



**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**EKONOMİK KRİZ SÜRECİNDE İSTANBUL'DAKİ ÖZEL HASTANE  
YÖNETİCİLERİNİN İZLEDİKLERİ STRATEJİLER: NİTEL BİR ANALİZ**

**EBRU SALMAN**

**DANIŞMAN  
PROF.DR.ÖZGÜR ASLAN**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI  
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2022**

## TEZ ONAYI



## BEYAN

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

Ebru Salman

## İTHAF

Aileme ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Öğretim hayatımın tümünde sonsuz güvenleriyle yanımda olan başta babam, annem ve kardeşime, gerek lisans gerekse yüksek lisans öğrenimime ve tez sürecime katkıda bulunan tüm hocalarıma, sektöre yönelik tecrübelerinden yararlandığım, daima destekleriyle yanımda olan değerli yöneticilerime ve çalışma arkadaşlarıma, araştırmama katılmayı kabul eden tüm sağlık profesyonellerine, akademik bilgilerinden faydalandığım ve her zaman güvenini hissettiğim Demiroğlu Bilim Üniversitesi Öğr. Gör. Hakkı Türkoğlu'na, çalışmamın tasarım sürecinde değerli fikirlerini paylaşan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Arş. Gör. Tule Gültekin'e, tez sürecim boyunca destek ve yardımlarını hissettiren Dr. Öğr. Üyesi Canser Boz'a ve son olarak tez sürecimin başından itibaren her konuda yol gösteren, tüm anlayışı ve samimiyetiyle desteğini esirgemeyen, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Özgür Aslan'a teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

|                                                                            |      |
|----------------------------------------------------------------------------|------|
| TEZ ONAYI .....                                                            | ii   |
| BEYAN.....                                                                 | iii  |
| İTHAF.....                                                                 | iv   |
| TEŞEKKÜR.....                                                              | v    |
| İÇİNDEKİLER .....                                                          | vi   |
| TABLolar LİSTESİ.....                                                      | ix   |
| ŞEKİLLER LİSTESİ .....                                                     | x    |
| SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....                                      | xi   |
| ÖZET .....                                                                 | xii  |
| ABSTRACT.....                                                              | xiii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                                                      | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                                    | 3    |
| 2.1. Ekonomik Kriz Kavramına İlişkin Teorik Bakış .....                    | 3    |
| 2.2. Ekonomik Kriz Türleri.....                                            | 4    |
| 2.2.1. Reel Krizler .....                                                  | 6    |
| 2.2.2. Finansal Krizler.....                                               | 7    |
| 2.3. Ekonomik Kriz Oluşumunu Açıklamaya Yönelik Finansal Yaklaşımlar ..... | 10   |
| 2.3.1. Finansal Liberalizasyon .....                                       | 11   |
| 2.3.2. Ekonomik Kırılganlık .....                                          | 12   |
| 2.3.3. Asimetrik Bilgi: Ters Seçim ve Ahlaki Tehlike.....                  | 13   |
| 2.3.4. Yüksek Kaldıraçlı Finansal İşlemler .....                           | 14   |
| 2.3.5. Gölge Bankacılık.....                                               | 15   |
| 2.3.6. Siyasi İstikrarsızlık.....                                          | 15   |
| 2.4. Küresel Zeminde Ekonomik Kriz Sonrası Finansal Risk Olguları .....    | 16   |
| 2.5. Ekonomik Krizler ve Türkiye'ye Etkileri .....                         | 19   |
| 2.5.1. Büyük Buhran Dönemi .....                                           | 19   |
| 2.5.2. 1973 ve 1979 Petrol Krizi .....                                     | 20   |
| 2.5.3. 1980 Sonrası Ekonomi ve Banker Krizi .....                          | 21   |
| 2.5.4. 1990 Körfez Krizi .....                                             | 22   |
| 2.5.5. Nisan 1994 Krizi .....                                              | 23   |

|                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.5.6. Kasım 2000 Krizi.....                                           | 24 |
| 2.5.7. Şubat 2001 Krizi .....                                          | 25 |
| 2.5.8. 2008 Ekonomik Krizi.....                                        | 26 |
| 2.5.9. 2018 Döviz Borç Krizi.....                                      | 27 |
| 2.5.10. Koronavirüs Salgın Hastalığı ve Ekonomik Etkileri.....         | 29 |
| 2.6. Sağlık Kavramı: Teorik Bakış .....                                | 31 |
| 2.7. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması .....                         | 32 |
| 2.7.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....                                | 32 |
| 2.7.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....                             | 33 |
| 2.7.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri .....                    | 34 |
| 2.8. Sağlık Hizmetlerinde Talep ve Arz.....                            | 35 |
| 2.9. Sağlık Ekonomisi .....                                            | 36 |
| 2.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Harcamalar .....                           | 39 |
| 2.9.2. Sağlık Sistemleri Finansmanı.....                               | 42 |
| 2.9.3. Sağlık Politikaları.....                                        | 47 |
| 2.10. Yataklı Sağlık Kuruluşu Olarak Hastaneler ve Yönetim Yapısı..... | 49 |
| 2.10.1. Hastane İşletmeleri: Özellikleri ve Sınıflandırılması.....     | 52 |
| 2.10.2. Sağlık Kavramı ve Ekonomik Kriz .....                          | 56 |
| 2.10.2.1. Ekonomik Kriz Dönemi Sağlık Hizmetleri Yapılanması.....      | 57 |
| 2.10.2.2. Sağlık İşletmeleri Açısından Ekonomik Kriz .....             | 63 |
| 2.10.2.3. Ekonomik Kriz Toplum Sağlığı Boyutu .....                    | 65 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                                                | 70 |
| 3.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı .....                                 | 70 |
| 3.2. Evren ve Örneklem .....                                           | 72 |
| 3.3. Araştırmanın Yöntemi ve Sınırlılıklar .....                       | 74 |
| 3.4. Veri Toplama ve Analiz Süreci.....                                | 78 |
| 4. BULGULAR.....                                                       | 81 |
| 4.1. Gider Yönetimi .....                                              | 82 |
| 4.1.1. Stoklar .....                                                   | 82 |
| 4.1.2. Personel.....                                                   | 85 |
| 4.1.3. Salgın Hastalık .....                                           | 87 |
| 4.1.4. Ekonomi Dışı Faktörler.....                                     | 94 |
| 4.2. Gelir Yönetimi .....                                              | 95 |

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| 4.2.1. Tüketici/Dış Müşteri .....        | 96  |
| 4.2.2. Fiyatlandırma .....               | 100 |
| 4.3. Yönetim Süreci Uzman Görüşleri..... | 102 |
| 5. TARTIŞMA .....                        | 106 |
| KAYNAKLAR .....                          | 115 |
| FORMLAR .....                            | 131 |
| ETİK KURUL KARARI .....                  | 133 |
| İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....          | 135 |
| ÖZGEÇMİŞ .....                           | 136 |





## TABLOLAR LİSTESİ

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tablo 2-1: 19 Ekim 1987 Borsa Değer Kayıpları.....                                            | 10  |
| Tablo 2-2: Kasım 2000 Krizi Repo Piyasası Faiz Oranları .....                                 | 25  |
| Tablo 2-3: Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018, 2019.....               | 41  |
| Tablo 2-4: Sağlık Sistemi Modelleri.....                                                      | 43  |
| Tablo 2-5: Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı ve Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı ..... | 54  |
| Tablo 2-6: Hanehalkı Tüketim Harcamasının Türlerine Göre Dağılımı .....                       | 59  |
| Tablo 2-7: Toplum Ruh Sağlığı Belirleyicileri.....                                            | 67  |
| Tablo 3-1: Kurum ile İlgili Genel Bilgiler.....                                               | 73  |
| Tablo 3-2: Hastane Yöneticileri ile İlgili Kişisel Bilgiler.....                              | 74  |
| Tablo 4-1: Personel İstihdamı.....                                                            | 87  |
| Tablo 4-2: Ek Harcamalar.....                                                                 | 91  |
| Tablo 4-3: Devlet Destekleri.....                                                             | 92  |
| Tablo 4-4: Devlet Müdahaleleri.....                                                           | 92  |
| Tablo 4-5: Pandemi Dönemi Hastane Stratejileri .....                                          | 93  |
| Tablo 4-6: Pandemi Dönemi Hasta Talepleri .....                                               | 94  |
| Tablo 4-7: Ekonomik Kriz Dönemi Gelir Kaybı Stratejileri .....                                | 96  |
| Tablo 4-8: Karar Mekanizmaları .....                                                          | 103 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Şekil 2.1: Temel Makroekonomik Krizlerin Sınıflandırılması .....                                           | 5   |
| Şekil 2.2: Tüm Ülkeler: Döviz Kuru Rejimleri, 1991 ve 1999.....                                            | 27  |
| Şekil 2.3: Turizm İstatistikleri .....                                                                     | 30  |
| Şekil 2.4: Sağlıkta Ana Unsurların Şematik Sunumu (Williams Modeli).....                                   | 38  |
| Şekil 2.5: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı: Cepten Ödeme.....                | 46  |
| Şekil 2.6: Süreçlerin Yönetimi.....                                                                        | 53  |
| Şekil 2.7: Sağlık Hizmetleri ve Bu Hizmetleri Sunacak Kurumlar .....                                       | 56  |
| Şekil 2.8: Ekonomik Kriz ve Sağlık Durumu Arasındaki İlişki .....                                          | 60  |
| Şekil 2.9: Ekonomik Krizin Sağlık Durumu Üzerindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkilerinin Şematik Görünümü ..... | 62  |
| Şekil 2.10: Ekonomik Kriz ve Sağlık Statüsüne Etkisi .....                                                 | 64  |
| Şekil 2.11: Nedensellik Analizinin Sonuçlarının Şekilsel Gösterimi .....                                   | 68  |
| Şekil 3.1: Araştırma Soru Temaları .....                                                                   | 80  |
| Şekil 4.1: Hastanelerin Stok Bulundurma Yöntemleri .....                                                   | 83  |
| Şekil 4.2: Kriz Dönemi Yönetim Kararları.....                                                              | 104 |

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

|       |                                                                                               |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABD:  | : Amerika Birleşik Devletleri                                                                 |
| GSYH  | : Gayri Safi Yurt İçi Hasıla                                                                  |
| IMF   | : International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)                                        |
| OAPEC | : Organization of Arab Petroleum Exporting Countries (Petrol İhraç Eden Arap Ülkeleri Örgütü) |
| ÖSS   | : Özel Sağlık Sigortası                                                                       |
| SGK   | : Sosyal Güvenlik Kurumu                                                                      |
| TCMB  | : Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası                                                           |
| TL    | : Türk Lirası                                                                                 |
| TMSF  | : Tasarruf Mevduatı Sigorta Fonu                                                              |
| TTB   | : Tasarruf Mevduatı Sigorta Fonu                                                              |
| TÜİK  | : Türkiye İstatistik Kurumu                                                                   |
| WHO   | : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)                                             |

## ÖZET

Salman, E. (2022). Ekonomik Kriz Sürecinde İstanbul'daki Özel Hastane Yöneticilerinin İzledikleri Stratejiler: Nitel Bir Analiz. "İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul."

Geçmişten günümüze hemen her boyutta gerçekleştiği gözlemlenen ekonomik krizlerin, özel hastaneleri farklı pek çok yönden etkilemesi kaçınılmazdır. Bu doğrultuda hastane yönetimine, talebin rastlantısal olduğu sağlık hizmeti kapsamında, kriz sebebiyle yaşanabilecek durgunluk etkisinin en aza indirilmesi noktasında bir takım sorumluluklar düşmektedir. Çalışmanın amacı, ekonomik kriz sürecinde karşılaşılan yönetsel zorlukları belirlemek ve bu doğrultuda izlenen yöntemleri tespit etmek olarak gösterilebilmektedir. Çalışmanın yapıldığı dönem dâhilinde, öngörülmesi mümkün olmayan ve ekonomik unsurlara doğrudan etkisinden söz edilen bir kriz türü olarak koronavirüs salgın hastalık krizi, etkili sağlık yönetiminin kriz dönemi üzerindeki önemini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, yapılan çalışma olası ekonomik kriz halinde, sağlık hizmetleri kapsamında yer alan hastane işletmelerinin yöneticilerine yol gösterebilecek niteliktedir.

Yapılan araştırma neticesinde, yöneticilerin krize bakış açıları ve bu kapsamda almış oldukları önlemler üzerinde, sektörün spesifik özelliklerinin etkisinin söz konusu olduğu görülmektedir. Dönemin önemli toplumsal olgusu olarak koronavirüs salgını kapsamındaki uygulamalar çalışmada detaylı şekilde yer almakta, bu gibi durumlara yönelik yönetsel sorunlar karşısında, alanında uzman yöneticilerin karar almada entegre rol oynamasının, etkili personel yönetiminin ve uygun stok yönetimi ile fiyatlandırma politikalarının öneminden söz edilmektedir. İlgili dönemde devletin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisinin hizmet sunumuna yön verdiği gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ekonomik Kriz, Sağlık Yönetimi, Salgın Hastalık, Koronavirüs, Hastane Yönetimi

## ABSTRACT

Salman, E. (2022). Strategies Followed By Private Hospital Managers in Istanbul during the Economic Crisis: A Qualitative Analysis. “Istanbul University, Institute of Health Sciences, Department of Health Management. Master’s Thesis. Istanbul.”

It is possible that the economic crises, which have been seen to occur in all dimensions for years, may affect private hospitals in many different ways. Therefore, hospital managers have responsibilities in minimizing the recession effect that may be experienced due to the crisis within the scope of the health service where the demand is random. The aim of the study is to determine the administrative difficulties encountered during the economic crisis and to determine the methods followed. The coronavirus epidemic crisis, which was unpredictable and has a direct impact on the economy at the time of the study, reveals the importance of effective health management over the crisis period. The study carried out in this direction is capable of guiding the managers of the hospital enterprises within the scope of health services when there is an economic crisis. As a result of the research, it is seen that the specific characteristics of the sector have an effect on the managers' perspectives on the crisis and the measures they have taken in this context. As an important social phenomenon of the period, the applications within the scope of the coronavirus epidemic are included in the study in detail. In the face of management problems in such cases, the importance of joint decision-making by expert managers, effective personnel management and appropriate stock management and pricing policies are mentioned. In addition, it has been observed that the effect of the state on health services directs service delivery.

**Keywords:** Economic Crisis, Healthcare Management, Epidemic, Coronavirus, Hospital Management

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küreselleşmenin yoğun olarak yaşandığı günümüz dünyasında meydana gelen ekonomik krizlerin gittikçe daha geniş kapsamda etki bırakması kaçınılmaz olmaktadır. Politik istikrarsızlık ile ilişkilendirilebilen ekonomik krizler, fiyat dalgalanmalarını da beraberinde getirmektedir (Kibritçioglu, 2001). Bu doğrultuda hizmetin, üretim ve sunumunun belirleyici kesimi arasında gösterilen işletme yöneticilerinin, krize yönelik bakış açıları ile birlikte oldukça önemli olduğu ve ekonomik kriz dönemi kapsamında yönetim süreçlerine ilişkin uygulamaların tespitinin kurum içi yaşanabilecek krizlerin oluşumunu önleme noktasında, yine aynı ölçüde önem taşıdığı düşünülmektedir araştırma konusu belirlenmiştir.

Sağlık sektörü için beklentilerin karşılanma seviyesi, kullanılan kaynakların büyüklüğü ve küreselleşme ile teknoloji sonucunda görülen rekabet unsuru sistemi bütünüyle etkilemektedir. Dolayısıyla beklentilerin karşılanma durumunun ölçülmesi, kaynak verimliliğinin ne ölçüde artırıldığı ve sektörler arası rekabette nasıl yer edinildiği, bu doğrultuda yapılan kurumsal ve finansal performans analizleri gerekli görülmektedir (Gider, 2004). Daha geniş çerçevede günümüz evrensel dünyasının yıkıcı rekabet ortamı, şirketlerin kendilerini sürekli geliştirme ve değiştirme ile farklılaştırmasını, hızla gelişen teknolojilerin takibini, olası bir kriz durumuna karşı hazırlıklı olunmasını gerekli kılmıştır. Bu sayede kriz en az hasarla atlatılabilecek veya fırsata çevrilebilecektir (Okkay, 2019).

Değişim mühendisliği olarak adlandırılan teknikten yararlanılması, organizasyonda kalite artışı, maliyet düşüşü, hız, hizmet etkililiği gibi pek çok alanda gelişimi beraberinde getirecek ve neticede bu gibi radikal değişimler yeniden yapılanmanın temellerini atmış olacaktır (Şen & Aktan, 2001). Bir ekonomik krizin pek çok yönetim kolu bulunan işletmeler için farklı etki alanları mevcut olmakta, bahsedilen yeniden yapılanma doğrultusunda ilgili işletmelerin, yönetim sekmeleri arası entegrasyonu incelenmeye uygun görülmektedir.

Bu çalışmada, son dönemde görülen salgın hastalık sürecinin, sağlık sektörünün finansal yönetimine olan etkisi de göz önünde bulundurularak, geçmiş ekonomik kriz dönemlerine ilişkin yönetim tecrübelerinin, hastane üst yönetimi ile görüşülerek derlenmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın oluşabilecek ekonomik krizler için hastane

yöneticilerine yönelik, geçmiş bilgi ve deneyimleri içeren yol gösterici bir kaynak olması beklenmektedir. Ayrıca çalışmanın hali hazırda ekonomik kriz döneminde yapılıyor olması, hastane yönetimi tarafından alınan güncel aksiyonların paylaşımını sağlamış, salgın hastalık krizi ile ekonomik kriz ilişkisinin hastane işletmeleri kapsamında değerlendirilmesi mümkün olmuştur.

Bulguların şekillenmesinde rol oynayan yarı yapılandırılmış görüşme soruları, dönemin özellikleri de dikkate alınarak konuyla ilgili olguların literatür araştırmaları neticesinde elde edilen bilgiler kapsamında oluşturulmuştur. Çalışmanın literatür bölümü çerçevesinde ekonomik krizler ve daha önce görülmüş ekonomik krizler içerikli konular ile sağlık kavramının özellikleri ve bir sağlık işletmesi olarak hastane işletmelerinin yönetimine ilişkin detaylar yer almaktadır.

Çalışma farklı hastane işletmelerinin üst düzey yönetiminin görüşlerini içermektedir. Bu bağlamda on farklı hastane üst düzey yöneticisine sorular yönlendirilmiştir. Çalışma, yöneticilerin yanıtlamış oldukları soruların temaları kapsamında şekillenmiştir. Bu yanıtlar, içinde bulunulan dönemin de etkisiyle salgın hastalık krizini büyük ölçüde içermektedir. Geçmiş uygulamaların yanı sıra güncel boyutta görülen krizin, hastane yönetimi kapsamında değerlendirilmesi konunun güncel boyutta ele alınması yönüyle önemli görülmektedir. Sonraki bölümlerde araştırmanın önemi ve amacı, evren ve örnekleme ile yöntemine ilişkin bilgilere, verilerin temin ve analiz süreçleri doğrultusunda detaylara yer verilmiştir. Çalışmanın son bölümünü ise elde edilen bulgular ile öneriler oluşturmaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ekonomik Kriz Kavramına İlişkin Teorik Bakış

Türk Dil Kurumu'nun ülke veya ülkeler arası, toplumun veya kuruluşun yaşamında görülen güç dönem, bunalım veya buhran olarak adlandırdığı kriz kavramı, konu çeşitliliği dolayısıyla birçok tanıma dâhil olmuştur. Örgüt veya toplumlar için kaotik bir durum olan kriz olgusunun oluşumu önceden engellenememekte, sonuçları tahmin edilememektedir (Demirtaş, 2000). Rutin gelişmeler ve sorunların dışında, beklenmedik bir zamanda ortaya çıkmakta ve öngörülemeyen bu gelişmeler makro düzeyde devlet; mikro düzeyde firmaları ve ilişki içinde oldukları organizasyonları etkilemektedir (Şen & Aktan, 2001). Kriz, örgütün uyum mekanizmalarının yetersiz kaldığı, önceden sezilemeyen ve acele cevap verilmesi gereken bir durum olup, örgütün mevcut amaç, değer ve varsayımlarını tehdit etmektedir (Tağraf & Arslan, 2003).

