. (2020). *Sağlık hizmetleri pazarlaması* (5. Baskı). Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2015). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (6. Baskı). Nobel Yayıncılık.
- Teymourifar, A., Kaya, O. ve Ozturk, G. (2021). Contracting models for pricing and capacity decisions in healthcare systems. *Omega*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.omega.2020.102232>.
- Top, M. ve Tarcan, M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 169-189.
- Treadwell, H. M. ve Northridge, M. E. (2007). Oral health is the measure of a just society. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(1), 12-20. <https://doi.org/10.1353/hpu.2007.0021>
- Tutkavul, K. ve Elmacı, O. (2016). Fiyatlandırma kararlarında geleneksel ve çağdaş maliyetleme sistemlerinin yeterliliklerinin karşılaştırılmasına yönelik ampirik bir çalışma. *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 18(3), 659-689.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022, 04 Şubat). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2021*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500> adresinden 01Aralık 2022 tarihinde erişilmiştir.
- Vargas, C. M. ve Arevalo, O. (2009). How dental care can preserve and improve oral health. *Dental Clinics of North America Journal*, 53(3), 399-420. 10.1016/j.cden.2009.03.011
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D. ve Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12, 1-16. 10.1186/1472-6963-12-272

- Vural, A. ve Baltacı, A. (2022). *Sağlık hizmetlerinin finansmanında bir pazarlama karması elemanı olarak fiyat* (1. Baskı). IKSAD Yayınevi.
- Waters, H. R. ve Hussey, P. (2004). Pricing health services for purchasers—a review of methods and experiences. *Health Policy*, 70(2), 175-184. 10.1016/j.healthpol.2004.04.012
- Watt, R. G., Mathur, M. R., Aida, J., Bönecker, M., Venturelli, R. ve Gansky, S. A. (2018). Oral health disparities in children: a canary in the coalmine?. *Pediatric Clinics*, 65(5), 965-979. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.006>
- Williams, D. M. (2011). Global oral health inequalities: the research agenda. *Advanced Dental Research Journal*, 23(2), 198-200. 10.1177/0022034511402014
- World Health Organization (WHO). (2022a, 18 Kasım). *Oral Health*, https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1 adresinden 29 Kasım 22 tarihinde erişilmiştir.
- World Health Organization (WHO). (2022b, 18 Kasım). *Oral Health*, https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_2 adresinden 29 Kasım 22 tarihinde erişilmiştir.
- World Health Organization (WHO). (2022c, 18 Kasım). *Constitution*, <https://www.who.int/about/governance/constitution> adresinden 27 Kasım 22 tarihinde erişilmiştir.
- Wright, J. T. ve Dye, B. A. (2022). Valuing oral health: accomplishments and challenges. *The Journal of the American Dental Association*, 153(3), 193-195. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2022.01.003>
- Yahanda, A. T., Lafaro, K. J., Spolverato, G. ve Pawlik, T. M. (2016). A systematic review of the factors that patients use to choose their surgeon. *World Journal of Surgery*, 40, 45-55. 10.1007/s00268-015-3246-7
- Yetim, B. ve Çelik, Y. (2021). Sağlık sektöründe bireylerin hizmet sunucu tercihlerini etkileyen faktörler. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(Armağan Sayısı), 173-185. 10.18026/cbayarsos.682772
- Yıldırım, G., Erol, F. ve Çelik, M. G. (2017). Ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi ve kullanılan ölçekler. *Aydın Dental Journal*, 3(1), 65-73.
- Yıldız, Y. K. (2018). Sağlık hizmetlerinde maliyete dayalı fiyatlandırma stratejileri: işlem maliyet yaklaşımı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(1), 41-50.
- Zengin, N. (2010). “Sağlık hakkı” ve sağlık hizmetlerinin sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44-52.
- Zengin, Y. ve Sağlam, Ş. (2022). Özel hastanelerde müşteri memnuniyeti unsurları ve sadakatin büyükşehir-şehir kıyaslaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(33), 122-142.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Değerli Katılımcı;

“Özel Diş Hekimliği Hizmetlerinin Tercihinde Hizmet Alıcılarının Özellikleri ve Fiyatlandırma Üzerine Bir Alan Araştırması” başlıklı çalışmamız için görüş ve beklentilerinizin öğrenilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmada özel diş hekimliği hizmetlerinde fiyatlandırmanın; bireylerin kurum tercihini, eğitim ve gelir durumları çerçevesinde özel diş hekimliği hizmeti alma eğilimlerini ve aldıkları özel hizmetlerde dikkat ettikleri unsurların belirlenmesi hedeflenmektedir. Sonuçların diş hekimliği hizmetlerinin fiyat politikalarının düzenlenmesine olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Soruları açıklık ve içtenlikle yanıtlamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önem arz etmektedir. Yanıtlarınız sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Çalışmaya ayırdığınız zaman ve vermiş olduğunuz katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Birinci Bölüm

1. Cinsiyetiniz: ()Kadın ()Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni haliniz: ()Evli ()Bekar

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

()Okur-yazar değil ()İlkokul /Ortaokul ()Lise ()Lisans/Ön lisans ()Lisansüstü

5. Ailenizin aylık geliri aşağıdakilerden hangi gruba girer?

()5500 TL ve altında ()5501-8500 TL arası ()8501-17000 TL arası ()17001 TL ve üstü

6. Sağlık Güvenceniz:

()Sosyal Güvencesi Yok ()SGK (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)

()Yeşil Kart ()Özel Sağlık Sigortası ()Diğer (Belirtiniz).....