Kriz oluşumu örgüt yönetimi çerçevesinde ele alındığında; dar boyutta, örgütlerin işleyiş ve teknik yetersizliklerinin işletme içi kriz oluşumuna zemin hazırlamasının yanı sıra çevresel boyutta, ülke yönetiminin almış olduğu kararlar, bir takım doğal etmenler ve politik anlamda yaşanan değişimler de oluşan karmaşık yapıyı destekler nitelikte olabilmektedir. Örgütleri etkileyen çevresel faktörlerin, organizasyondaki personel, ürün, piyasa, finans, yönetim ve karar alıp vermedeki aksaklıklar ile entegre olması neticesinde kriz daha da derinleşir. Derece derece ilerleme kaydeden tedrici krizler, kontrol edilemeyen veya yönetilemeyen kriz olarak adlandırılmaktadır (Tutar, 2016). Bu noktada kriz ve beraberinde gelişen stres yönetimi; risk ve fırsat unsurlarıyla şekillenen işletmelerin cevap verebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Krizin ekonomik boyutta kendini göstermesi süreci incelendiğinde işletme yönetim sürecinin etkisi öne çıkmaktadır. Yönetim süreçlerinde hızlı karar alıp uygulamayı gerektiren kriz olgusu, globalleşen ve enflasyonist dünya düzeninde hızlıca yayılarak üretim, dağıtım, tüketim, ithalat, ihracat ve ticareti kapsayan ekonomik dalgalanmaları meydana getirmektedir. Olumsuz dalgalanmalar neticesinde ekonomik durgunluğu ifade eden resesyon ile meydana gelen düşüşün uzun zaman devam etmesi beraberinde depresyonu oluşturmakta ve ekonomik krize uygun zemin hazırlanmış olmaktadır (Dura, 2009).



Diğer bir açıdan politik istikrarsızlık ile de ilişkilendirilen ekonomik kriz, herhangi bir mal, hizmet, üretim faktörü veya döviz piyasasındaki fiyat ve/veya miktarlarda gerçekleşen sınır ötesi dalgalanmalar olarak tanımlanabilir (Kibritçioğlu, 2001). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, bir ülkede ekonomik performans beklenen düzeyde olsa dahi; politik ve sosyal bir sorunun, ülkeyi ekonomik istikrarsızlığa sürükleyebileceği söylenmektedir. Bu doğrultuda örnek verilecek olursa, Türkiye’de yaşanan Şubat 2001 Ekonomik Krizi incelendiğinde, devlet üst kademesindeki kişiler arasındaki gerginliğin, ekonomik süreci negatif yönlü etkilediği söylenebilmektedir (Berberoğlu, 2009). Yine bir başka tanımda; bir ülkedeki ekonomik krizler, beklenmedik şekilde veya yetersiz ya da yanlış yönetsel tercihlerde, belirli bir dönemde ortaya çıkan makroekonomik buhranlar olarak görülmektedir. Ekonomik krizlerin doğmasında siyasal tercihler, karar ve kararsızlıkların da katkısı yadsınamaz (Apak, 2009).

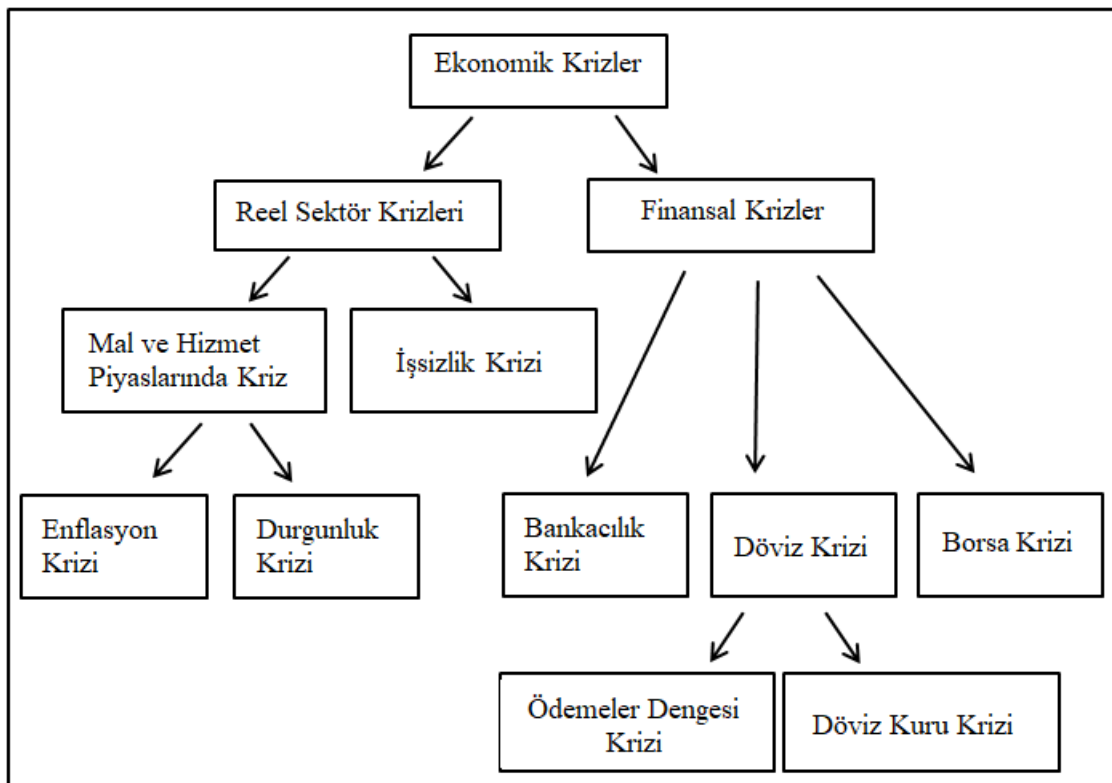
Literatürde karşılaşılan diğer bir tanımda ekonomik kriz kavramı; belli bir ekonomik yapıdaki genel trendin mikro ve makro düzeyde negatif yönlü ani seyri ile arz ve talep dengelerindeki kopmalar, ekonomik süreçlerdeki bozulma ve ekonomik bunalım olarak tanımlanabilmektedir. Dış nedenlere ek olarak ülke içi nedenlerle de oluşabilecek kriz türünün, ekonomik hayatın yanı sıra sosyal hayata da etkisi oldukça fazladır (Aracı, 2010).

Ekonomik krizlerin çok yönlü olabileceğini belirten başka bir tanımda ise krizlerin, konjonktür dalgalanmalar neticesinde ekonomide yaşanan durgunluk olarak ifade edilebileceği gibi tamamen sona eren üretim faaliyetlerinin kurumsal çevrede meydana getirdiği derin küresel sonuçlar olarak da tanımlanabildiği görülmektedir (Narjoko & Hill, 2007).

## **2.2. Ekonomik Kriz Türleri**

Mali piyasaların giderek bütünleşik hale geldiği son yıllarda herhangi bir ülkenin mali piyasasında beliren istikrarsızlık, uluslararası mali piyasalarda da aynı şekilde istikrarsızlıklara ve ileri boyutta, ekonomik krizlere yol açmaktadır (Ateş, 2004). Genel itibariyle ekonomik krizler, reel sektör krizleri ve finansal krizler olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir.

Reel krizler; mal-hizmet ve işgücü piyasalarındaki miktarlarda, üretim ya da istihdamda meydana gelen daralmalarda, durgunluk, işsizlik şeklinde ortaya çıkmaktadır (Kibritçiöğlu, 2001). Finansal kriz ise verimli yatırım olanaklarına sahip piyasaların, çeşitli sebeplerle fonlarını etkin şekilde yönlendirememesi sonucu ortaya çıkan bozulmalardır (Afşar, 2011). Çalışmada ekonomik kriz türleri finansal ve reel krizler olmak üzere iki genel başlık şeklinde ele alınmıştır. Detaya gelinecek olunursa alt başlıklar ile birlikte kriz türleri Şekil 2.1’de gösterilmiştir.



**Şekil 2.1: Temel Makroekonomik Krizlerin Sınıflandırılması**

**Kaynak:** “Aykut Kibritçiöğlu, “*Türkiye’de Ekonomik Krizler ve Hükümetler, 1969-2001*”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 41, 2001, s. 9.”

Durgunluk ve enflasyon krizini kapsayan mal ve hizmet piyasalarındaki krizler ile işsizlik krizi reel sektör krizlerini oluştururken; finansal krizler, ödemeler dengesi ve döviz kuru krizlerini alt başlıklarına sahip bankacılık krizleri, döviz krizleri ve borsa krizlerini içermektedir. Burada sabit kur sistemi uygulanan ülkelerde döviz krizi, ödemeler dengesi krizleri şeklinde adlandırılmakta; esnek kur sistemi uygulanan

lkelerdeki krizler ise dikkatin döviz rezervi azalmaları yerine kur değişimlerine çekilmesi amacıyla döviz kuru krizi şeklinde ifade edilmektedir (Kibritçioğlu, 2001).

### 2.2.1. Reel Krizler

İřęücü, mal ve hizmet piyasalarındaki miktar yani üretim ve/veya istihdamda durgunluk hali olarak tanımlanabilen reel krizler, fiyat düzeylerinin sürekli artışı halinde enflasyon krizi şeklinde nitelendirilmektedir. Enflasyon ile sonuçlanabilen ekonominin genel fiyat düzeyi, üzerinde sürekli artırııcı baskılar yaratan etkenler tarafından belirlenmektedir. Bu etkenler arasında, kamu kesimi açıkları, döviz kuru artışları ve enflasyon beklentileri ile uzun süreli politik istikrarsızlıklar ve hükümet politikalarına kamuoyu tarafından yeteri kadar güven duyulmaması yani düşük kredibilite gösterilmektedir (Kibritçioğlu, 2001). Bu tanımla birlikte ekonomide durgunluk ifadesinin, ekonomide yaşanan durgunluğu ifade ettiği ve ekonomik büyümenin nüfus artış hızının altına düşmesi, kişi başına düşen milli gelirin gerilemesi, işsizlik artışı, ekonomik faaliyetlerde duraklama, üretim faaliyetlerinin düşmesi şeklinde genelleme yapılabildiği söylenebilir (Tunçsiper vd., 2009).

Ekonomide yaşanan durgunluk halinin yanında, merkez bankası tarafından faiz oranları veya para arzında değişiklik yapılması sonucu para arzında meydana gelen azalma halinde, bireyler azalan para arzı ile para talepleri dengesi için harcamalarını kısıtlamaktadır. Yine ihtiyaçlarını karşılama amaçlı satmış oldukları hisse senetleri, hisse senedi fiyatlarını düşürecektir. Bunun sonucunda firmaların piyasa değerlerinde düşüş yaşanacak, yatırım harcamaları ve milli gelir azalacaktır. Parasal daralmaların diğer bir sonucu banka kredilerindeki düşüşler de yine yatırım harcamalarında düşüş meydana getirecektir. Kredi daralması ve faiz oranı artışı ile tüketicilerin likit finansal varlıklara yönelimi işletmelerin ürettiği ürünlere yönelik talebi azaltmaktadır (Ata, 2009). Dolayısıyla retim ve istihdamda gerileme yaratabilme ihtimali olan bu unsurlar beraberinde reel krizleri de getirmiş olacaktır.

Reel krizlerin oluşum aşamalarından gösterilen; şirketlerin, düşük döviz kuru halinde aşırı risk alarak olası bir dış borç artışına yol aması denetlenmemesi durumu, beraberinde kırılganlık kavramını gündeme getirecektir. Döviz kurunda artış yaşanması durumunda aşırı dış borç içinde olan şirketlerin ve kredi borcu içindeki hanehalklarının finansal dengeleri hızla bozulmaya devam edecek ve reel sektörde yaşanan iflaslar beraberinde işsizlik ile şekillenen bir reel sektör krizine sebebiyet verecektir. Reel

sektörün uyum mekanizmasının finansal sektöre kıyasla daha yavaş ve derin olması sebebiyle, sonuçları ülkeleri uzun vadeli bir durgunluk ile karşı karşıya bırakmaktadır (Yeldan, 2010).

### 2.2.2. Finansal Krizler

Finansal kriz kavramının net bir sebebi bulunmamakla birlikte, Mishkin tarafından öne sürülen; faiz oranlarındaki artış, hisse senetlerindeki düşüş, belirsizliğin artması hali, banka panikleri ve fiyatlarda yaşanan ani düşüşlerin finansal krizlerin oluşumuna zemin hazırladığı söylenebilmektedir (Mishkin, 1992). Bu tanıma ek olarak; ani döviz kuru değişimleri, serbest kredi politikaları, kötü yönetim, yetersiz sermaye ve mevduat sahiplerinin bankalara müdahaleleri gibi farklı pek çok alanda yaşanan sorunlar finansal kriz nedenleri arasında gösterilmektedir (Yıldırım & Kısakürek, 2012).

Finansal kriz türlerinden ilki olarak bankacılık krizleri genellikle ekonomide hareketliliğin sona ermesiyle beklenmedik şekilde ortaya çıkmaktadır. Bankacılık krizi yaşanması halinde kredilerde azalmalar kaçınılmaz olmaktadır. Olası bir bankacılık krizine karşı doğru yaklaşımı benimsemek, krizin altında yatan nedenin net bir şekilde anlaşılmasını ve aynı zamanda krize ilişkin hızlı öngörü elde edilmesini sağlamaktadır (Laeven, 2011). Kredi taleplerinde artışları ve varlık fiyatlarında aşırı yükselişleri beraberinde getiren para ve maliyet politikaları kaynaklı makro ekonomik istikrarsızlıklar bankacılık sektöründe yaşanabilecek potansiyel sorunların önemli faktörlerinden gösterilmektedir. Dünya faiz oranlarında ve dış ticarete yüksek dalgalanmalar gibi dışsal konjonktürdeki değişimler, finansal ve bankacılık krizlerinin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (Altıntaş, 2004).

Bu başlık kapsamında değerlendirilen diğer bir kriz türü olarak para krizi üzerinde durulacak olunursa; özellikle sabit döviz kuru sistemlerinde, piyasa katılımcılarının talep yönünü yerel para aktiflerinden yabancı paralı aktiflere doğru değiştirmeleri sonucu merkez bankasında döviz rezervlerinin tükenmesi şeklinde açıklama yapmak mümkündür (Delice, 2003). Döviz kurunda yaşanan ani yükseliş para krizlerinin bileşenleri arasında gösterilmekte ve para krizleri döviz kuru sistemine göre döviz krizleri ve ödemeler dengesi krizleri olarak iki boyutta değerlendirilmektedir. Döviz kuru krizi, dalgalı veya esnek kur sistemi uygulanan ekonomide, döviz üzerindeki spekülasyon yüklenmesi neticesinde döviz kurunda yaşanan ani değişiklik ile ortaya çıkmakta ve doğrudan kur artışı ile teşhis edilmektedir (Ata, 2009). Esnek kur

sistemine bağılı olarak ortaya çıkan ödemeler dengesi krizi ise ödemeler bilançosu açıklarında artış ve tükenen rezervler ile sonuçlanmaktadır. Haliyle döviz kurunda da artış yaşanacaktır (Özkan, 2005).

Diğer bir finansal kriz türlerinden döviz krizlerinin oluşumunda ise belirgin olarak; zayıf makroekonomik göstergeler ve yanlış ekonomik politikalar, finansal altyapıda yetersizlik, ahlaki risk ve asimetrik enformasyon olgusu, kreditörler ve finans kuruluşlarının hatalı önsezileri, beklenmedik siyasi olgular yer almaktadır. Bu sebeplerden bir veya birkaçı, değer yitirmemiş ulusal para üzerinde spekülasyon saldırı başlatılmasına yol açmaktadır. Bununla birlikte mevcut döviz kuru üzerinde oluşacak baskı, ya merkez bankası rezervinde oluşacak erime göze alınarak ya devalüasyonla ya da faiz hadleri yükseltilerek veya bu üç politikanın bileşimiyle karşılanmaktadır. Burada alınacak politik önlemlerin uzun vadeye yayılmaması gerekliliği söz konusudur (Kibritçioğlu, 2001).

Bahsedilen döviz krizi neticesinde, bu krize ek olarak, ödenemeyen borç kavramının bütünleşmesiyle karşılaşılan döviz borç krizi kavramıyla ilgili hızlı enflasyon artışı ve dış sermaye bağımlılığından söz edilebilmektedir. Böyle bir kriz türünün; ekonomik kırılganlık, dış gelişmelere aşırı duyarlı ekonomik yapı ve ekonomik istikrarsızlık gerekçeleriyle ortaya çıkmış olduğu düşünülmektedir (Orhangazi, 2019).

Yine döviz krizi beraberinde gelen, toplam talep üzerindeki negatif sarsıntılar, ekonomik kırılganlık ve devalüasyon amaçlı piyasa baskılarına yol açabilmektedir. Sabit döviz kuru hedefini koruma taahhüdü vermiş bir hükümet, bu hedefi tutturmak için uluslararası rezervleri satmak veya faiz oranını artırmak zorundadır ancak bu durum resesyona daha kötü hale getirir. Vergilendirilebilir gelir azalırken artan kamu harcamalarında olduğu gibi döviz kriziyle birlikte varlığından söz edilen üretim ve istihdam kayıpları kamu bütçesine negatif etki etmektedir. Burada hükümetin uluslararası sermaye piyasası kredilerine erişiminin olmaması ve yüksek faiz oranlarında yeni borçlar tetikleyici olmaktadır (Dreher vd., 2006).

Finansal kriz türlerinin bir diğeri olan bankacılık krizleri, banka veya kredi kuruluşlarının görevlerinde meydana gelen eksiklikler sonucu tasarruf sahiplerinin bankalara karşı güvensizliğinin oluşmasıyla kendini göstermektedir. Ayrıca, kişilerin tasarruflarını bankadan çekmeleri, çekilen kredilerin geri dönmemesi, bankaların sahip olduğu menkul ve gayrimenkul değerlerinin düşmesi, bankaların uluslararası

piyasalardan sağladığı kredileri geri ödeyememeleri gibi durumlar ile sonuçlanabilen kriz türüdür (Durmuş, 2016).

Bankacılık krizleri, teorik olarak iki grupta sınıflandırılabilir: rassal bir olay olduğu görüşü ve konjonktürel etkilere bağlı olduğu görüşü. Mevduat sahiplerinin öngörülerine dayanan ve rassal bir olgu olduğu kabul edilen bankacılık krizleri; mevduata yönelik yapılan spekülâtif hamleler nedeniyle bankaların likit fonlarının tükenmesi sonucu oluşmaktadır. Diğer tarafta, ekonomik faaliyetlerde yaşanacak bir daralmanın banka varlıklarının değerini azaltacağı ve bununla birlikte mevduat sahiplerini fonlarını çekmesine neden olacağı düşünülmektedir. Bankacılık krizleri; kamu güvencesi içeren garantiler, likidite desteği ve alacaklılarına yönelik ekonomik destek içeren finansal maliyetler ile üretim kayıplarıyla sonuçlanmaktadır. Finansal maliyetler yanlış kaynak kullanımı ve kur sisteminin çökmesi dışında vergi yükümlülerinden mevduat sahiplerine yönelik kaynak aktarımına da neden olmaktadır (Altıntaş, 2004).

Diğer yandan, fon açığı bulunan ülkelerin fon fazlası ülkelere talep ettiği kendi para cinsi dışındaki maddi destek olarak tanımlanan dış borç kavramı ile ilgili; dış ticaret açığının kapatılması, istihdamda artış ve ekonomik istikrar konularında ülke ekonomisine katkı sağladığı söylenebilmektedir. Bu durumda dış borçların ödeme şekli, vade yapısı, faiz oranları gibi unsurlar ve ihtiyaçlara uygun izlenecek dış borç stratejisi oldukça önemlidir. Borç yönetiminde diğer önemli nokta finansal krizlerin önceden saptanmasını sağlayan erken uyarı sistemi olmakla birlikte bu sistem döviz ve bankacılık krizleri için öncü bir göstergedir. Dış borçlanmanın temelde ekonomik birimlerin varlık ve yükümlülükleri arasındaki para birimi uyumsuzluğunu ve çeşitli finansal araçlar ile dış borç riskini azaltarak etkili risk yönetimi ile olabilecek en düşük maliyetle gerçekleşmesi beklenmektedir (Nart, 2015).

Son olarak para ve banka krizlerini kapsayan, finansal sistem fonksiyonlarının etkin kullanımına yönelik meydana gelen, potansiyel eksiklik göstergesi sistematik finansal krizlerin varlığından söz edilebilmektedir. Finansal piyasaların; verimli yatırım projelerine sahip ancak fon eksiği bulunan birimlere, elindeki fonları yatırım alanlarına kanallı edemeyecek durumdaki birimlerden fon akışını sağlamak ve likidite fonksiyonu ile karar birimlerine likit varlık sağlamak amacıyla risk paylaşımında bulunması verimlilik artışı ve ekonomik büyümeyi beraberinde getirmektedir. Bu

işlevlerin yerine getirilmesini sağlayan finansal kurumlar, ödeme zorluğu, ekonomik belirsizlikler ve ani piyasa çöküşleri ile birlikte sistematik finansal krizlerin varlığı ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum, para ve banka krizlerini kapsayarak istihdam düzeyinde de negatif etki yaratmaktadır (Çeviş, 2012).

Son olarak borsa krizi olarak adlandırılan kriz türü ise hisse senedi fiyatlarında meydana gelen hızlı ve beklenmedik düşüş olarak tanımlanmaktadır. Krizin çıkış noktası, doğal bir felaket durumundan veya ekonomik kriz ya da ani fiyat değişikliklerinden kaynaklı olabilmektedir. Herhangi bir halk ayaklanması durumu da kriz haline katkı sağlayabilmekte fiyatları daha fazla düşüren panik satışına neden olabilmektedir (Chen, 2020).

**Tablo 2-1: 19 Ekim 1987 Borsa Değer Kayıpları**

|              |       |
|--------------|-------|
| Dow Jones    | %22.6 |
| Hong Kong    | %45.8 |
| Avustralya   | %41.8 |
| İspanya      | %31   |
| İngiltere    | %26.4 |
| Kanada       | %22.5 |
| Yeni Zelanda | %60   |

**Kaynak:** “1987 Wall Street Krizi: Kara Pazartesi.” (2021, 10 Ocak).

Bu bağlamda dünya borsalarının kısa bir süre zarfında büyük değer kaybetmesi sonucunda Kara Pazartesi adıyla anılan ve modern anlamda ilk borsa krizi olduğu söylenebilmektedir. Honk Kong borsasında başlayan düşüş bir hafta gibi bir sürede tüm dünyaya yayılmıştır. 19 Ekim 1987’de başlayan kriz, üç yıl kadar sürmüş Kara Pazartesi olarak adlandırılan gün bir gün içinde en büyük değer kaybının yaşandığı gün olarak tarihte yerini almıştır (Büyükkara, 2019).

### 2.3. Ekonomik Kriz Oluşumunu Açıklamaya Yönelik Finansal Yaklaşımlar

1929 Krizi ile meydana gelen sermaye hareketlerindeki büyük azalış yeni bir sistemin gerekliliğini ortaya koymuş ve 1944 yılında ABD’de denetleyici ve düzenleyici kurumların temellerinin atıldığı Bretton Woods sistemi oluşturulmuştur. Dış ticaret dengesizliklerinin sebebiyet verebileceği problemleri önleme amaçlı,

devalüasyon veya revalüasyon zorunluluğunu ortadan kaldırmak için kurulan bu sistem, cari açık verebilecek ülkelere sabit kur ile sermaye sağlayan IMF ile desteklenmiştir. 1973 yılında yaşanan Petrol Krizi ile gelişmiş ülkelerde sermaye azalmış olup fiyat dalgalanmalarının da yaşanmasıyla birlikte Bretton Woods sistemi terk edilmiştir. Sabit kur sistemi sonrası esnek kur sistemine geçiş ve sermayenin nemalandırılacağı yeni finansal araç arayışıyla ikinci küreselleşme dalgasına girilmiştir. 1990'lı yıllarda yaşanan finansal liberalizasyon, teknoloji ile desteklenen küreselleşme, sermaye akımları ve finansal sistemde kırılganlıklarda artış yaratmıştır. Neticede bahsedilen paradigma 2008 yılı küresel krizi ile tartışılan bir konu haline gelmiştir (Özdemir, 2013).

Sosyal, ekonomik, teknolojik, politik, kültürel pek çok boyutta ele alınabilecek olan küreselleşme; ülke sınırlarını aşarak tüm insanlığı ilgilendiren ve ülkeler arası karşılıklı bağımlılığa yol açan gelişmeleri kapsamaktadır. Finansal yeniliklerin yarattığı türev ürünler piyasası ile otoritelerin işi zorlaşmış olacak ve küresel çapta uluslararası finansal piyasaları düzenleyecek kurumların varlığı finansal kriz olgusunun gelişimini durdurmada önemli yer tutacaktır (Ganiev, 2014).

Küreselleşme neticesinde gelişiminden söz edilen ekonomik kriz, ülkede bankacılık sistemini, borsa piyasasını ve bazı durumlarda hükümet istikrarını etkileyen finansal kriz ile ilişkilendirilmektedir. Genel olarak, finansal kriz faktörlerinin bir araya gelmesiyle oluşsa da ortaya çıkış nedeni birçok faktöre bağlanabilmektedir. Mal veya hizmetlerin, üretim aşamalarından itibaren dağıtım ve tüketim sürecini de kapsayan ekonomi kavramı, finansal ve toplumsal unsurlarla çerçevelenmiş olup, alanında yaşanacak kriz halinde finansal faktörlerin yanı sıra doğal afet gibi çevresel oluşumların da etkisi altında kalacaktır. Doğal afetlerin yanında besin yoluyla bulaşan hastalıkların varlığı, tüketicilerin yeme içme ve satın almalarında, dolayısıyla fiyatlarda dalgalanmalara yol açabilmektedir. Gıda fiyatlarında görülmesi muhtemel bu artış, tüketicilerin harcama alışkanlıklarını değiştirebilmekte ve uzun vadede işsizliğe yol açabilmektedir (Mohr, 2014). Kriz oluşumunda etkisinden söz edilen başlıklar çalışmada detaylı şekilde ele alınmıştır.

### **2.3.1. Finansal Liberalizasyon**

Liberalizm ile tüm toplum için yasal eşitlik hakkı yanında bireysel bakış açısı savunulmakta, burada fırsat eşitliği ile mülkiyet hakkı kavramlarının entegrasyonuna



değiniilmektedir (Vincent, 2009). Liberalizasyon ise tanım olarak, ekonomide kontrollerin; döviz piyasaları, finansal piyasalar, işgücü piyasaları, tarımsal ürün piyasaları gibi alanlardan sermayenin serbest dolaşımı amacıyla kaldırılması sürecini ifade etmektedir (Yılmaz & Tuncay, 2012).

Liberalleşme sürecine bakıldığında, düzenleyici otoritenin getirdiği kural ve kısıtlamalar, nispi fiyat oluşumunda değişime ve alınan kararların yanlış fiyat sinyallerine göre şekillenmesine neden olabildiği görülmektedir. Ekonomide kaynak dağılımındaki etkinliğin bozulması refah ve büyüme düzeyini de etkileyecektir. Döviz kuru yönetimi için araçlara ihtiyaç duyulmaması baskı altındaki finansal sistemlerin gelişimine engel olmuştur. Finansal piyasaların gittikçe artan global entegrasyonu, gelişmekte olan ülkelerin rekabet etme ve sermaye hareketlerini ülkelerine çekebilmek için baskılama yerine liberalizasyona gitmelerini zorunlu kılmıştır (Mangır, 2006). Finansal sistemlerin iç ve dış deregülasyonu ile sonuçlanan dönemde, etkin ve baskılanmamış bir ortamda müdahaleden uzak şekilde çalışmasını sürdüren finansal piyasaların liberalizasyon uygulamaları, bankacılık sistemlerinde; faiz, döviz kuru, likidite ve ödeyebilir olma durumu gibi ciddi riskler yaratmıştır (Karabulut, 2001).

Liberalizasyon uygulamaları kategorize edildiğinde, finansal piyasalardaki faiz tavanları, giriş kısıtları, likidite zorunlulukları gibi regülasyonların kaldırılması ile iç liberalizasyon; sermaye hareketlerindeki engellerin kaldırılması ve yerli paranın konvertibilitesi ile dış liberalizasyon gerçekleştirilmiştir. Finansal kırılganlık ve krizle sonuçlanabilen liberalizasyon, hükümet müdahalesinin her koşulda ekonomik performansı kötü etkilemeyeceğinin, içinde bulunulan duruma göre yararlı olabileceğinin bir göstergesidir. Finansal baskılama dönemlerinde faiz oranlarını düşük tutulması halinde, kredilerin geri ödenmeme riskini düşürerek, kredi başvurularının kalitesinde artış yaratması müdahalenin düzenleyici yönünü açıklamaktadır (Özdemir, 2013).

### **2.3.2. Ekonomik Kırılganlık**

Genel ve ekonomik çerçevede öngörülemeyen, zarar görme veya negatif yönde etkilenme riskini ifade eden kırılganlık, ekonomik boyutta değerlendirildiğinde dış etmenlere karşı duyarlı şok kavramıyla ilişkilendirilebilir. Yapay ve doğal iki gerekçeyle açıklanabilen ekonomik kırılganlık, tarım üretimi ve ihracatta istikrarsızlık ile şekillenmektedir. İklim, ticari şartlar ve siyasi sorunlar büyümeyi yavaşlatabilecek

sorunlar arasında gösterilmektedir (Guillaumont, 1999). Ekonomide kırılganlık mevcudiyetini belirlemek için geliştirilmiş bir takım göstergeler mevcut olup bunlar; yabancı yatırımcıların yatırım beklentisi döviz getirileri için dikkate alınması gereken dış kırılganlık göstergeleri, devlet bütçesinin durumunu anlamaya yönelik mali kırılganlık göstergeleri ve bankacılık sektörüne ilişkin finansal kırılganlık göstergeleri olarak gruplandırılabilir (Özyıldız, 2014).

Kırılganlık kavramı neticesinde kriz oluşum sürecine değinildiğinde, kısa vadeli spekülative finansmanın ağırlıklı olduğu ekonomik büyüme dönemlerinde finansal kırılganlıktan söz edilebildiği görülmektedir. Gittikçe artan borçlanma neticesinde artan finansal kırılganlık dönemi güvenlik marjında da aynı şekilde azalmaya yol açacaktır. Borçlanma düzeyinin artışı ve uzun vadeli faiz oranının kısa vadeli faiz oranına göre yüksek olması sebebiyle uzun vadeli varlıkların kısa vadeli borçlanma ile finanse edilmesi durumu borçlanma içinde kısa vadeli borçlanmayı da artırmakta ve bu durum likiditeyi düşürerek finansal kırılganlıkta yükselişe neden olmaktadır. Belirsizliğin hâkimiyetinden söz edilebilecek bu sistemde finansal varlıkların şimdiki değerinde düşüş yaşanacak olup faiz, ücret ve girdi fiyatları yükselecektir. Geri ödeme kapasitesini zorlaştıran faktörler ekonomik krizi tetiklemektedir (Işık, 2004).

### 2.3.3. Asimetrik Bilgi: Ters Seçim ve Ahlaki Tehlike

Bankaların kredi verebiliyor olması neticesinde ortaya çıktığı düşünülen asimetrik bilgi sorunu, bankaların borç verme esnasında alıcıların güvenilirliğini tam olarak ayırt edememelerinden ileri gelmektedir. Güç dengesizliğini de beraberinde getiren bu durum tarafların birbirlerine göre bilgi birikimlerinin farklı seviyede olmasıyla şekillenmektedir. Finansal bir sözleşmede taraflardan birinin diğer tarafa oranla daha az bilgiye sahip olması durumu olarak nitelendirilen asimetrik bilgi, ekonomik sistemlerin etkili çalışmasında önemli bir engel teşkil etmektedir. Örneğin; sık sık kredi alan bir borçlu, üstlenmiş olduğu yatırım projesi ile ilgili risk ve potansiyel geri dönüşler konusunda borç verene kıyasla daha fazla bilgi sahibidir. Asimetrik bilgi finansal sistemde iki temel soruna öncülük etmektedir: ters seçim ve ahlaki tehlike (Mishkin, 1998).

Akerlof'a göre piyasada bulunan dört otomobil türü; yeniler, kullanılmış olanlar, iyiler ve limonlar olarak düşünülmüştür. Burada, limon herhangi bir soruna sahip ikinci el ürünü tanımlamaktadır. Bireyin alabileceği yeni ve kullanılmış olmak üzere her iki

ürünün de iyi veya limon olma ihtimali söz konusudur. Alıcı, iyi veya limon olma olasılığı hakkında fikir sahibi olmadan piyasadaki ortalama bir araca göre belirlenmiş fiyatı öderken, satıcı bu bilgiye sahip olmakla birlikte iyi araba satışlarını sınırlandırarak ters seçim yaratmış olacaktır (Akerlof, 1970). Ters seçim; kredibilitesi düşük, riski yüksek kişilerin kredi alma ve yüksek faiz ödemede istekli davranmaları neticesinde oluşur. Bu durumda, fon talep eden tarafın risklilik ve geri ödeme yeteneği gibi yapısal özellikleri fon kullandıran tarafça tam ve kesin olarak bilinmemektedir. Ters seçim sonucunda, piyasalarda kötü kredi riski taşıyanların artan kredi talepleri üzerine, kredi sağlayıcılar iyi kredi riskinin varlığına karşın kötü kredi riski talebini önleme amaçlı kredi stoklarını azaltmakta ve bu durum kredi kuruluşlarının ödünç verme motivasyonları üzerinde olumsuz bir sonuç yaratmaktadır (Ata, 2009).

İşlem öncesi oluşum gösteren ters seçim sorununun aksine ahlaki tehlike sorunu finansal işlem sonrası ortaya çıkmaktadır. Kredi alanın, kredi verenin çıkarını zedeleme tehlikesine neden olması durumu olarak tanımlanabilen sorun, kredinin geri ödenmeme riskini artırmaktadır. Böyle bir durum söz konusu olduğunda kredi alan, yüksek getiri kazanamaması ve sermaye kaybı halinde, kaybın önemli kısmını kredi verene yüklemektedir. Buna paralel olarak finansal sistemin tercihi az sayıda güvenilir müşteriye kredi açmak olacak, bu durum finansal sistemin etkin çalışmasını sınırlandıracaktır (Müslümov & Aras, 2004).

#### **2.3.4. Yüksek Kaldıraçlı Finansal İşlemler**

Kaldıraçlı finansal işlemler, aracı kurumların uygulamış olduğu ve müşteriye döviz işlemlerinde yatırım miktarının üzerinde işlem yapma olanağı sağlayan ve yüksek risk dolayısıyla etkili risk yönetimi gerektiren bir sistemdir. Mortgage piyasalarında yoğun şekilde karşılaşılan kaldıraçlı işlemlerde, kredi geçmişi sorunlu olan kişilere yüksek krediler verilmesi, kriz sürecini başlatmış olup geri dönüşü olmayan kredi riskine yol açmıştır (Akın, 2017).

Bankaların kaldıraçlı yapmış olduğu işlemler, likidite oranını artırmakta ve bu artış krize zemin hazırlamaktadır. Bankaların kaldıraçları işlemde bulunmaları, piyasadaki varlıkların şişmesinin yanı sıra, elde ettikleri aktiflerin fiyatlarındaki şişme ile de aktiflerini büyük göstermişlerdir. Bu durum firma değerinde artış yaratarak yatırımcılar tarafından daha güvenilir olarak algılanmalarına sebebiyet vermiştir. Daha

kolay pazarlanan riskli ve kaldıraçlı işlemler, yatırım riskinde artışı beraberinde getirmiştir (Yıldıran & Kısakürek, 2012).

### 2.3.5. Gölge Bankacılık

Banka konumunda bulunmayan ve bankacılık düzenlemeleri dışında kalan ancak ticari banka hizmeti sunan kurumlar ile banka konumunda bulunmasına rağmen bankacılık düzenlemelerine tabi olmaksızın benzer hizmetler veren kurumların oluşturduğu faaliyet toplamına gölge bankacılık sistemi denmektedir (Eğilmez, 2013).

Küreselleşme neticesinde ivme kazanan finansal serbestleşme politikaları, finansal araçların denetim dışı sirkülasyonu ile sonuçlanarak hem piyasalar hem de finansal aktörler için risk unsuru haline gelmiştir. Gidişatın en önemli oluşumlarından olan ve küresel piyasada “kara delik” olarak adlandırılan gölge bankacılık sistemi krediyi, vadeli işlemleri ve likidite dönüşümünü yönetmektedir. Diğer bankalardan en önemli farkı, merkez bankasının sunduğu kredi ve likidite desteğine erişiminin olmaması ve mevduat sigortası gibi güvenceye mensup olmamasıdır (Akçay & Güngen, 2016).

Gorton ve Metrick, yapmış olduğu bir çalışmada, gölge bankacılık sistemini 2008 Krizi açısından incelemiş ve yüksek riskli mortgage kredileri olarak tanımlanan eşik altı kredilerin yanında bankalara kısa vadeli fonlama karşılığında daha fazla eşik altı kredi vermesine imkân tanıyan repo piyasasının krizi oluşturan temel faktörlerden olduğu kararına varmışlardır. Özetle finansal krizler, kısa vadeli borçlar etrafında merkezileşmiş ancak daha sonra teminat konusunda kusurlar açığa çıkmıştır. Bu durumda, bir takım düzenlemeler ile yatırım fonları ve menkul kıymetleştirilmiş tahvillerin güvenilirliği net olarak belirlenmeli, repo kullanan yatırımcılar için güven unsuru olarak değerlendirilebilecek gölge bankacılık sisteminin gelişimine paralel olarak, piyasa katılımcılarına yatırım için daha güvenli bir alan sunulmalıdır (Gorton & Metrick, 2010).

### 2.3.6. Siyasi İstikrarsızlık

Demokratik bir süreçte, hukuk kuralları çerçevesinde etkili ve verimli siyasi yapı siyasi istikrarı tanımlarken, tam tersi durumda demokratik bir süreçte, yine hukuk kuralları dâhilinde etkili, verimli siyasi yapının oluşturulamaması hali siyasi istikrarsızlık olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2004). Nitekim ülke ekonomisi ile siyasi

sistem uygulamaları arasındaki ilişki neticesinde, siyasi istikrarsızlığın ekonomik başarıya ket vurduğu düşünülmektedir. Bahsedilen ilişki; yatırım bazlı gayri safi yurt içi hâsıla büyümesi ile kişi başı milli gelir, kamu maliyesi, enflasyon gibi göstergeler çerçevesinde ele alınmakta, politik anlamda yaşanacak bir belirsizlik bu unsurları olumsuz etkilemektedir (Karahan & Karagöl, 2014).

Politik istikrarsızlığın sebebiyet verdiği belirsizlik durumu, yatırımların başka ülkelere yönelmesine, dolayısıyla ekonomide kırılganlığa yol açacaktır. Aynı zamanda yatırım ve tasarruflarda beliren azalma, ülke ekonomisinde büyümenin önüne geçmiş olacaktır. Politik istikrarsızlık endeksi, iktidardaki hükümetin istikrarsızlık olasılığını ölçmektedir (Kamacı, 2019).

Türkiye’de politik istikrarsızlık ve ekonomik büyüme ilişkisinin incelenmiş olduğu çalışmada elde edilen sonuçlar genelleştirilecek olursa; ülke içinde kayıplara sebebiyet veren terör olayları, demokratikleşmede yetersizlik, darbe oluşumuna zemin hazırlayabilecek etmenler, kamu yönetiminde yeterli ölçüde şeffaf ve hesap verilebilirlik kavramlarının bulunmaması, ekonomik ve askeri yönden güçsüzlük halinin politik istikrarsızlık, dolayısıyla ekonomide gerilemeye yol açtığı sonucuna varılmaktadır. Ayrıca siyasi yönden tutarsızlık içinde bulunan bir ülkede, eğitim süreçlerinde aksaklıklar yaşanabilecek, eğitimdeki olumsuzluk beşeri sermayeyi, bu durum ise ekonomik büyüme performansını olumsuz etkilemiş olacaktır (Kartal & Öztürk, 2017).

#### **2.4. Küresel Zeminde Ekonomik Kriz Sonrası Finansal Risk Olguları**

Gelişen teknoloji ile birlikte dünya düzeninde meydana gelen önemli değişimlerden küreselleşme kavramı, ülkeleri sosyal ve siyasi yönden yakınlaştırmalarının yanında; ekonomik bağlamda da ortak bir zemin üzerinde hareket etmeye sevk etmiştir. Ulaşımın getirisi olarak şirketlerin dış kaynak kullanımı geçmişe oranla çok daha serbest hale gelen ticari ortamda gelişimini sürdürmekte ve bu durum ülkeler arası etkileşimi artırarak merkez ülkede oluşabilecek muhtemel ekonomik krizin bağlı ülkelere yayılmasına yol açmaktadır. Belirsizliğe karşı korunmasız olma hali olarak tanımlanabilen risk kavramı, ekonomistlerce gelecekteki getirilerde oluşabilecek belirsizlik ihtimali olarak da ifade edilmektedir. Risk yönetimi ise belirsizlikleri ve belirsizliğin yaratacağı olumsuzlukları kabul edilebilir bir düzeye getirmeyi hedefler (Güzel, 2007). Bu farka yönelik bir örnek verilecek olunursa, finansal bir varlığın

gelecekteki fiyatı tahmin edilirken geçmişindeki veriler analiz ediliyorsa risk söz konusudur. Yine aynı varlığa ilişkin finansal bir veri yoksa gelecekteki fiyatlar için tahmin söz konusudur ve böyle bir durumda belirsizlikten söz edilmektedir (Orçun, 2016).