7. Diş hekimliği kurumunuzu ne sıklıkla değiştirirsiniz?

()Çok sık ()Bir problem yaşadığımda ()Sık ()Birkaç kez problem yaşadığımda

()Nadiren ()Hiç

8. Son bir yılda herhangi bir diş hekimliği kurumuna kaç kez başvurduunuz?

()1 Kez ()5-10 Kez ()2-4 Kez ()11 Kez ve üzeri

9. Diş hekimliği kurumu seçiminizde muayene ücretleri sizin için önemli midir?

()Evet ()Hayır

10. Diş hekimliği kurumunda uygulanan fiyat kampanyaları kurum seçiminizi nasıl etkiler?

()Çok etkiler ()Etkiler ()Kararsızım ()Az etkiler ()Etkilemez

11. Diş hekimliği kurumunun muayene ücretlerinin bilgisine nasıl ulaşıyorsunuz?

()Çevremden (aile, arkadaş vs.)

()Hastaneden (danışma, santral vs.)

()Sosyal Medya, Hastane Web Sitesi, Broşür, Afiş vs.

()Diğer (Belirtiniz).....

İkinci Bölüm

Diş hekimliği hizmetlerini değerlendirmek amacıyla oluşturulan önermelerden size uygun olanı seçiniz.

	Çok Önemli	Önemli	Fark etmez	Önemsiz	Hiç Önemi Yok
1.Personelin kılık ve kıyafeti					
2.Personelin tutum ve davranışı					
3.Diş hekimlerinin tutum ve davranışları					
4.Muayene ve diğer hizmet fiyatları					
5.Diş hekimliği kurumuna ulaşımın kolay olması					
6.Hasta ve refakatçinin barınma olanağı					
7.Diş hekimliği kurumunun tıbbi etik donanımı					
8.Diş hekimliği kurumunun kafeterya hizmetinin olması					
9.Hastaların tedavisi sırasında takip sisteminin varlığı					
10.Diş hekimliği kurumunun hijyen ve temizliği					

11.Dış hekimliği kurumunda güvenlik sisteminin olması					
12.Kurum içi işlemlerde kısalık ve kolaylık					
13.Randevu sisteminin olması					
14.Dış hekimliği hizmetlerinde sunulan tıbbi hizmetlerinin çeşitliliği					
15.Dış hekimliği kurumunun güvenilirliği					
16.Dış hekimliği kurumunun tanınmışlığı /ünü					
17.Dış hekimlerinin tanınmışlığı /ünü					
18.Dış hekimliği kurumu ile ilgili medyada yer alan haberler					
19.Dış hekimliği kurumunun tabelası, logosu, renkleri					
20.Dış hekimliği kurumunun iç, dış mimarisi ve otopark olanakları					
21.Bekleme alanlarının uygunluğu					
22.Dış hekimliği kurumunun fiziki büyüklüğü					
23.Yataklı tedavi hizmetlerinin var olması					

Ek 2. Etik Kurul Kararı



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu



Sayı : E-61923333-050.99-207339
Konu : 53/02 İrem BABASHLI

05.01.2023

Sayın İrem BABASHLI

İlgi : 12.12.2022 tarihli ve E--000-0 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 04.01.2023 tarihli ve 53 sayılı toplantısında alınan "02" nolu karar ile İrem BABASHLI'nın başvurusu uygun görülmüş ve karar örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Aykut Hamit TURAN
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı V.

Ek: Karar Yazısı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSAKLHYPES Pin Kodu :29172

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ekb/teK~57K3&eD=BSAKLHYPES&eS=207339>

Adres:Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:

sakaryauniversitesi@ds01.kep.tr

Telefon No:0264 295 50 00 Faks No:0264 295 50 31

e-Posta:ozel@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Hanife Babacan

Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



KARAR

2. İrem BABASHLI'nın “ Özel Diş Hekimliği Hizmetlerinin Tercihinde Fiyatlandırmanın Etkisi ” başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda İrem BABASHLI'nın “ Özel Diş Hekimliği Hizmetlerinin Tercihinde Fiyatlandırmanın Etkisi ” başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: İrem BABASHLI

ÖĞRENİM DURUMU

Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü/Sağlık Yönetimi	Devam ediyor
Lisans	Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Sağlık Yönetimi	2016-2020
Lise	Oruç Reis Anadolu Lisesi	2016

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer	Görev
Şubat 2021-Eylül 2021	Özel Çağın Göz Hastanesi	Banko Personeli

YABANCI DİL

İngilizce

ESERLER

Köksal, C., Özdemir, İ., Beyhan, T. E., Akmanşoy, Ş. C., Sırma, S., Doğru, B., ... ve Özkan, Y. (2021). Sağlık yönetimi perspektifinden engelli ve özel hizmet alımına ihtiyaç duyan bireylerde dış hekimliği hizmetlerinin yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(4), 959-970.

Özdemir, İ. ve Akpınar, S. U. (2022). Muhasebe meslek etiği bağlamında “balıkesir muhasebecisi” nin incelenmesi. *Muhasebe ve Finans İncelemeleri Dergisi*, 5(2), 163-172.