Diğer yandan, piyasadaki sert fiyat değişimleri ve likidite kayıpları ile nakit akımların finansal yükümlülükleri karşılayamaması durumu olarak tanımlanabilen finansal krizler mali başarısızlık getiren temel faktörlerden, finansal riskler ise krizlerin temel sorunlarından. Finansal riskler, fiyat hareketlilikleri, organizasyon işlemleri ve başarısızlık gibi işletme içi işlemlerden etkilenmektedir. Finansal risk türlerinden ilki olarak kredi riski tanımlanırken; bu kriz türünden işletme veya diğer ekonomik birimlerin kredi kullanımına dayalı yapmış oldukları sözleşmelerde yükümlülüklerin yerine getirilmemesi veya geciktirilmesi nedeniyle meydana gelen kayıp ihtimali olarak söz etmek mümkündür. Özellikle finans sektörünün maruz kaldığı bu risk grubu, bankalar açısından bilanço dışı işlemlerden de kaynaklanabilmektedir (Yıldırım & Kısakürek, 2012).

Piyasa dalgalanmaları neticesinde beklenen kârla sonuç alınamaması ile oluşan piyasa riski, birçok riskin temelini oluşturmaktadır. Bahsedilen dalgalanma sonucu piyasa krizinin iyi yönetilememesi; ortaya çıkan faiz riskine bağlı oluşabilecek likidite riski ile yerine getirilemeyen yükümlülüklerle yol açabilmekte ve itibar kaybıyla devam ederek işletmeyi iflasa sürükleyebilmektedir (Özbilgin, 2012).

Bankacılık sisteminde, aktif varlıkların uygun zamanda tahsilatı sistemin gelişiminde önemli rol oynamakta, bu durum aktif pasif varlık yönetimini gerekli kılmaktadır. Bankaların net faiz gelirlerini maksimize, piyasa dalgalanmalarını minimize etmek amaçlı oluşum gösteren varlık yönetimine ilişkin teknikler ile kontrol edilen portföy yatırımları, faiz oranı riskinin yanında likidite riskine de neden olmaktadır (Yang & Xu, 2009). Likidite riski, işletmenin yeteri kadar nakdinin bulunmayışının yanı sıra sahip olduğu varlıkların nakde çevrilmesinde karşılaşılan güçlükler olarak tanımlanmaktadır. Varlığın nakde dönüşümünün gerçekleşmemesi veya beklenen değerin altında elden çıkarılması yine bu risk faktörünü söz konusu hale getirecektir (Özbilgin, 2012).

Finansal riskler dışında kalan kriz türlerini kapsayan operasyonel risk kavramı, Bankacılık Denetim Komitesi tarafından, uygun olmayan ya da işlemeyen iç süreçler,

insanlar ve sistemler ya da dış etkenler nedeniyle beklenmeyen zarara uğrama ihtimali olarak tanımlanmıştır. Daha detaylı incelendiğinde, usulsüzlük, yapılan hatalar, dikkatsizlik gibi sorunlara neden olabilen insanlar; sürekli değişime adaptasyon ve güvenlik sorunları veya yanlış yatırımları içerebilecek sistemler; çalışanlar ve sorumluluklarına ilişkin süreç hataları ve ülke genelinde yaşanabilecek dışsal olaylar olmak üzere dört başlıkta kategorize edildiği görülmektedir (Altay, 2015).

Detaylandırılacak olunursa; personel kaynaklı risk faktörleri, bilinçli veya bilinçsiz davranışlardan kaynaklanabilmektedir. Çalışanların maruz kaldığı olumsuz şartların yaratmış olduğu ruhsal bozukluk neticesinde bilinçsiz veya görevi kötüye kullanım ile sonuçlanan bilinçli davranışlar kurum içinde faaliyetlerde aksaklığa yol açabilmektedir. Yine kurum içinde kilit personel eksikliği de risk unsuru sayılmaktadır. Globalleşen dünyada teknoloji destekli yönetim süreçlerinin büyük problemlerinden biri de sistem eksikliklerinin üretime doğrudan negatif yönlü etki etmesidir. Özellikle internet üzerinden işlemlerini gerçekleştiren veya kendi yazılım ve işletim sistemlerine sahip kurumlar bu tür iletişim hatlarının kesilmesi, yedekleme hataları, zararlı kodlar gibi operasyonel risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Kurum içinde yapılan iş tanımlarına yönelik süreçlerin gerektiği gibi yerine getirilememesi veya prosedür ve kurum içi iletişimde eksiklik meydana gelmesi operasyonel krizin süreç basamağını oluşturmaktadır (Özbilgin, 2012).

Operasyonel risklerin diğer bir basamağı olarak dış etmenlerden söz edilebilmektedir. İşletmenin karşılaşılabileceği makro düzeydeki bu etmenler üçüncü kişilerin kuruma yönelik olumsuz faaliyetlerine ek olarak siyasi olaylar gibi devamında ekonomik kriz ortamına zemin hazırlayacak faktörleri içermektedir. Ek olarak vergi yasalarındaki güncellenen veya son eklenen yükümlülükler, tedarikçi sorunları, diğer kurumlar ile olan ilişkiler, doğal afetler operasyonel risk örneklerine örnek verilebilmektedir (Altay, 2015).

Kriz türleri son olarak mevzuattan kaynaklanan risk yani düzenlemelerde meydana gelen değişikliklerin faaliyetleri etkilemesi durumunu içermektedir. Küreselleşmenin bir sonucu da kurumların uluslararası faaliyetleri ve bununla birlikte şekillenen yasal düzenlemelerdir. Mali piyasalarda piyasa mekanizmasının işleyişinde meydana gelen herhangi bir tedbirsizlik ve usulsüzlük sebebiyle aksaklık çıkması halini

önlemeye yönelik müdahaleleri kapsayan düzenlemeler her ne kadar maliyet düşürmeyi hedeflese de yatırımcının korunması prensibini de üstlenmektedir (Başuzman, 2007).

Yasama organının ekonomik ve toplumsal olgularla ilgili koyduğu yasa ve kurallara örgütler de uymak zorundadır. Dolayısıyla bahsedilen hukuki düzenlemelerin örgütler tarafından tam zamanlı olarak gerçekleştirilmesi gerekmekte ve bu kurala uyulmadığı takdirde işletme içi kriz kaçınılmaz olmaktadır (Oran & Demir, 2016). Haliyle kriz sonrası süreçte alınan kararların da hızlı bir şekilde uygulamaya geçirilmesi ve tüm işletme kararlarında etkili olması gerekmektedir.

## **2.5. Ekonomik Krizler ve Türkiye'ye Etkileri**

Global dünyada diğer tüm ülkelerde görüldüğü gibi Türkiye'de de makroekonomik yapının bozulmasıyla birlikte birçok ekonomik kriz dönemi çeşitli politikalar uygulanarak aşılmaya çalışılmıştır. Aşağıda Büyük Buhran Dönemi, Petrol Krizleri, 1980 Sonrası Ekonomi ve Banka Krizleri, 1990 Körfez Krizi, Nisan 1994 Krizi, Kasım 2000 Krizi, Şubat 2001 Krizi, 2008 Krizi ve 2018 Döviz ve Borç Krizi, Koronavirüs Salgını dönemleri ele alınmıştır.

### **2.5.1. Büyük Buhran Dönemi**

Ana nedenlerinden biri Birinci Dünya Savaşı olan Büyük Buhran, New York borsalarının 24 Ekim 1929 tarihinde çökmesi ile başlamıştır. Savaştan etkilenen devletlerin o dönemde yeniden yapılanma amacıyla ABD'ye karşı borçlanmaları ile başlayan depresyon ve denetimden ve yasal önlemlerden yoksun Amerikan ekonomisinin monopolleşmeyi beraberinde getirerek rekabetin azaldığı, fiyat ve üretimin etkilendiği zeminde maruz kaldığı kriz ortamı manipülasyonlarla şekillenmiştir (Ay & Uçar, 2015).

Dönemin bıraktığı etki diğer devletlere yansıdığı kadar büyük olamayan Türkiye, ekonomisi tarıma dayalı bir ülke olmakla birlikte; kriz daha çok ihtiyaç karşılamak amaçlı yapılan tarımın, ihracata yönelik yapıldığı bölgelere etki etmiştir. Her ne kadar etki büyük olmasa da deflasyonun önüne geçilememiş, fiyat düzeyleri yarı yarıya gerilemiştir (Akat, 2007). İlerleyen yıllarda, fiilen İkinci Dünya Savaşı'na girilmemiş olsa da, tedbir amaçlı genç nüfusun askere alınması özellikle tarıma dayalı ülke ekonomisini olumsuz etkilemiştir.



Türkiye’de yeni yapılanma kaynaklı içsel sıkıntıların etkisi dönemi zorlaştıran gerekçelerdendir. 1932-1933 yılları arası ihracatçı konumda olduğu tarımsal ürün ve ham maddelerin fiyatları düşüşe geçmesi büyük iflaslara yol açmıştır. Devalüe olan yabancı para karşısında TL’nin yükselişi, genel fiyat seviyesinde düşüşler ve paranın dolaşım hızının yavaşlaması ihracatta gerileme ile sonuçlanmıştır. Aynı dönem Avrupa krizi daha yoğun yaşayarak dış ticaret korumaları ile ithalatı kısıp ihracatı olumsuz etkilemiştir. TL’nin değerlenmesi krediyi ödeme güçlüğü çeken başta çiftçiler olmak üzere yatırımcıda ödeme güçlüğü yaratmıştır. Fiyatlardaki düşüşler devam ederken yeni vergilerin eklenmesi ve geçmişten gelen vergi sisteminde yapılan değişiklikler halka karşı ekonomik baskı uygulamıştır. Harcanabilir gelirin de düşmesiyle satın alma gücü daralan halk, krizin etkisini daha fazla hissetmiştir (Erbay & Hemen, 2019).

### 2.5.2. 1973 ve 1979 Petrol Krizi

Enerji krizleri kategorisinde değerlendirilebilecek olan krizlerden ilki 1973 yılında meydana gelen Petrol Krizi olarak literatürde yerini almakta, krizin temellerinin 1967 yılı Altı Gün Savaşları sonrası atıldığı görülmektedir. İsrail ile Arap ülkeleri arasındaki savaş neticesinde İsrail, Birleşmiş Milletler kararına aykırı olarak işgal ettiği bölgeleri açıklamış, Mısır ve Suriye’nin tepki vermesi üzerine savaş yeniden belirmeye başlamıştır. Daha sonra, ABD destekli İsrail, Sovyetler Birliği’nin savaşa dâhil olması sonrası ateşkes kararına uymuş ve OAPEC ambargosu ile de bölgeden çekilmiştir (Kaykusuz, 2014).

1973 yılının Petrol Krizinin etkisiyle, sanayileşmiş birçok ülkede sermaye getirisi azalmıştır. Buna çözüm olarak uluslararası sermayenin, dünya finansal sistemi içinde hızla hareket edebilmesi amacıyla politikalar geliştirilmiş, sınırlamaların yıkılması sürecine adım atılmıştır. Sabit döviz kuru rejimi, Bretton Woods sisteminin terk edilmesi ile kendini gösteren dönem, finans piyasalarında serbestleşme ile finansal türev araçları geliştirilerek devam etmiştir. Haliyle bu kriz, ikinci küreselleşmeyi başlatmış ve sabit döviz kuru rejimi döneminin sona ermesine sebebiyet vermiştir (Özdemir, 2013).

Diğer yandan kriz sürecinin diğer ülkeler ile birlikte Türkiye’yi de hayli etkilediği söylenebilmektedir. İstikrarlı bir ekonomi ve sosyal adalet kavramına uygun vergi yapılanması için var olması gerektiği düşünülen maliye politikasının Kıbrıs Barış Harekâtı ve petrol fiyatlarına bağlı olarak artan kamu harcamaları neticesinde etkinliği

azalmış, enflasyon artmaya başlamış ve bu durum Türkiye'nin içinde bulunulan Petrol Krizi döneminde fazlaca etkilenmesine neden olmuştur. Maliye politikası ile kastedilen harcamaların verimli alanlarda yoğunlaştırılması gerektiği ve vergi yükünün varlıklı kısma yönelmesidir. Petrol ihracatçısı olan Türkiye'nin dış ticaret açığı üç kat artmıştır. Döviz darlığının önüne geçilmek için dışarıdan borç alımına gidildikçe borçlanma miktarında artış yaşanmıştır. Petrole ilişkin aramaların devletçe yapılması gerekliliğini öne süren Petrol Reformu Kanununun da yürürlüğe girdiği bu kriz döneminde, petrol fiyatlarının yanı sıra tahıl fiyatları da yükselmiş pamuk piyasasındaki yükselme Türkiye'ye olumlu yansımıştır (Öztürk & Saygın, 2017).

1979 yılına kadar petrol fiyatlarında önemli bir değişiklik olmamakla birlikte, İran'da ortaya çıkan iç karışıklık ve siyasi istikrarsızlık sebebiyle 1979 yılından itibaren petrol fiyatları yükselmeye başlamıştır. İran iç savaşından faydalanmak isteyen Irak saldırıları sonrası başlayan İran-Irak Savaşı ile de 2.5 kat artış gösteren petrol fiyatları, 1978-1981 yılları arasında yükselişini hızlandırmıştır (Kaykusuz, 2014).

Devamlılık gösteren petrol krizleri nedeniyle öz kaynaklara dayalı enerji anlayışı benimsenen Türkiye'de, 1978 yılında yapılan devletleştirme yasası ile havza madenciliğine geçiş olmuştur. Bu şekilde ruhsat sahaları birleştirilerek düzenli kömür dağıtımı sağlanmış, rasyonel işletmecilik anlayışı hâkimiyetine girilmiştir. Yerel kaynak kullanımına dikkat çekilerek çimento, şeker fabrikaları, toprak sanayi başta olmak üzere linyit kullanımı teşvik edilmiştir (Kaynak, 2003).

### **2.5.3. 1980 Sonrası Ekonomi ve Banker Krizi**

1970'li yıllar itibariyle yaşanan petrol krizleri sonrası döviz sıkıntısı yaşayan Türkiye ekonomisi için bir dönüm noktası olarak kabul edilen 1980'li yıllar, dünya ekonomisindeki değişikliklere paralel olarak iktisadi politikalarda yeniliklerin görüldüğü bir dönemin başlangıcıdır.

24 Ocak 1980 tarihinde istikrar ve ekonomik değişim programı ile birlikte ekonomi, bankacılık sektörünü doğrudan etkileyecek liberalizasyon sürecine girmiştir. Piyasa ekonomisine dayalı yeni ekonomi anlayışı ile kredi ve mevduat faiz oranları serbest bırakılmış, finansal piyasalara girişler kolaylaştırılmış, yeni finansal ürün ve kuruluşların piyasada yer alması sağlanarak liberalleşmeye yönelik yeni adımlar atılmıştır. Bu durum bankalar arası rekabeti pekiştirerek yabancı bankaların Türk bankacılık sistemine giriş yapmasına neden olmuştur. Aynı dönem banker

kuruluşlarının hızla artması ve bankalar arası fon toplama yarışına dâhil olmaları, bankerlerin iflası ve altı bankanın kapanmasıyla sonuçlanan 1982 Banker Krizi'ni meydana getirmiştir (Yıldırım, 2017).

1 Temmuz 1980 tarihinde serbest bırakılan kredi ve mevduat faiz oranlarındaki serbestliğin meydana getirdiği, yüksek faizle mevduat sertifikası üreten kırılgan bankacılık sisteminin içinde bulunduğu kriz süreci, faiz oranlarındaki ani yükselme sonrası, ucuz kredi kullanan reel sektörü de etkisi altına almıştır. Ancak hâlâ enflasyonun altında seyreden faiz oranları nedeniyle, tasarruflar gayrimenkule yönelmiş banka mevduat birikiminde azalma olmuştur. Fon temin edemeyen firmalar ise bankerlere yönelmek zorunda kalmışlardır (Akdoğan, 2012). Sonuç olarak kriz sonrası mevduat dağılımında değişiklikler meydana gelmiş olup mevduat, özel bankalardan kamu bankalarına doğru yönelmiştir. Negatif faiz koşullarının neticesinde ortaya çıkan kriz, Türkiye'de güven kavramında yine negatif yönlü etkisini göstermiştir. Finansal piyasaların gelişimi yavaşlayarak Türk bankacılık sistemi ekonomideki rolünden hayli uzaklaşmıştır (Yıldırım, 2017).

Türkiye'de 1980 sonrası süreçte hızlı ve kontrolsüz şekilde artış gösteren finansal serbestleşme halinin önüne geçilmek istenmiş ve faizler Merkez Bankası tarafından belirlenmeye başlamıştır. Denetlemeler zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca krize sermaye piyasaları açısından bakıldığında, sermaye piyasası aracılığından kaynaklanan risklerin takibinde yetersizlik olduğu, tasarruf birikimi ve yatırımcının korunmasına ilişkin önlemlerde gerekli özenin olmadığı tespit edilmiştir. Banker krizi ile finansal serbestleşmenin düzenleme ve denetleme ile entegre bir şekilde ilerlemesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Coşkun, 2012).

#### **2.5.4. 1990 Körfez Krizi**

1990 yılı 2 Ağustos tarihinde, Irak'ın Kuveyt'i işgali sonrası, petrol fiyatları yükselmiş ve Türkiye, Irak ve Kuveyt gibi dış pazar kaybı yaşamıştır. Gelişmiş ülkelerde yaşanan petrol şokunun neden olabileceği etkenlerin, Türkiye ekonomisine yansımaları Türkiye için kaçınılmaz hale gelmiştir ve sürece ilişkin ekonomik yönden iyi teşhis konmasını zorunlu hale getirmiştir (Parasız, 1990).

Savaş sonunda ekonomi ve altyapı yönünden büyük ölçüde tahribat yaşayan Irak ve işgal edilen Kuveyt'in yanan petrol kuyularının onarım süreci, finansmanı önem kazanmıştır. Stratejik konumu itibarıyla Türkiye sürece dâhil olan ülkeler arasındadır.

Savaşın direkt muhatapları yanı sıra sürece dolaylı olarak katıldığı öne sürülen ülkelerin mali katkıları neticesinde belirli bir maliyet yükünden söz edilebilmektedir. 1990 yılı başlarında düşüş gözlenen petrol fiyatları kriz sonrası artışa geçmiştir. Ayrıca Kuveyt'in yanan petrol kuyularının onarım finansmanı önem kazanmıştır. Stratejik önemi nedeniyle Türkiye ekonomisi yakından etkilenmiştir. O dönem ithalat artışı sonucu iç talebin karşılanması önemli gelişmelerdendir. Ancak diğer yandan kamu açıklarına yönelik önlem yetersizliği, kalıcı mali reformların gerçekleştirilememesi, bütçe açıklarının iç borçlanma ile kapatılması sonucu enflasyon oranındaki artıştan söz edilebilmektedir (Erdoğan, 2018).

Kriz sonrası, iç borçlanmada meydana gelen artış sonucu faiz artışı, vadelerde kısalma, para piyasasında faizler ve hazine borçlanma faizlerinde artışlar kaçınılmaz hale gelmiştir. Birleşmiş Milletlerin Irak'a müdahalesiyle Türkiye'de finansal kriz en üst noktaya ulaşmıştır. Askeri müdahale yanında likidite krizine de girilmiştir. Likidite krizi sonrası bankalardan hem döviz hem Türk Lirası mevduatları çekilmeye başlanmış, haliyle halkın bu ani ve yoğun döviz talebini karşılayabilmek için TCMB ülkeye yüksek miktarda döviz getirmek durumunda kalmıştır. Bu durum krizi geçici olarak önlemiştir (Yıldırım, 2017).

#### **2.5.5. Nisan 1994 Krizi**

Türkiye ekonomisi için 1990-2000'li yılların en önemli detaylarından 5 Nisan 1994 finansal krizi; borç stoku artışı, yüksek hazine bonosu faizleri, yüksek fiyat endeksleri, işsizlik artışı ve üretimde düşüş ile kendini göstermeye başlamıştır. Aynı dönemde Türk lirasının değer kaybı ile birlikte, ithalatta azalma ve cari dengede değişim gözlenmiştir (Özçuban, 2011).

Dışa açık piyasa ekonomisinde, üç temel gösterge önemli olmakla birlikte bunlar; faiz, döviz kurları ve sermaye hareketleridir. 1994 krizinin temel sebeplerinden biri de spekülatif sermaye hareketleridir. Dolar bazında sermaye çıkışları dış borç stoklarını artırmıştır (Mangır, 2006). 1994 yılında yüksek kamu açıklarının yanında düşük faiz sonucu devlet tahvillerine talep yetersiz seviyede kalmış ve piyasadaki likidite döviz piyasasına yönelmiştir. Bu durum, kurlara fazla baskı yapmış olup Merkez Bankası'nın döviz rezervleri azalmıştır. Hazine açıkları Merkez Bankası kaynaklarından karşılanmaya başlanmıştır. Haliyle kamuya kullanılan krediler artışa geçmiştir. Aynı zamanda bankalara karşı oluşan borçlanma, bankaların kaynak kullanımını

sınırlandırmıştır. Mevcutta kur ve faiz hareketlerindeki istikrarsızlık ve döviz rezervlerindeki kayıplar Türkiye ekonomisini finansal krize sürüklemiştir (Yıldırım, 2017).

Bahsedilen bu krize yönelik 5 Nisan 1994'te ekonomik istikrarı yeniden sağlamak ve bozulan dengeleri yeniden yapılandırmak amaçlı İstikrar Programı çerçevesinde çeşitli önlemler alınmıştır. Piyasaya yönelik yapılandırma çalışmaları olarak; kamu kesimi tarafından üretilen mallara şok zamlar yapılarak yine kamu kesiminde ücret ve maaşlar dondurulmuştur. Burada halkın satın alma gücü düşürülerek talep seviyesinin azalması hedeflenmiştir. Döviz piyasası ve TL devalüasyonu serbestleştirilerek rekabet şartlarına bırakılmıştır. Faiz artışına gidilip hazine bonoları satışa çıkarılarak piyasadaki fazla likiditenin önüne geçilmiş ve devletin acil ihtiyacı olan likidite temin edilmiştir. Merkez Bankası'nın para politikası üzerinde etkinliği artırılmıştır. Mevduat karşılığı para bulundurma üzerine uygulamalar geliştirilmiştir. Ancak tüm bu uygulamalar neticesinde iç talepte düşüş yaşanmış, üretim gerileyerek işsizlik artmıştır (Şahin, 2009).

#### **2.5.6. Kasım 2000 Krizi**

Kasım 2000 krizinin ön gelişmeleri olarak sabit kur uygulamaları sonucu cari işlemler açığının artışı ve yabancı yatırımcıların ani döviz talebinden doğan piyasa dengesizliği sonucu yükselen döviz talebiyle birlikte çekilen paranın faiz oranlarını artırması gösterilebilmektedir (Mangır, 2006). Aynı zamanda finansal piyasalarda baskı ve gerginlik ile oluşan faizde ve dolar rezervlerinde volatilité hali mevcuttur. Merkez Bankası, döviz hedef alan spekülâtif saldırıları; yüksek faiz, döviz kayıpları ve yedi buçuk milyarlık IMF kredisi ile geri çevirmiştir. TCMB'nin yüksek maliyetli ve kısa vadeli bu savunması, oluşabilecek benzer bir saldırı karşısında savunma gücünü büyük ölçüde azaltmıştır (Uygur, 2001).

Küreselleşme sürecinde, spekülâtif hareketleri daha da hızlandıran sabit kur hareketleri neticesinde, cari işlemler açığında artış olmuştur. Bekleyen yabancı yatırımcıların ani döviz talebi sonrası oluşan piyasa dengesizliği ile birlikte yükselen döviz talebi sonucunda piyasadan para çekilmesi durumu faiz oranlarında da artış meydana getirmiştir. Tüm bu gelişmeler kriz döneminin oluşumunu pekiştirmiştir (Mangır, 2006).

**Tablo 2-2: Kasım 2000 Krizi Repo Piyasası Faiz Oranları**

| Tarih             | 10<br>Kasım | 15<br>Kasım | 22<br>Kasım | 28<br>Kasım | 1<br>Aralık | 15<br>Aralık |
|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Faiz Oranı<br>(%) | 29,8        | 91,8        | 153,4       | 199,5       | 1.275,2     | 63           |

Kaynak: “Azzem Özkan, “*Ekonomik Kriz ve Muhasebe Uygulamalarına Bazı Yansımalar*”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 23, Sayı: 2, 2005, s. 173.”

Yüksek faiz artışı süregelirken, kriz döneminde, mevduat sahibi kişiler, alacaklarını nakde çevirmek istemektedir. Haliyle böyle bir durumda bankalar, nakit sıkıntısına düşmeme amaçlı faiz oranlarını yükseltmektedir. Faiz oranlarının yükselmesi, değişken faiz oranı ile borçlanmış borçlu şirketlerin kredi maliyetlerini artırmakta, likidite sıkıntısına yol açarak faaliyetlere son verilmesine sebep olabilmektedir. Likit fon bulunduran şirketler ise böyle bir durumda repo işlemlerine yönelerek yüksek faizden fayda sağlama imkânı elde etmektedirler (Özkan, 2005).

#### 2.5.7. Şubat 2001 Krizi

Kasım 2000 Krizi sonrası etkiler devam ederken, bu gelişmelere ek olarak dönemin siyasileri arasında tartışma yaşanmasının söz konusu olması spekülasyon saldırıları tetiklemiş ve yeni bir döviz krizini başlatmıştır (Mangır, 2006). Dönemin başbakan ve cumhurbaşkanı arasındaki bir tartışma sonucu beliren 2001 yılındaki kriz, spekülasyon bir saldırının döviz kriziyle sonuçlanması şeklinde tanımlanabilir. Yüksek faiz artışı ve dolar rezervlerindeki düşüş, özellikle yerli bankaların saldırısı şeklinde yorumlanabilmektedir (Uygur, 2001).

Kriz sonrası Türkiye, IMF ile ortak bir ekonomi programı ile dönemi atlarmaya yönelik önlemler almıştır. Bankacılık kesimine odaklanan program; yeniden yapılandırma, büyümeyi destekleme, kamu açıkları ve enflasyonu düşürmeye odaklı olmuştur. Döneme ilişkin verilerde; 2008 yılına gelene kadar alınan önlemlerin sonuç verdiği gözlenmiştir. Büyüme oranı artmış, döviz kuru düşüşe geçmiş ve TL değer kazanmaya başlamış, enflasyon ve bütçe açığındaki gerilemeyle birlikte kamu kesimine ait borç yükü azalmıştır. Düşen bütçe açığına karşılık cari açıda yükselme görülmüştür (Eğilmez, 2019).

Şubat 2001’de yaşanan bu mali krizin, kamu sektöründen mali sektöre kadar uzanan ve sonucunda reel sektör üzerinde de büyük sıkıntılar doğuran bir takım etkileri olmuştur. Yaşanan krizin etkilerinin giderilmesi ve ekonomide istikrarın tekrar sağlanmasına yönelik Mayıs 2001 tarihinde “Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı” uygulanmaya başlanmıştır. İlgili programın içeriği; dalgalı kur sistemi içinde enflasyonla mücadele, bankacılık kesimi ile reel sektör arasında sağlıklı ilişkiler kurulması amacıyla bankacılık sektörünün kamu ve TMSF bünyesindeki bankalar başta olacak şekilde yeniden yapılandırılması, kamu finansman dengesinin güçlendirilmesi, enflasyon hedefleri ile uyumlu gelir politikası sürdürülmesi ve etkin, esnek ve şeffaf yasal altyapının oluşturulması şeklinde ifade edilebilmektedir (Erdönmez, 2003).

#### **2.5.8. 2008 Ekonomik Krizi**

Petrol Krizi sonrasında pek çok ülkede deregülasyon uygulamalarına gidilmiş, serbestleştirme politikaları uygulanmıştır. 2008 yılında Türkiye’yi etkileyen krizin de dış kaynaklı olduğu, ABD’de yaşanan olumsuz gelişmelerin döneme yansıdığı söylenmektedir. Düşük faiz oranı ile ev almak isteyen düşük gelirli kişilere yönelik mortgage kredileri, yükselen faiz oranları ile sekteye uğramıştır. Devamında ise sadece mortgage sistemi ile sınırlı kalmayıp tüm sisteme ve sonrasında dünyaya yayılmıştır (Kesebir, 2018).

Krizin nedenlerinden bir diğeri, finans piyasalarında denetimsizlik neticesinde oluşumundan söz ettiren ve yatırımcılara ait anapara ve faiz ödemelerini yeni yatırımcılara ait mevduat üzerinden gerçekleştirmek şeklinde faaliyet gösteren Ponzi Finansmanıdır. Bahsedilen sistemin ödemeleri, nakit akışlarını aşması halinde çökmesi kaçınılmazdır. Yine kağıt üzerinde herhangi bir yazılı değer taşımayan tezgah üstü türevler, kredi veren bankalar tarafından kullanıma uygun olmaması nedeniyle güvensiz ortam oluşumuna sebebiyet vermiştir. Üzerinde yazılı değer taşımayan ve yazılı değer ile tahvile dönüştürülen varlıklar, kredi vermede yetersiz kalmıştır. Bu durum kredi kısılması veya çöküşüne neden olmuştur (Ay & Uçar, 2015).

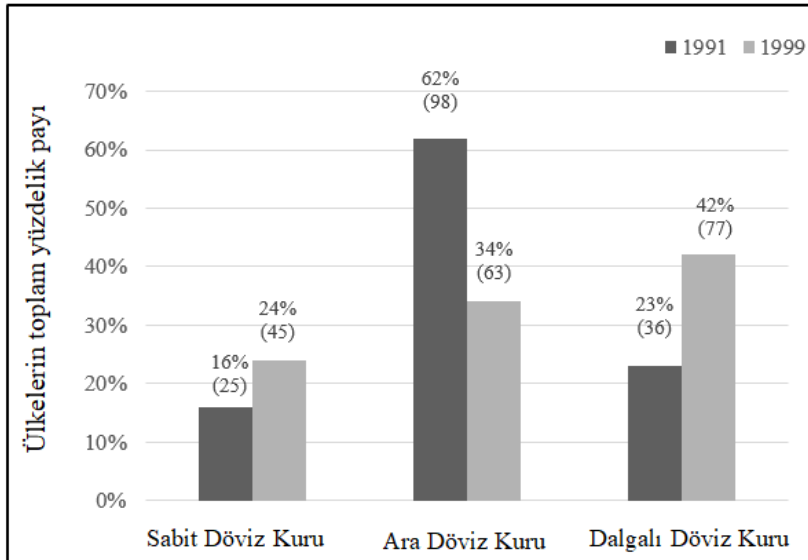
Kriz reel sektör çerçevesinde incelenecek olursa, GSYH düşüş hızının arttığı görülmektedir. Tarım ve özellikle imalat olmak üzere sanayi sektöründe de aynı şekilde büyüme hızında düşüş gözlenmiştir. İç ve dış talep yetersizliği neticesinde kapasite kullanım oranında yaşanan düşüş, üretimin azalması ve üretim faktörlerinin atıl kalması durumu açısından oldukça önemlidir. Yeni kurulan şirket sayılarında ve ticaret unvanlı

işletme sayılarında azalma söz konusudur. Reel işletme güven endeksi incelendiğinde; sipariş düşüşü, stok miktarı, üretim hacmi ve toplam istihdam azalma göstermiştir. Kriz nedeniyle reel sektör yöneticilerinin içinde bulundukları endişe, yatırım oranlarının düşmesiyle sonuçlanmıştır (Yıldırım, 2010).

Küresel ekonomik krizin Türkiye ekonomisi üzerindeki etkileri, 2008 yılının son çeyreğinde kendisini göstermiş olup imalat sanayi kapasite kullanım oranı 2009 yılı Ocak ayında, 1991 yılından bugüne en düşük seviyede seyretmiştir. Küresel ekonomik faaliyetin yavaşlaması, ihracat pazarlarını da olumsuz etkilemiştir. İhracat, hem fiyat hem de miktar bazında ciddi bir yavaşlama göstermiştir. Tükettim eğilimindeki bozulma zamanla durmuş olsa da yurt içi talebin oldukça zayıf olduğu söylenebilmektedir (Dağlıgan, 2011).

#### 2.5.9. 2018 Döviz Borç Krizi

Kur krizi iki temel tanım üzerine kurgulanmıştır. Bu tanımlar, nominal döviz kurlarındaki büyük kayıpların belirlenen bir eşik değeri aşması ve nominal döviz kuru, reel döviz kuru, enflasyon, faiz ve rezervler gibi değişkenlerle oluşturulan Kur Piyasa Baskı Endeksi'nin geçmiş trendinin büyük oranda aşılması olarak literatürde yerini almıştır (Yokuş & Ay, 2020).



Şekil 2.2: Tüm Ülkeler: Döviz Kuru Rejimleri, 1991 ve 1999.

**Kaynak:** “Stanley Fischer, “*Exchange rate regimes: is the bipolar view correct?*”, *Journal of Economic Perspectives*, Vol: 15, No: 2, 2001, p. 4.”



Burada bahsedilecek döviz kuru rejimlerinin tanımlanması gerekirse; esnek döviz kurunun tam tersi olarak sabit döviz kuru arz ve talep şartları dikkate alınmaksızın hükümetçe belirlenmekte, ara döviz kuru ise para politikasının kısmen uygulandığı ulusal para birimi çeşitli şekillerde yabancı para birimine bağlanmış olmaktadır (Polat, 2015). Sabit döviz kuru rejimi, genellikle 1994'ten bu yana ekonomik kriz nedenleri arasında sayılmaktadır. Şekil 2.2'de Birleşmiş Milletler üye ülkelerinin 1991 ve 1999 yılları döviz kuru düzenlemelerine yönelik dağılım gösterilmiştir (Fischer, 2001).

Kur rejimlerinin ekonomiye etkisi incelenirken Türkiye Ekonomisi ile devam edilecek olunursa, 2008 yılında yaşanan küresel çaplı ekonomik krizin etkilerinin yavaş yavaş yok edilmeye çalışıldığı, 2010 yılında Avrupa'da borç krizi yaşanmaya başlaması üzerine, ihracat yollarının değiştirilme çabasına girildiği gözlenmektedir. Dünya ülkelerinde ekonomilerin dışa bağıllığını azaltma amaçlı yerli üretim ve sanayiye yönelik destek ile ticari koruma politikaları artış göstermiştir. Bahsedilen politikalar ile gümrük duvarları varlığından söz edilmiş ve ticaret savaşlarına zemin hazırlanmıştır. Sermaye fonları bu zeminde, yoğun vergi bulunan ülkelere veya kripto birimlerine yönelmiştir. Haliyle, sermaye sıkıntısı yaşayan ülkelerde döviz ihtiyacı artırmış ve finansal kırılganlıkların meydana çıktığı Avrupa'da 2018 yılına kadar borç krizi sürecini başlatmıştır (Canbaz, 2019).

2018 yılında Türkiye'de yaşanan ekonomik kriz sürecine ilişkin yapılanlardan söz edildiğinde ise kur dalgalanmaları ile gün yüzüne çıkan döviz krizinin iki şekilde sonuçlandığı söylenmektedir. Enflasyon ve faiz artışı olarak gösterilen bu sonuçlar, ithalat olgusu ve sermaye hareketliliğine olan bağımlılık neticesinde oluşmaktadır. Bu iki kriz birleşimi, kredi çöküşü ile resesyonu getirebilmektedir. Ayrıca önceki krizlerden farklı olarak, firma bilançolarına gömülü bir kriz söz konusu olmakla birlikte döviz biçiminde alınan borçların ödeme zorluğundan söz edilmektedir. Kriz etkilerinin yok edilebilmesi için banka borçlarının silinmesi veya işletme maliyetlerini azaltma yoluna gidilmesi şeklinde iki yöntemden bahsedilmekte ancak ilk seçenek kriz yükünü bankaya yıkarak, ikinci seçenek istihdamda değişiklik yaratarak negatif sonuç riski taşımaktadır (Akçay, 2018).

Sonuç olarak; döviz ve borç krizi uzun süredir var olan ya da uzun süredir var olup fark edilmemiş veya uluslararası yatırımcılar tarafından dikkate alınmamış siyasi, kurumsal ve yapısal problemlere neden olabilir. Herhangi bir güneş lekisi teorisi

(ekonomi haricinde yaşanan gelişmelerin, ekonomik aktiviteleri etkilemesi durumu) spekülörleri yeni bilgiler toplamaya yöneltebilir. Borç devrini reddederler, sermayelerini geri çekerler, yüksek faiz oranlarını talep ederler. Bu şekilde borçluların mali sorunlarını şiddetlendirme amacıyla para üzerinde spekülatif hareketlere yönelmektedirler (Dreher vd., 2006).

#### **2.5.10. Koronavirüs Salgın Hastalığı ve Ekonomik Etkileri**

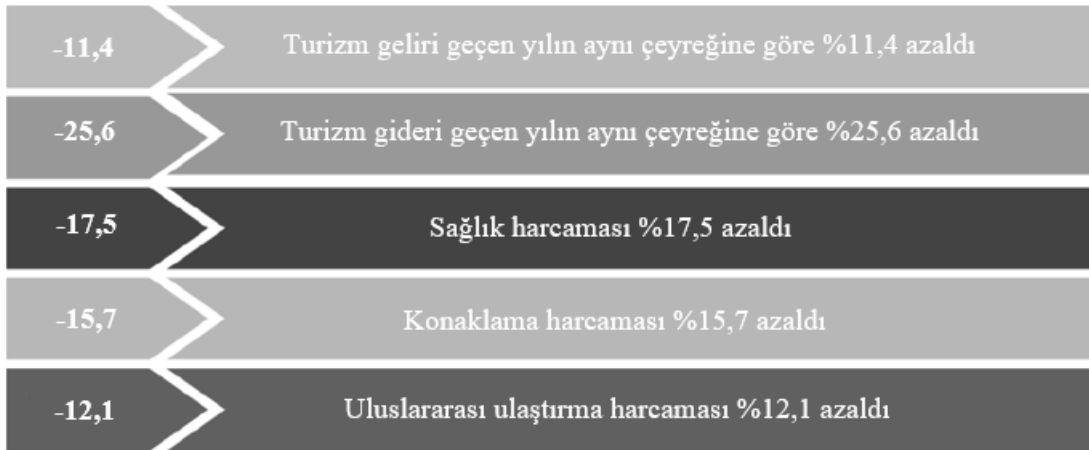
Sosyoekonomik yaşam dahil olmak üzere hemen her alanda olumsuz etkilerine rastlanılan koronavirüs salgını, özellikle ülkelerin hazırlıksız yakalanmasından kaynaklı olarak ekonomi, sağlık ve sosyal yaşamda da şok etkisi yaratmıştır. Bu bağlamda dünyada hâkim olan doğayı dışlayan bakış açısı, çevresel sorunlara karşı yaklaşımlar, bölgesel çıkarlara yönelik ekonomik ve politik birlikler gibi makro parametrelerin gözden geçirilmesi gerekmektedir (Alpago & Alpago, 2020).

Sars virüsü salgınına göre 8-9 kat fazla vaka görülen bu salgın diğerlerine kıyasla çok daha fazla büyüktür ve ekonomik açıdan çok daha farklıdır. Temel hijyen kurallarını uygulayarak, düşük maliyet ile etkili olmak amaçlanarak, salgının hızını yavaşlatmak ve sağlık ile maliye politikası gerektiren paranın yönetimini sağlayarak kaybı en aza indirmek mümkündür. Bu dönem önemi çok daha belirginleşen halk sağlığı ve ekonomi alanlarında küresel işbirliği kavramı, salgın hastalığın yayılımını önemli ölçüde sınırlandıracak ve pandemi oluşumunun önüne geçecektir (Baldwin & Mauro, 2020). Genel itibariyle, salgının önlenmesine yönelik daha az insanın çalışması ve bunun etkisiyle işletmelerde meydana gelen kapanışlar ekonomiyi yavaşlatmış, arzda düşüş yaratmıştır. Ayrıca hükümet tavsiyeleri neticesinde karantina uygulamaları ve bireylerin gönüllü olarak faaliyet ve harcamalarını kısıtlaması doğrultusunda talep düşüşlerinden de söz edilebilmektedir. İşletmelerin var olabilme çabası sonucu kişilerin işten çıkarılmaları işsizlik artışına sebebiyet vermiştir (Harari vd., 2021).

Salgın döneminde, Büyük Buhran sonrası ilk kez hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ekonomilerde durgunluk söz konusu olmuştur. Gelişmişlik düzeyi fark etmeksizin tüm dünyayı etkisi altına alan krizin; gelişmiş ülkelere olan ekonomik etkisi sağlık yatırımları dolayısıyla gelişmekte olan ülkelere kıyasla daha kısa süreli olacaktır. Yine gelişmiş ülkelere; ekonomik kilitlenmeyi aşmak amacıyla destek paketleri sunulmakta, bir takım politikalar ile işsizlik, yoksulluk ve resesyon ile mücadele edilmeye çalışılmaktadır. Ancak burada küresel işbirliği büyük önem taşımakta,

uluslararası kuruluşlar ve hükümetler, salgın gibi küresel etkileşimin olduğu şoklara karşı savunmasız kesimi de korumaya yönelik risk paylaşımında ve sosyal yardımda bulunmalıdır (Bingül vd., 2020).

Ülkeleri başta sağlık olmak üzere ekonomik, kültürel, politik gibi birçok alanda olumsuz yönde etkilemekte olan pandemilerin etkisinin azaltılabilmesi için çeşitli alanlarda önlemler alınarak politikalar geliştirilmektedir. Bu süreçte en önemli alanlardan biri de ülkelere döviz giriş çıkışı sağlayan medikal turizmdir. Hükümetlerin tedbir amaçlı uyguladığı ülkelere giriş çıkış yasakları, salgın bölgelerinde uygulanan karantinalar, iptal edilen uluslararası çapta spor ve sanat etkinlikleri, kongreler ve seyahat kısıtlamaları gibi turizm sektörünü doğrudan etkileyen özel önlemler ile birçok medikal turist sağlık hizmetlerinden faydalanamamıştır (Çınar & Özkaya, 2020). Şekil 2.3'te Türkiye'de Ocak-Mart 2020 döneminde gerçekleşen turizm istatistikleri görülmektedir. Özellikle salgının tüm dünyaya yayılması ve seyahat kısıtlamalarının hayata geçirilmesi ile birlikte turizm hareketliliği de yavaşlamış gelirlerde daralma olmuş ve bu durum turizme dayalı sağlık harcamaları, konaklama harcamaları, uluslararası ulaştırma harcamalarına da yansımıştır (Soylu, 2020).



**Şekil 2.3: Turizm İstatistikleri**

**Kaynak:** “Özgür Bayram Soylu, “Türkiye Ekonomisinde Covid-19’un Sektörel Etkileri”, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 7, Sayı: 5, 2020, s. 177.”

Bu salgın neticesinde, destek paketleri ve alınan bir takım önlemler iktisadi faaliyetlerin yavaşlamasına tam olarak engel olamamakla birlikte diğer yandan devletin gelir kayıplarını engelleyememiştir. Mali ve iktisadi gücün öneminin belirginleştiği dönem, her şeyin piyasalara bırakıldığı bir ekonomik yapının krizlerle mücadelede yetersiz kaldığını devletin çok daha fazla müdahaleci rol oynaması gerektiğini ve piyasalara hâkimiyetini artırması yönünde gerekli çalışmayı yapmasının zorunluluğunu ifade etmektedir (Buhur, 2020).

## 2.6. Sağlık Kavramı: Teorik Bakış

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın korunmasına yönelik sunulan hizmet her insan için temel haklar arasında yer almakta ve ayırım gözetmeksizin herkesi kapsamı gerekmektedir. Haliyle bahsedilen hizmetin sunumu diğer hizmet türlerine kıyasla süreklilik içinde olmalıdır. Sağlık hizmeti tanımı incelendiğinde, sağlığa ilişkin her türlü ürünü üretmek, arz etmek ve talep etmek, tüketmek amaçlı farklı üretim alanlarında kurulmuş sistem ve alt sistemlerin yanında bunları içeren kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerini kapsayan bir kavram olduğu görülmektedir (Sargutan, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü tanımında yer alan sosyal iyilik hali ifadesi açıklanması gereken bir ifade olmakla birlikte sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını belirttiği söylenebilmektedir. Çalışma ve yaşam güvenliği, iş bulma olasılığının bulunması, gelir dağılımı dengesizliğinin ortadan kalkması sosyal iyilik için gerekli unsurlar arasında gösterilmektedir. Dolayısıyla sağlık, iyi olunan anların bütünüdür (Kesgin & Topuzoğlu, 2006). Diğer taraftan, büyük ölçüde kültürel süreçler tarafından belirlendiği öne sürülen sağlık kavramı; yaş, kültür ve kişisel sorumluluklar ile doğru orantılıdır. Her yeni eklenen tanım belirli kültürel modele göre şekillenmiş olmakla birlikte tartışmaya açık olmalıdır (Bircher, 2005).

Sağlık kavramından bahsedilirken sosyal ilişkiler ve toplumsal grup ifadelerinden de söz edilmekle birlikte; sağlığın elde edilmesi, korunması ve sürdürülebilirliği bakımından sosyolojik bir konu olduğu gerçeği kaçınılmazdır. İnsanlar arası sosyal ilişki ve davranışları kapsayan sağlık olgusu, hangi semptomların hastalık belirtisi olup olmadığı, bireylerin tedavi ve doktor tercihleri gibi alt başlıklarıyla toplumun kültür yapısı ile yakından ilgilidir (Aytaç & Kurttaş, 2015). Daha dar bir

çerçevede bakılacak olunursa, sağlık gereksiniminin merkezinde insan unsuru olduğu ve sağlık kavramının, insan yaşamının tüm alanlarını kapsadığı sonucuna varılabilmektedir (Hamzaoglu, 2010).

Sosyal sistemler içinde en karmaşık olarak kabul edilen sağlık hem sübjektif hem objektif olarak ele alınabilmektedir. Sübjektif sağlık, bireylerin kendilerini sağlıklı hissetmesi halidir. Kişilere yapılan tetkik, biyopsi, laboratuvar sonuçları gibi teknik yönlü tıbbi kaynaklı göstergeler ise objektif sağlığı ifade etmektedir. Bu ayrım, sağlığın algı seyrini değiştirebilmekte, sağlık ve hastalık algısı kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Bu değişim bireylerin dinsel, kültürel veya sosyal durumuyla birlikte; eğitim ve gelir durumu temelli olabilmektedir (Kubar, 2019).

Bu doğrultuda sağlık hizmeti kavramı, toplumun hastalık öncesi sağlık durumlarını korumayı hedeflemekle birlikte sağlıklı yaşamın sürdürülebilmesini ve hastalık söz konusu olması halinde ise en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunarak toplum bireylerinin eski sağlıklarına kavuşmasını sağlama amaçları etrafında şekillenmiştir (Yazgan, 2009).

## **2.7. Sağlık Hizmetleri Sınıflandırılması**

Sağlık sunumu üç farklı sektörde incelenmekte olup bunlar; folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektördür. Resmi eğitim görmeksizin, profesyonel bilginin yetersiz kaldığı durumlarda baş gösteren ve bu sayede arz talep dengesi probleminin önüne geçilen sektör olan folk sektör, Dünya Sağlık Örgütü tarafından reddedilmek yerine alternatif olarak görülmekte ve araştırma, eğitim ve denetime tabi tutulmaktadır. Diğer sektör çeşidi ise popüler sektör olmakla birlikte kişilerin sağlık problemlerinin ileri boyutta olmaması halinde danıştığı çevresini, önceki deneyimlerine dayanarak karar aldığı kendisini ve ilaç kullanımı için başvurduğu eczaneleri kapsamaktadır. Son olarak profesyonel sektör, gerekli eğitim ve donanıma sahip, hizmetin resmi şekilde sunumunu gerçekleştiren kişilerden oluşmaktadır ve üç grupta incelenir: koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici (Hayran, 1997).

### **2.7.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri ilgili toplumun; epidemiyolojik, demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapısını göz önünde bulundurarak sağlık önceliklerini belirlemekte ve koruyucu, önleyici, sağlık düzeyini artırıcı yönde yapılan çalışmaları

kapsamaktadır. Hastalık ihtimalini azaltmaya yönelik sunulan bu hizmet türü ile kaliteli ve sağlıklı bir hayat hedeflenmektedir (İleri, 2018).

Sosyal devlet anlayışı çerçevesinde incelenecek olan hizmet türünün, toplumda hastalık ihtimalini azaltmaya yönelik olmasından dolayı toplumun tüm bireylerini ödeme gücüne bakılmaksızın kapsaması gerekmektedir. Hastalığın tedavisinde doğrudan ilgili olmayan bu tedbirler arasında; aşılama, içme suyu ve yiyeceklerin denetlenmesi, anne ve çocuk sağlığına yönelik korumalar, hastalık tarama programları, sağlık koruma tedbirleri, atık denetimi, hayvan hastalıklarının denetimi, hava ve su kirliliği gibi hastalık riski taşıyan çevre şartlarının kontrolü gibi faaliyetler sayılabilmektedir (Kurtulmuş, 1998). Bahsedilen hizmetler arasında; aile planlaması, bebek izlemesi, çocuk izlemesi, gebe izlemesi ve aşılama, 1978'de Alma Ata Bildirgesi'nde ortaya konmuş temel sağlık hizmetleri çerçevesinde minimal bakımın bileşenlerini oluşturmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri başlığında yer alan bu hizmetler, basamaklar halinde belirtilen sağlık sistemi için, birinci basamak sağlık kuruluşları işlevleri arasında gösterilmektedir (İlhan vd., 2006).

Toplum temelli sunulan bu hizmetlerin, dışsal faydası yüksek olup hastalık oranlarını azalttığı ve toplumun rekabet etmeksizin bu durumdan yarar göreceği söylenebilmektedir. Daha detaylı olarak koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye ve kişiye yönelik olarak iki grupta incelenmektedir. Bu başlıklar, bireyleri olumsuz etkileyeceği düşünülen çevre unsurlarında düzeltmelerin hedeflendiği çevreye yönelik çevre sağlığı hizmetleri ile sağlık sunucuları tarafından risk faktörlerine karşı bireyleri koruma amaçlı verilen kişiye yönelik hizmetler olarak açıklanabilmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2018).

### **2.7.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Toplumun, koruyucu sağlık hizmetlerine rağmen hastalığa uğraması halinde bir üst basamak olarak görülen hizmet türü, tamamen kişiye yönelik olarak sunulmakta ve hastalık ya da sakatlık halinde sağlanan sağlık desteği olarak nitelendirilmektedir (Demirci, 2020). Tam iyilik halinin bozulması halinde eski sağlıklı halin geri kazanımı amacıyla verilen hizmet, çözümlenebilir birinci basamaktan karmaşık olan üçüncü basamağa doğru kapsamlılık seviyesine göre sınıflandırılmıştır (Bulduklu & Karaçor, 2017).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile yatarak tedavinin gerekli görülmediği hallerde, tedavi evde veya ayakta verilmekte, daha çok iyileştirici veya koruyucu tedavi hedeflenmektedir. Burada koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak kişiye yönelik tedavi söz konusudur. Hekimin uygun görmesi durumunda ise ikinci basamak hizmet, yatarak teşhis ve tedavi söz konusu olmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında üniversiteler, dal hastaneleri gibi kurumların genellikle bir hastalığın tedavisine yönelik en üst düzey teknoloji ile ilgilendiği görülmektedir (Başol, 2015).

Serbest piyasa bakımından cazip olması nedeniyle özel sektör tarafından da sunulan tedavi edici sağlık hizmetleri, fiziki müdahale gerektirmesi dolayısıyla hastanın talebine bağlıdır. Bu nedenle eksik talep sorunu ile karşılaşılabilir. Kamu hizmeti olarak tedavi, düzenli muayene ile bireyleri, hastalığın farkında olmayan kişilerin zararından korumayı hedeflemektedir. Haliyle bu hizmetin dar gelirli kişileri de kapsamaması gerekmektedir (Kurtulmuş, 1998). Buna yönelik, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerini öncelikli kılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'nin toplam kamu sağlık harcamalarında büyük artışlar yaşanmıştır.

### 2.7.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlık durumunun günlük hayata olumsuz etkilerini önlemek veya azaltmak, kişinin bedensel ve ruhsal yönden bağımsız yaşamasını sağlamak amaçlı verilen hizmetleri kapsamaktadır. Sosyal, eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla sunulan hizmet türü, bedensel tedavi ile tıbbi; işe uyum sağlama ile sosyal olarak iki grupta incelenir (Ağdemir, 2012).

Bu hizmet türü, uzun yıllardır, sağlık yatırımı konusunda daha sınırlı ve zayıf koordineli ülkelerde ihmal edilmiştir. Özellikle yüksek gelirli ülkelerde insan sağlığına verilen önemin artışı ile birlikte rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri de önem kazanmıştır. Doğrudan ya da dolaylı, eğitim ve iş yaşamına katılımı artırmakta olan hizmet türü, sağlığını kaybeden kişilerin topluma adaptasyonu sürecinde önemli rol oynamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, yetersiz sağlık hizmeti halinde başvurulması gereken hizmet türü olmaktan ziyade yüksek kalite ve uygun maliyet ile şekillendirilerek ayırım gözetmeksizin sunulması gereken zorunlu bir sağlık hizmetidir (WHO, 2020).

## 2.8. Sağlık Hizmetlerinde Talep ve Arz

Toplumun gelir seviyesindeki artış, ihtiyaçlar hiyerarşisine etki etmektedir. Buna yönelik olarak yüksek gelirli kesimin temel ihtiyaçlardan daha çok gelişmiş ve lüks ihtiyaçlara yöneleceği ve git gide hizmetler sektörüne olan talebin artacağı söylenebilmektedir. Bu durumda gelişmiş ülkeler, hizmet sektöründeki ilerlemelerine paralel olarak sağlık sektöründe de aynı ölçüde ilerleme göstermiştir. Gelir artışının tüketime etkisi Engel Kanunu ile açıklanabilmektedir. Birinci engel kanununa göre gelir artışı ile gıda tüketim payı düşüş gösterecektir. İkinci engel kanununa göre, giyim ve barınma giderleri sabit kalmakta ve üçüncü engel kanunu ise ulaşım, eğlence gibi harcamaların oranında artış olacağını ifade etmektedir (Kurtulmuş, 1998).

Sağlık hizmetlerinin hangi yöntem ile finanse edildiği, talebi katsayı temelinde etkilemekte; doğrudan finansman uygulanması halinde talep katsayısı düşerken devletin finansmanı üstlendiği yapıda talep katsayısı yükselmektedir. Devletin sağlık hizmetlerini üstlenerek herhangi sosyal bilgilendirmede bulunması da talebi etkilemiş olacaktır. Talebi etkileyen diğer özelliklere değinildiğinde; demografik, cinsiyet, yaş dağılımı gibi özellikler de talep üzerinde etkili olmaktadır. Ayrıca sağlık personelinin yaklaşımı, kentleşme oranı da talep üzerinde etkili olmaktadır (Boz vd., 2018).

Sağlık hizmetlerinde hizmet arzını belirleyen önemli bir unsur olarak üretim maliyeti; sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel ile sağlık ocağı, hastane gibi çeşitli binalar ve üretimde kullanılan tıbbi araç gereçler gibi üretim girdilerinden oluşmaktadır. Diğer bir etken olarak fiyat değişimi, kamu kesimine kıyasla özel kesimi etkilemekte, yüksek fiyatlar özel sektörü sağlık yatırımından uzaklaştırmaktadır. Tüm bu etmenlerin uyumlu artışı arzı etkileyecektir. Hekim sayısının artışı hastane sayısı artmadığı sürece anlamsız görülmektedir (Orhaner, 2006). Ayrıca sağlık hizmetlerini arz edenler kendi aralarında bir monopol oluşturabilmektedir. Çoğunlukla arz artışı talep ve fiyatlarda bir düşüş meydana getirmez. Piyasa ekonomisine kıyasla oldukça farklılık gösteren sağlık sektöründe arz artışı, talebin etkisiyle değil yeni buluşlar ve uygulamalar neticesinde görülmektedir. Haliyle bu durum uzun yıllar almaktadır (Kurtulmuş, 1998).

Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünde işlenen arz talep mekanizması, hizmetin piyasaya bırakılmasını olanaklı hale getirmekte ancak bu durum çeşitli sakıncalar yaratmaktadır. Piyasa başarısızlığı veya yetersizliği olarak adlandırılan



duruma örnek olarak, herkesin aynı anda faydalanabileceği hizmetler yani bölünemeyen ve kamusal finansman kaynaklı hizmetler verilebilir. Ayrıca dışsal faydanın varlığı ve sağlık hakkı arzın devlet yönlü olmasını gerekli kılmaktadır. Belirsiz ve öngörülemeyen hizmet, asimetrik bilgi sebebiyle daha çok hizmeti sunan tarafından belirlenmekte, ek olarak zaman zaman taleplerin gizli kaldığı ve bu durumun da arzı etkilediği görülebilmektedir (Şenatalar, 2003).

Sağlık piyasalarında sunulan hizmetlerin bir kısmı için, bu mal ve hizmetlerin arz ve talebine ilişkin dışsallıklar, piyasanın işleyişinde birtakım sıkıntıları beraberinde getirmektedir. Piyasa mekanizmasının işletilmesine çalışılan sistemler dahi sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa ekonomisi tarafından üretilmeyeceği söylenmektedir. Diğer bir ifade ile sağlık hizmetleri ve piyasaları için; hizmetin somut olmaması, hizmetin kaynağından ayrı sunulamaması, hizmet kalitesindeki değişkenlik, hizmetin depolanamaması gibi özellikler bu mal ve hizmetlerin piyasa ekonomisi içinde yeterli miktarda üretilmeyeceğini göstermektedir (Sayım, 2011).

## 2.9. Sağlık Ekonomisi

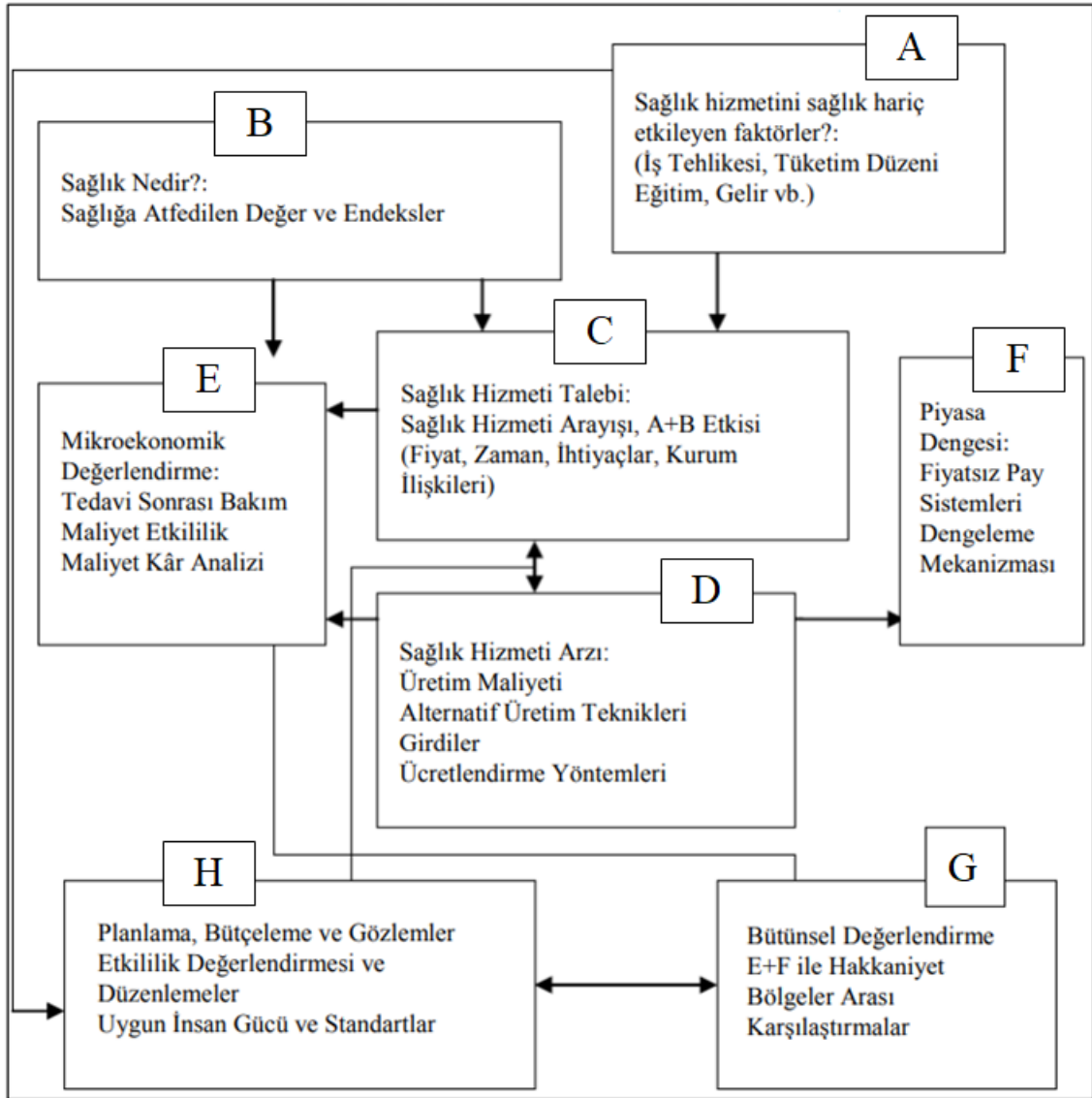
Ekonomi biliminin sağlık hizmetleri alanına uygulanması anlamına gelen sağlık ekonomisi ifadesi, sağlık hizmetlerinin ekonomiye olan katkılarını incelemekte, sağlık endüstrisinin girdileri ve çıktıları, kaynak dağılımı, hizmetlerin ekonomik kullanımı gibi konuları ele almaktadır. Ayrıca öncesinde kullanımı yaygın olan ve hekim örgütlenmeleri, iş yeri yönetimi, sağlık endüstrisi ve sağlık sigortası, sağlık finansmanı, tıp eğitimi, tıbbi araştırmalar gibi konuları içeren tıbbi ekonomi terimine oranla daha geniş sistem yaklaşımı ve bilimsel bilgi topluluğunu içermektedir (Alpugan, 1984).

Tanıma ek olarak; hasta ve hekim davranışları, nüfusun sağlık durumu ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini konu alması ile birlikte mikro ekonomik bir bakış kazanan sağlık ekonomisi, sağlık sektörünün gittikçe daha fazla kaynak kullanması sonucu gelişme göstermektedir. Ekonomi ve sağlık bilimlerinin kesişimi olarak nitelendirilen sağlık ekonomisi olgusunun temel amacı, kıt kaynak yönetiminin en iyi şekilde yerine getirilmesi ve maksimum üretim düzeyine ulaşılmasıdır (Kubar, 2019).

Otuz yıl önce sağlık bakım alternatifleri çok daha kısıtlı olmakla birlikte yalnız hekim kararı ile belirlenmekte olup gün geçtikçe alternatifler artış göstermiştir. Karar vermede etkili olduğu düşünülen sağlık ekonomisi kavramı, hangi hizmetlerin

üretileceği, nasıl üretim yapılacağı, üretimin hangi kitle için yapılacağı, sağlık bakımı dışında sağlık kavramını nelerin etkileyebileceği, nelerin talep ve arzı etki edebileceği, alternatif üretim yollarının ve bunların faydalarının neler olabileceği sorularına odaklanmaktadır. Sağlık ekonomistleri ise muhasebe uzmanlarından farklı olarak yalnız para ile değil paranın değeri ile ilgilenmektedir. Kısıtlı bütçe olması halinde tedavilere yönelik oluşabilecek fırsatlar ve maliyetler üzerine odaklanmaktadır (Kernick, 2003).

Genel ekonomi için geçerli olan, çoğunlukla konu ve disiplin yönüyle sağlık ekonomisi için de aynı ölçüde doğru kabul edilmektedir. İki kavramın; sigara kullanımı, işsizlik, gelir düzeyleri, eğitim, coğrafi konum gibi farklı birçok yönden etkileşimleri söz konusudur. Sağlık ekonomisinin, sağlık hizmeti kavramına olan potansiyel katkısının şematik gösterimi Şekil 2.4'teki gibi açıklanabilmektedir (Williams, 1987). A, B, C, D alanları ile sağlık sektörünün bir bütün olarak anlaşılması ve analiz edilmesini sağlayan temel unsurlar oluşturulmakta; E, F, G, H alanları ile sağlık ekonomisinin uygulama alanları ifade edilmektedir. A alanında sağlığı etkileyen sağlık dışı unsurlar, B alanında sağlığın tanımı ve ölçülmesi, C alanında sağlık talep unsurları, D alanında üretim ve üretim maliyetleri, E alanında maliyet ölçüm araçları, F alanında kıt kaynakların kullanımı ve kaynak yönetimi, G alanında sağlık sistemi araçlarının tanımlanması ve performans değerlendirmeleri ve H alanında ise sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililik kavramının rolüne değinilmektedir (Çalışkan, 2008).



**Şekil 2.4: Sağlıkta Ana Unsurların Şematik Sunumu (Williams Modeli)**

**Kaynak:** “Alan Williams, “*Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?*”, **The British Association for the Advancement of Science**, Vol: 1, No: 11, 1987, p.3.”

Politika kavramına değinilecek olunursa, konuyla ilgili olarak, ülkelerin sağlık sistemlerinde reform amaçlı tartışılan düzenlemelerin temelinde, artan beklentilerin daha fazla kaynak kullanılmadan en iyi şekilde nasıl karşılanacağına yönelik tedbirlerin bulunduğu söylenebilmektedir. Bütün ülkelerin sağlık sisteminde rol alan karar vericiler ve sağlık politikacıları talepler arasında en uygun dengeyi bulmaya çalışmakta olup hükümet değişikliklerine sebebiyet verebilecek sağlık sektörü içinde alınması gereken

ve ekonomi bilimi ilke ve yöntemlerinin kullanılmasını gerekli kılan araçları daha fazla kullanma eğilimine sahip olmaktadır. Bu durum haliyle sağlık ekonomisinin önemini çok daha fazla artırmaktadır (Çelik, 2019). Yine sağlığa yönelik harcamaların, ekonomik büyümeyi arttırdığı görülmekte, bu durum ekonomide büyümeyi hedefleyen ülkelerin sağlık harcamalarına daha fazla kaynak ayırması gerektiğini ortaya koymaktadır (Tıraşoğlu & Yıldırım, 2012).

Sağlık ekonomisinin de konusunu oluşturan sağlık hizmetleri sektörünün ekonomik analizi; iki farklı yaklaşıma dayandırılmaktadır. Bu yaklaşımlar; değer yargılarından bağımsız, anlamaya, aydınlatmaya yönelik neden-sonuç ilişkilerini açıklayan pozitif yaklaşım ile değer yargılarına, hakkaniyet anlayışına, politik bakışa bağlı olan tercihleri ortaya koyan normatif yaklaşım olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Bahsedilen yaklaşımlar, sağlık politikalarının belirleyicileri arasında gösterilebilmektedir (Şenatalar, 2003). Yine farklı bir bakış açısı olarak, sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda da bazı farklı yaklaşımlardan söz edilebilmektedir. Devletin sosyal devlet olması dolayısıyla sağlık hizmetlerinin de bir sosyal hizmet olduğu ve ekonomik kuralların bu hizmetler için uygulanamayacağı görüşünün yanında; buna karşılık hizmet sunumunda etik değerlerin göz önünde tutulmadığı ve ekonomik kuralların sağlık hizmetlerinin sunumunda da uygulanabileceği görüşü mevcuttur. Sağlık sektöründe kaynak kıtlığı, bu sektörde de üretim ve dağıtımın olduğu ve fiyatların hizmet kullanımında önemli bir faktör olduğunu düşünen bu ikinci görüş, aynı zamanda günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulama alanı bulan görüştür denilebilmektedir (Akdağ, 2012).

### **2.9.1. Sağlık Hizmetlerinde Harcamalar**

Ekonomik gelişmişlik ile pozitif yönlü seyreden, sağlığın korunması ve geliştirilmesi kapsamında gerçekleştirilen sağlık harcamaları, bireyleri yaşam süresi ve kalitesi yönüyle olumlu açıdan etkilemektedir. Ayrıca sağlık sektörüne yönelik fiziki yatırımlar (makine teçhizat gibi) teknolojik ilerlemeyi desteklemekte, bu ilerlemeler büyümeyi uyarmakta, büyüme de sağlık harcamalarının artışına yol açmaktadır (Uçan & Atay, 2016). Beşeri bir yatırım olması yönüyle sağlık hizmetleri, bireylerin refahı ve gelişimi açısından önem taşımakta olup buna yönelik sağlık harcamaları sonucunda sağlıklı bir neslin varlığı da ülkelerin kalkınma sürecinde önemli rol oynamaktadır. Diğer yönden kalkınma açısından önem taşıyan beşeri sermayenin içinde yer alan sağlık

harcamaları kalkınma sürecine destek olabilmektedir (Şaşmaz vd., 2019). Bu doğrultuda sağlık harcaması kavramı, bir ülkede vatandaşın ihtiyacı olan sağlık hizmetini alabilmesi amacıyla katlanılan maliyetler bütünü olarak adlandırılmakta; harcamaların kaynağı kamu, özel ve cepten harcama olarak sınıflandırılmaktadır (Atasever & Bağcı, 2020).

Toplum sağlığını korumayı hedefleyen, sosyal haklar arasında gösterilen sağlık hizmeti için yapılan harcamalar; kamu ve özel sektör kaynakları ile finanse edilmektedir. Kamu sektörü sağlık harcamaları, merkezi devlet ve yerel yönetim ile ayrıca sosyal güvenlik fonları aracılığıyla yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Özel sektör harcamaları ise büyük çoğunlukla hanehalkı tarafından cepten ödemeler, firmaların çalışanları için yapmış oldukları ödemeler, özel sağlık sigortaları ve hanehalklarına hizmet veren kâr amacı olmayan kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Genel itibariyle kamu sağlık harcamalarının, özel sektöre göre çok daha yüksek olduğu söylenebilmektedir (Yurdadoğ, 2007).

Sağlık harcamaları yoluyla devlet müdahalesi ekonomide etkinliği yüksek olan sağlık hizmetleri için yüksek oranda gerekli görülmektedir. Devletler kendi sağlık sistemlerini geliştirerek insani gelişim ve adil gelir dağılımında ilerlemeye çalışmaktadır. 1990'lı yıllara kadar, dünyada kalkınmanın en önemli dinamiği olarak fiziki sermaye yatırımları ve sermaye birikimi görülmekte olup, 1990'lı yıllardan itibaren bunlara ek olarak başta sağlık olmak üzere beşeri sermaye unsurlarının eklendiği söylenebilmektedir (Yalçın & Çakmak, 2016). Kamunun yaptığı önemli harcamalardan biri de sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamalarının beşeri sermayeyi artırmada önemli rol oynaması dolayısıyla son yıllarda ülkeler sağlık harcamalarına çok daha fazla önem vermekte ve buna yönelik birçok ülkede kamu sektörü sağlık harcamalarının milli gelir içindeki payı artış göstermektedir (Artan vd., 2017).

**Tablo 2-3: Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018, 2019**

| (Milyon TL)                                                                                                                       | 2018    | Pay (%) | 2019    | Pay (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| <b>Toplam Sağlık Harcaması</b>                                                                                                    | 165.234 | 100,0   | 201.031 | 100,0   |
| Genel Devlet                                                                                                                      | 128.021 | 77,5    | 156.819 | 78,0    |
| Merkezi Devlet                                                                                                                    | 40.461  | 24,5    | 51.492  | 25,6    |
| Mahalli İdareler                                                                                                                  | 1.439   | 0,9     | 1.373   | 0,7     |
| Sosyal Güvenlik Kurumu                                                                                                            | 86.121  | 52,1    | 103.954 | 51,7    |
| Özel Sektör                                                                                                                       | 37.213  | 22,5    | 44.212  | 22,0    |
| Hanehalkları                                                                                                                      | 28.655  | 17,3    | 33.626  | 16,7    |
| Sigorta Şirketleri                                                                                                                | 4.625   | 2,8     | 5.801   | 2,9     |
| Diğer (1)                                                                                                                         | 3.933   | 2,4     | 4.785   | 2,4     |
| (1) Sağlık harcamaları, hanehalklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamaları |         |         |         |         |

**Kaynak:** TÜİK. “Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2019”, (2021, 15 Nisan).

Sağlık hizmeti için harcama yapan kurumlar incelendiğinde, ilk olarak kamu kesimi, toplum sağlığının korunması noktasında, toplumsal faydayı göz önünde bulundurarak gerekli sağlık harcamalarını yapmaktadır. Kamu kesimi sağlık harcamaları bütçe kalemleri sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin prim ödemelerinin birikmiş olduğu fonlardan oluşmaktadır (Yıldırım & Polat, 2018). Temel olarak bir ülkede sağlık hizmetlerine yönelik harcamalar için ayrılan pay, ülkenin kalkınmışlık düzeyi ile yakından ilgilidir. Fakat bunun tersi de söz konusu olabilmektedir. Bir ülkede sağlık alanındaki göstergeler; eğitim, sosyal hizmet gibi alanlarda kullanılan göstergeler çerçevesinde ülkenin kalkınmışlık düzeyine etki ediyor olsa dahi, sağlık ve eğitim alanlarındaki yatırımlar, önemli ölçüde bir ülkenin temel tercihleri ve önceliklerine göre şekillenmektedir (Kurtulmuş, 1998).

Kamu harcamalarına ek olarak cepten sağlık harcamaları tanımına bakıldığında, hanehalklarının almış oldukları sağlıkla ilgili mal veya hizmetler için hizmet sunuculara doğrudan yaptıkları ve bir kişi ya da kurum tarafından kısmen veya tamamen kendilerine geri ödenmeyen harcamalar olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca bu tip harcamalar, sağlık hizmetleri için finansman konusunda ek kaynak oluşturmakta, bireylerin, çeşitli hizmetlerin maliyet ve faydalarını göz önünde bulundurmalarını sağlamakta ve bu sayede gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçerek kamu sağlık harcamalarının azalmasını ve kontrolünü sağlamaktadır (Atasever & Bağcı,

2020). Cepten yapılan sağlık harcamaları aynı zamanda hanehalkları sağlık harcamaları olarak da bilinmektedir. Bu harcamalar; katılım payı, katkı payı, maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve diğer sağlık giderleri için hanehalkları tarafından doğrudan yapılan harcamalar bütünüdür. Sağlık hizmeti talebinde bulunan kişiler, almış oldukları hizmetin karşılığı olarak bedelini doğrudan kendilerinin ödemektedir (Ağır & Tıraş, 2018).

Sağlığa yönelik harcamalara ek olarak hanehalklarının bazı durumlarda sağlık harcamalarını karşılamak için kredi kullanımı, varlıklarının satılması ya da sağlık harcamaları sebebiyle hanelerin gıda tüketiminden fedakârlık ettiği durumlar söz konusu olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bu tip durumları, “sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi” olarak adlandırmaktadır. Diğer bir ifadeyle, katastrofik cepten harcama genellemek gerekirse “sağlık harcamasının belli bir dönemde toplam hane geliri veya harcamasının belli bir yüzdesini aşması” olarak nitelendirilmektedir (TÜİK, 2015). Katastrofik harcamalar genel olarak orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmekte olup sebepleri arasında sağlam bir finansman sisteminin bulunmaması, birey ve ülke gelirlerinin düşük olması, sigorta sistemlerinin geri ödeme mekanizmalarına sahip olmaması, sigortasız nüfus, ücretsiz hizmetlere yönelik informal ödemeler, sigorta sistemlerinin yoksul hanelere muafiyet tanımaması, sağlık hizmetlerine yeterince pay ayrılmaması ve özel sağlık kuruluşlarının oldukça yaygın olması gösterilmektedir (Oğuzhan & Kurnaz, 2018).

### 2.9.2. Sağlık Sistemleri Finansmanı

Sağlık hizmetleri finansman yapıları incelendiğinde pek çok ülkede finansmanın gittikçe çok daha karma bir şekle büründüğü, bunun yanında hem vergiler, hem sosyal sigorta primleri, hem hanehalkının cepten yaptığı ödemeler, hem de özel sağlık sigortasından yararlanıldığı görülmektedir. Bu sebepten kaynaklı olarak ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflandırılacak olunursa sistemde ağırlıklı olan finansman şekli baz alınmıştır (Daştan & Çetinkaya, 2015).

Genel şekliyle üç grupta incelenecek olan sağlık sistemi modelleri; karakteristik yönleriyle birbirlerinden farklılıklar göstermekle beraber, asıl amaçları noktasında bir araya gelmekte ve bireylerin sağlık durumuna bakılmaksızın geri ödeme araçları ile en büyük faydayı sağlamak için gereken kaynakları tahsis etmektedirler. Bunu başarmaya yönelik süreç ile ilgili bilgi ve elde edilen bu bilginin kullanımı ile karar verme sürecine

ilişkin yönetim herhangi bir sağlık sistemi ile mümkün olmaktadır (Wild & Gibis, 2003).

**Tablo 2-4: Sağlık Sistemi Modelleri**

|                     | Beveridge                                | Bismarck                                 | Özel Sigorta                  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|
| Örnekler            | Ulusal Sağlık Hizmeti (Birleşik Krallık) | Sosyal Sağlık Sigortası (Almanya)        | (Amerika Birleşik Devletleri) |
| Karar Verme         | Hükümet Kararları - Devletçilik          | Sigorta ve Hekim Birlikleri - Korporaizm | Özel Finansman                |
| Kaynaklar           | Vergiler                                 | Çalışan ve İşveren Katkıları             | Özel Finansman                |
| Sunucular/Finansman | Kamu                                     | Kamu - Özel                              | Özel                          |

**Kaynak:** “Claudia Wild and Bernhard Gibis, “*Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria*”, **Health Policy**, Vol: 63, No: 2, 2003, p.189.”

Beveridge olarak da adlandırılan sosyal güvenlik rejimi öngörüsü, 1930’lu yıllarda ABD’de ya da Avrupa’daki reformlarla belirlenen kısıtlayıcı “sosyal sigortalar” anlayışından farklılık göstermektedir. Bu farklılık, sosyal risk ve devletin rolü hakkında yeni bir anlayış üzerine kurulmasından ileri gelmektedir. Sosyal güvenlik anlayışına göre bireylerin düzenli gelirini tehdit eden her şey sosyal risk grubundadır. Bu rejim, kısmi politikalardan kaynaklanan, kısmi ve sınırlı reformlar yerine bütünsel ve tutarlı bir sistemin koyulmasını önermektedir (Kaya & Özcan, 2009). Beveridge modeli ile sunumunu devletin üstlenmiş olduğu sağlık hizmetleri ülkenin çalışan her vatandaşının ödemekle yükümlü oldukları primler ile finanse edilmektedir. Primler tek tiptir ve miktarlar orantılı bir bordrolama sistemi ile belirlenmektedir (Cremer & Pestieau, 2003).

Bismarck modeli ise 1883 yılında Almanya’da Bismarck tarafından geliştirilmiş ve sonrasında pek çok ülkede uygulanmaya başlamıştır. Bismarck modeli, çıkış noktasından kaynaklı olarak Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmekle birlikte 1990 sonrası sağlık politikalarında Dünya Bankasının sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en fazla tercih edilen sağlık finansman yöntemi olarak görülmektedir (Tatar,



2011). Modelin, sosyal sigortalılığın zorunluluk esasına dayanmış olduğu, primlerin sigortalı, işveren ve devlet tarafından üstlenildiği bir sistem olduğu söylenmektedir. İkinci Dünya Savaşı sonrası Almanya’da kurulan sosyal güvenlik temelli sistem, diğer ülkelerde de görülmeye başlanmış, önemli adımlar atılmıştır (Sümer, 2020).

Gönüllülük esasında dayanan özel sağlık sigortası kavramı, öngörülemeyen sağlık harcamaları ile gelir kaybını önlemeye çalışmakta, özel hizmet almak isteyen kesime cevap niteliği taşımaktadır. Kişilerin özel çıkarlarını çeşitli risk durumlarına karşı korumayı hedefleyen bir teminat türüdür (Çelik, 2019). Özel sağlık sigortasının teorik yönden en büyük avantajı; kısıtlı bulunan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına olanak tanıyor olmasıdır. Bu durum, gelir düzeyi çok daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmeleri sağlanarak amaçlanmaktadır. Ayrıca, özel sağlık sigortalarının kâr amacı ile yenilikleri ve verimliliği desteklemesi, tüketicilerin tercihini arttırması durumu söz konusudur (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Sağlık hizmetlerine olan talebin artmasıyla birlikte kaliteli sağlık hizmeti sunmak amacıyla, sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın alma ve nitelikli personel istihdam etme çabaları sağlık giderlerinin artışıyla sonuçlanmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlara ait giderlerin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konu haline gelmiştir (Orhaner, 2006).

Sağlık hizmetlerinin sözü geçen finansman boyutunun son derece önemli olmasına bağlı olarak; hastalık olasılığının belirsiz yönünden söz edilmekte ve bu durumun bireylerin sağlık giderlerini karşılamak amaçlı birikimde bulunmalarını geçersiz kıldığı söylenmektedir. Bunun nedeni olarak, belirsizlik durumunda yapılacak birikimlerin çok uzun süre kullanılamayacak olması veya kullanılması halinde yetersiz kalabilmesi gösterilmektedir. Öngörülemeyen risklere karşı bireylerin kendilerini finansal yönden koruyabilmeleri yalnız ön ödeme sistemiyle (sağlık sigortası) veya devletin hizmetlerin finansmanını üstlenmesiyle mümkün olmaktadır (Alpugan, 1984). Genellikle nüfusun yaşlanması, teknoloji maliyeti ve artan kamu beklentileri; sağlık hizmetleri harcamalarının, vatandaşların ödeme isteği veya gücünün ötesinde artmasına neden olur. Bunun neticesinde hükümetlerin tüm nüfusa yeterli düzeyde sağlık hizmeti sağlayabilmeleri ve vatandaşların bu sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için ek

finansman yöntemine gidilmesi kaçınılmazdır. Böyle bir durumda özel sağlık sigortası kavramı, sağlık hizmetlerinin finansmanında daha önemli bir rol oynamakta, bahsedilen yöntemin gelişimi için uygun zemin hazırlanmış olacaktır (Mossialos & Thomson, 2004).

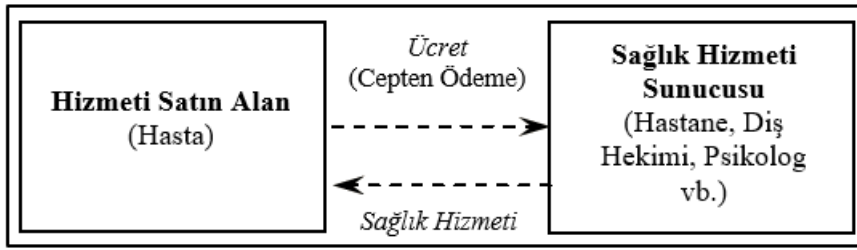
Sağlık hizmetleri finansmanı; giderlerin bütünüyle devlet bütçesinden karşılanarak hizmet kullananlardan herhangi bir pay alınmaması, bireylerin hizmeti cepten ödeyerek edinmeleri dolayısıyla fiyatların arz talep doğrultusunda serbest piyasa koşulları içinde sağlanması ve sağlık sigortacılığı ile ödenen primler aracılığıyla sağlanabilmektedir (Çelik, 2019). Genel itibariyle sağlık hizmetleri kapsamında sağlanan hizmetin niceliği; kalitesi, erişimi ve doğruluğu, nasıl finanse edildiği ve sağlanan finansman yükünün toplumda paylaşımının nasıl olduğu önemli görülen kriterlerdir. Birçok farklı sınıflandırma söz konusu olmakla birlikte, sağlık hizmetleri için finansman yöntemleri dörde ayrılabilir. Bu yöntemler; vergiler, sigorta primleri, cepten ödeme ve özel sağlık sigortaları olarak sıralanabilmektedir (Erkaya, 2019).

Sağlık hizmetleri finansman kaynakları arasında gösterilen vergi kavramı, tanımı yapılacak olunursa devletin kamu hizmetlerini karşılamak amaçlı halktan kanunlara dayanarak almış olduğu ekonomik değerlerdir denilebilmektedir. Kişilerin ödeme gücüne göre miktarı saptanan bu değerler kamu hizmetleri için harcanırken, kişilerin hizmetlerden faydalanma derecelerine bakılmamaktadır. Vergi payları, ülkelere göre farklılık göstermekte, %75-95 arasında seyretmektedir (Orhaner, 2018). Amaçlarına göre vergiler genel ve özel olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli gerekçelerle toplanan vergiler olmak üzere en önemli avantajları; geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Buna karşılık özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Diğer bir tür olarak sosyal sigortaların en belirgin özelliği, sigortalı kişinin ödeyeceği prim miktarının, maaş bordrosu üzerinden belli bir oran çerçevesinde kesilmesidir. Böyle bir durumda, prim düzeyi ile ilgili kişinin özellikleri ve sağlık statüsü arasında herhangi bir bağ söz konusu olmamaktadır. Literatürde toplum oranlaması olarak adlandırılan bu yöntemde, tüm primler belli bir havuzda bir araya gelmekte ve ihtiyacı olanların faydalanması sağlanmaktadır. Bu uygulama ile düşük risk

gruplarında bulunan kişiler, yüksek risk grubu çerçevesinde değerlendirilen kişileri desteklemekte, sübvans etmektedir (Tiryaki & Tatar, 2000).

Cepten ödeme ile finansmanın sağlandığı sistemde ise herhangi bir aracı kuruluş bulunmamakta, hizmeti satın alan (hasta) ile sağlık hizmeti sunucusu (hastane, dış doktoru, psikolog vb.) karşılıklı sağlık hizmeti alım satımı yapmaktadırlar (Çelikay & Gümüş, 2011). Birçok ülkede finansman aracı olarak kullanılan cepten harcamalar, özellikle düşük gelirli ülkeler açısından oldukça önemlidir. Ancak olumlu etkilerinin yanında bireyler ve sağlık sistemi açısından birçok önemli sorun yaratma potansiyelinden de söz edilebilir. Bahsedilen sorunlar arasında; bireylerin/hanehalklarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamaları, alabilmeleri halinde öngörülemeyen harcama riski ile karşı karşıya kalmaları ve yoksullaşmaları gösterilebilmektedir (Özgen, 2007).



**Şekil 2.5: Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı: Cepten Ödeme**

**Kaynak:** “Ferdi Çelikay ve Erdal Gümüş, “*Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı*”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 1, 2011, s.188.”

Son olarak diğer bir finansman aracı özel sağlık sigortası, bir geri ödeme kurumu olarak; hem hayat hem de hayat dışı sigortaları kapsamakta olup, tıbbi harcamalar ve iş göremezlik geliri konusunda güvence sağlamaktadır (Orhaner, 2018). İşleyiş olarak kamu sağlık sigortaları ile benzerlik göstermekte; bireylerin hastalık talebinde belirsizlik sonucu oluşabilecek gelir kaybı ve hastalığın finansal riskini azaltma amaçlı özel sigorta şirketlerine ödemiş oldukları hizmet primlerini kapsamaktadır. Ancak burada gelire dayalı ödeme ve ortak bir risk havuzundan söz edilemez. Özel sağlık sigortası sisteminde sigorta hizmetinden yararlanacak kişiler,

mevcut sağlık riskleri veya sağlık statüsü ile ilişkilendirilerek prim miktarları belirlenmektedir. Dolayısıyla buradaki risk havuzu daha çok sağlık statüsü düşük olan kişiler tarafından finanse edilmiş olacaktır (Demirci & Manavgat, 2019).

Bu doğrultuda bir özel sağlık sigortası kurumunun devamlılığı için yüksek riskli hastalardan daha yüksek prim alınması gerekmektedir. Ancak bu durumda primler gereksiz yere yükseleceğinden özellikle sağlık statüsü iyi olan ve sağlık riski az olanların ödeme isteğı azalacak, sigorta havuzunda ağırlıklı olarak yüksek riskli hastalar bulunacaktır. Bu durum sigorta kurumu yönünden gelir ve gider dengesinin sağlanamamasına yol açacak ve zaman içinde finansmanın sürdürülebilirliği sekteye uğramış olacaktır. Tüm bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası, sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem olmamakta, vergi ya da sosyal sigortaya dayalı finansmanı tamamlar ya da destekler nitelikte olmak durumundadır (Tatar, 2011).

### 2.9.3. Sağlık Politikaları

Sağlık hizmetlerindeki iyileşme toplumsal iyileşmeyi de beraberinde getirmekte olup bu tür hizmetler, kamusal bir hizmet olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hizmetin gelir dağılımını düşük gelirli lehine yeniden düzenlemesi ve suistimale açık olmasından kaynaklı olarak tamamen serbest piyasaya bırakılması uygun görülmemektedir. Rekabet içinde, daha kaliteli ve hızlı hizmet almak amacıyla, devlet kısmen sağlık hizmetlerini özel kurumlardan satın alma yoluna gitmekte bu gelişmelere yönelik hem devlet hem de özel sektörün sosyal devlet anlayışını benimsemesi gerekmektedir. Ancak harcamaların devlet üzerinde getirdiğı mali yük, özelleştirmeler ve yasal düzenlemeler ile azaltılmaya çalışılmaktadır (Koçak & Tiryaki, 2011).

Kişi sağlığını ve ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen başlıca unsurlar bakıldığında, bir ülkede uygulanan resmi sağlık politikasının o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisi olduğu görülmektedir. Sağlık sistemi, resmi veya resmi olmayan bir sağlık politikasına dayalı olarak yürütölüyor olabilir veya bir politikası olmayabilir. Politika unsuru, kişiler yoluyla toplumu sağlıklı kılma amacına yönelik, diğler belirleyici unsurların da etkisiyle ülkenin ihtiyaç, şart, imkân, alt yapı, bünye ve gerçeklerine dayalı olarak uzun yıllar içinde geliştirilmiş ve uygulanmakta olabileceğı gibi, bambaşka çıkış noktalarından hareketle oluşturulmuş da olabilir. Bunun aksine bir politika ve ciddi resmi düzenleme bulunmama ihtimali de söz

konusudur fakat tüm bu şartlarda dahi sözü edilebilecek bir sağlık sistem vardır (Sargutan, 2005).

Kişi sağlığını ve ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen unsurlar incelendiğinde, uygulamaya alınan resmi sağlık politikasının o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisi olduğu söylenmektedir. Uygulanacak olan politika, kişiler yoluyla toplumu sağlıklı kılma amacına uygun olarak, diğer belirleyici unsurların da etkisiyle yıllar içinde geliştirilmiş ve uygulanmakta olabileceği gibi, başka çıkış noktalarından hareketle de oluşturulabilmektedir. Kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önem, sağlık sistemlerini belirleyen ve sağlık politikaları ile etkileşim halinde olan en önemli ikinci belirleyici unsur olmakla birlikte ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı da en önemli üçüncü belirleyici unsur olarak gösterilmektedir (Sargutan, 2005). Sağlık sektörü yılda, cirosu 3.2 trilyon doları, çalışanı 59 milyonu aşan muhtemelen dünyanın en büyük sektördür. Bu sebeple, küreselleşmenin süreç ve yapılarının, zengin ve fakir ülkelerin sağlık sistemlerini aynı ölçüde ve eşit derecede etkilemesi olasılık dâhilinde değildir. Küreselleşme süreci ülkelerin sağlık sistemlerini ve politikalarını pozitif veya negatif yönlü etkileyebilmektedir (Ertaş & Kırac, 2017).

Özellikli hizmetler arasında gösterilen sağlık kavramı, toplum ve politika çerçevesinde değerlendirildiğinde, kamu malı tanımıyla örtüşmekte ve yapısal, sosyal ve politik güçlerle ilişkilendirilmektedir. Toplum sağlığına yönelik bu hizmetler, hükümet eylemleri ve diğer klasik kamu malları ile bağlantı halindedir (Atabey, 2020). Genel itibariyle hedeflenen sonuçlar ile mevcut sonuçlar arasındaki farkın hedeflenen sağlık politikasının lehine olmaması halinde politika belirleme ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Maddi imkânsızlıklar, yetersiz veya kirli içme suyu ve beslenme, sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması gibi gerekçeler sağlık hizmeti sektöründe politika yapılmasını gerekli kılan nedenler arasında gösterilmektedir (Sungur, 2018).

Pek çok ülkede ekonominin bir parçası olarak gösterilen sağlık sektörü kapsanmış olduğu; teknoloji veya ürünlerdeki yenilik ve yatırımlar, ilaç sektöründeki satışlar ve ekonomik açıdan üreticinin sağlığının sağlanması gibi özellikleriyle ekonomiye yön vermektedir. Sağlık, kendi alanı dışında birçok karardan etkilenmekte olup yoksulluk, hava kirliliği, içme suları, sigara ve alkol vergi oranları gibi farklı ekonomik politikalar bu kararlar arasında gösterilebilmektedir. Son zamanlarda bunlara ek olarak, obezite artışı, yeme alışkanlıklarındaki bozulmalar, fiziksel aktivite eksiklikleri gibi güncel

konular ile karşılaşılmaktadır (Tengilimoğlu & Toygar, 2018). Bu doğrultuda, herkesin, insan hakları hukuku ve meslek etiği ilkeleri ile bağdaştırılan ve ekonomik yönden hukuk devleti tarafından denetlenmesi gereken, bireysel ve toplumsal bir hak olarak sağlık hizmetine erişiminin eşitlikle ve hakkaniyetle, sağlanması önemlidir. Etiğin adalet ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda, halkın sağlığını ve güvenliğini koruma sorumluluğunu yerine getirmek, bunu güvence altına almak üzere tedbirler geliştirmek ve salgın gibi sağlık sistemi kapsamında ekonomik kriz anında destek politikalar uygulamak yöneticilerin görevidir (Ülman, 2020).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde devlet desteğinin en önemli nedeni hizmetin olağanüstü karmaşık yapısı olmaktadır. Hizmete olan talep belirlenirken, en önemli sorun kişilerin bilgisiz olma hali ve piyasa konusunda haberdar olmama durumlarından dolayı rasyonel seçim yapamamalarıdır. Yine hizmetin bölünemez yapıda olma özelliği, önlemlerin ülke çapında alınması gerekliliği sağlık hizmetlerine devlet müdahalesini gerekli kılmaktadır. Piyasa büyüklüğünün ekonomik yönden işletme kurulumunu olumsuz etkilemesi ve özel sağlık kuruluşlarının kendileri için uygun bölge dışına çıkamaması; piyasa ölçeği, hizmetin bölünememesi ve dışsalılık neticesinde, sağlık hizmeti sunumunda devletin birinci derece önemli rol oynamasının sonuçları arasında gösterilmektedir (Atabey, 2020).

## **2.10. Yataklı Sağlık Kuruluşu Olarak Hastaneler ve Yönetim Yapısı**

Sektör türü fark etmeksizin, tüm organizasyonlar belirli bir amaç veya amaçları gerçekleştirmek üzere kurulmaktadır. Buna yönelik olarak gerekli kaynakların bir araya getirilmesi, istenen sonuçların elde edilmesi için yeterli görülmemektedir. İnsan gücü, ilaç, tıbbi malzeme ve bina gibi kaynakların etkili yönetimi de gereklilikler arasında gösterilmektedir. Neticede kaynakların verimli ve amaca yönelik kullanımına ilişkin sorumluluk sağlık kurumları yöneticilerine ait olmaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2018).

Hastaneler sağlık sektöründeki yerinin büyüklüğü ve önemi sebebiyle, büyük işletmeler arasında değerlendirilmektedir. Bu sebepten genel işletmeler gibi profesyonel yönetim ilkeleriyle yönetilmelidirler. Sağlık sektöründeki yenilikler ve özellikle sağlık sigortasının devreye girmesi sonucu oluşan talep artışı, sağlık harcamalarını da aynı yönde artırmıştır. Sağlık sektöründe kullanılan kaynakların büyüklüğü, etkin kullanım ve performans artışı amacının oluşmasına neden olmaktadır. Yeterli miktarda ve

kalitede sağlık hizmeti sunulması ve bu hizmetin toplumun her bireyi için ulaşılabilir nitelikte olması gerekmektedir. Haliyle bunun gerçekleştirilmesinde yönetim ve organizasyon oldukça önemli bir araçtır (Can & İbicioğlu, 2008). Ayrıca hastane işletmelerinde, doğru ve hızlı müdahalenin önemi ile tedavi döngü sürecinin kısaltmasının, hastalara ve işletmeye sağlamış olduğu olumlu etkiler sağlık işletmelerinin zamana karşı duyarlılık derecesini arttırmıştır. Bunun neticesinde zaman gibi önemli bir kaynağın kapasitesinin doğru kullanılması ve yönetilmesi, zamana karşı yarışan, hastane işletmelerinde önemlidir (Kırlioğlu & Atalay, 2014).

Ağırlıklı olarak hizmet üreten kurumlar arasında bulunan hastanelere ait yönetim tanımı, genel yönetim ve işletme yönetiminden bağımsız düşünülmemelidir. Hastanelerin sağlık sektörü içindeki konumu, karmaşık yapısı ve farklı özellikleri bu kurumların profesyonel olarak yönetilmelerini gerekli kılmaktadır. Bunun sonucu olarak farklı bir yönetim disiplini olarak doğmuş ve gelişmiş hastane yönetimi kavramı; hastanelerin amaçlarını ekonomik, verimli ve etkili olarak gerçekleştirilmesi için, planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarına ilişkin, kavram, ilke, teori, model ve tekniklerin sistematik ve bilinçli bir şekilde uygulanması ile ilgili faaliyetlerin tümü olarak tanımlanabilmektedir. Geniş alanda bilgi gerektiren hastane yönetiminin; ekonomiklik, verimlilik ve etkililik olmak üzere üç önemli kavramı içermesi gerekmektedir (Ağırbaş, 2016).

Genel itibariyle yönetim statüleri incelenecek olunursa; belirli bir hastanedeki organizasyon düzeyinde; üst yönetim, orta yönetim ve alt yönetim olmak üzere üç seviyeden söz edilmektedir. Üst yönetim olarak direktör, müdür yardımcısı veya müdür, bir hastanenin uzun vadeli stratejik planını belirlemekten sorumludur. Stratejik planın uygulanmasından ve hastanenin misyonu doğrultusunda başarısının sağlanmasından orta yönetim olarak tesis veya birim başkanı sorumludur. Alt yönetim statüsündeki birim yöneticisi ise üst yönetim tarafından belirlenen eylem planının uygulanmasından sorumludur denilebilmektedir (Handayani vd., 2017). Bu tip hizmet işletmelerinin üretim emri hekimler tarafından verilmekte olup üretimi ise hekimler ile birlikte çalışmakta olan çeşitli sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmektedir. Hastanelerin eğitim hastanesi olup olmama durumu ile kamu veya özel hastane olması durumunda organizasyon yapısında değişiklik gözlenmektedir (Ağırbaş, 2016). Diğer yandan; operasyon, yürütme, hedef belirleme ve insan

kaynakları ile ilgili daha iyi yönetim süreçlerine sahip olan hastanelerin kalite yönünden üst konumda olduğu görülmektedir. Ayrıca yönetim kurulu ve yönetim uygulamalarının, hastanenin klinik kalite ölçütlerindeki performansı ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve birden çok alana ulaşan kalite iyileştirme müdahalelerinin hedef gerçekleştirmede önemli olduğu söylenmektedir (Tsai vd., 2015).

Hastane yönetiminde karşılaşılan ve tekdüze olmayarak sık sık değişim gösteren, farklı disiplinleri bir arada bulunduran bir yapı olarak adlandırılan matriks organizasyon yapısı, proje bazlı çalışmayı içeren bir yapı olmakla birlikte, buna istinaden yeni takımlar oluşturulması gereği ile ortaya çıkmış bir yapıdır. Hiyerarşik organizasyon yapısının aksine emir komuta ilkesi ve yetki sorumluluk denkliliğini reddetmektedir. Bu durumda aynı kademede birden fazla yöneticiden söz edilebilmektedir. Karmaşık bir yönetimin söz konusu olduğu, dinamik bir çevreye sahip, gelişen tıp bilimi ve teknolojiye bağlı olarak uzmanlaşmanın zayıf kaldığı, hizmetin bireysel olması sebepleri doğrultusunda hastane yönetiminin matriks organizasyona uygun olduğu söylenmektedir. Bu durum yönetim ve hekim arasında fikir ayrılıklarına sebebiyet verebilmektedir (Gemlik, 2018).

Bir hastanın tedavisinde yalnız hekim ve hemşire yer alırken; başka bir hastada ek olarak ameliyathane, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümleri çalışanları, sosyal hizmet uzmanı yer alabilmektedir. Bu örneği destekler nitelikteki matriks organizasyon yapısı, uygulanan tedavinin “şahsileştirilmiş tedavi” olarak sınırlandırılmasından ileri gelmekte her hasta hekim için ayrı bir proje olarak kabul edilmektedir. Burada tedavi ekibi, hizmetin yürütülmesi açısından hekime; tedarik ve mesleki konularda ise bağlı bulundukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumlu sayılmaktadır. Genel itibarıyla matriks organizasyon yapısı için proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici personelinin aynı olduğu organizasyon tanımı yapılabilmektedir (Söyük, 2018).

Mevcut hastane yönetimi ve hastane yöneticilerinin nasıl olması gerektiği konusunda fikir birliği söz konusu değildir. Hastanelerle beraber hizmet veren dernek ve vakıfların hastanenin genel amaçlarına uygun olarak organize edilmeme durumu ve örgütte organlar oluşturulurken işin gerekli görülen mesleki eğitimi almış kişilerden yararlanılamaması; planlama, örgütlenme, yürütme ve denetim sorunlarını beraberinde getirmektedir. Hastane işletmeleri çağdaş işletmecilik ve modern yönetim ve



organizasyon ilkelerinden yoksun olması hastanede görülen bütün sorunların bu sosyal örgütlerde de görülmesine neden olmaktadır (Can & İbicioğlu, 2008).

Özetle hastane yönetimi için; sağlık hizmeti üretimi ile toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek amaçlı maddi kaynakların ve insan kaynaklarının planlanması, örgütlenmesi, faaliyetlerin yürütülmesi ve kontrol edilmesi süreci olduğu söylenebilmektedir. Yine bu süreç; insan ve diğer kaynaklar aracılığıyla önceden belirlenmiş amaçların gerçekleştirilmesi için formal örgütlenme çerçevesinde oluşmakla birlikte, birbiriyle ilişkili sosyal ve teknik işlevleri içermektedir. Burada yönetimin asıl görevi; bilimsel yönetim ilkelerini baz alarak; verimlilik, etkinlik ve etkililiği artırmak olacaktır (Gemlik, 2018).

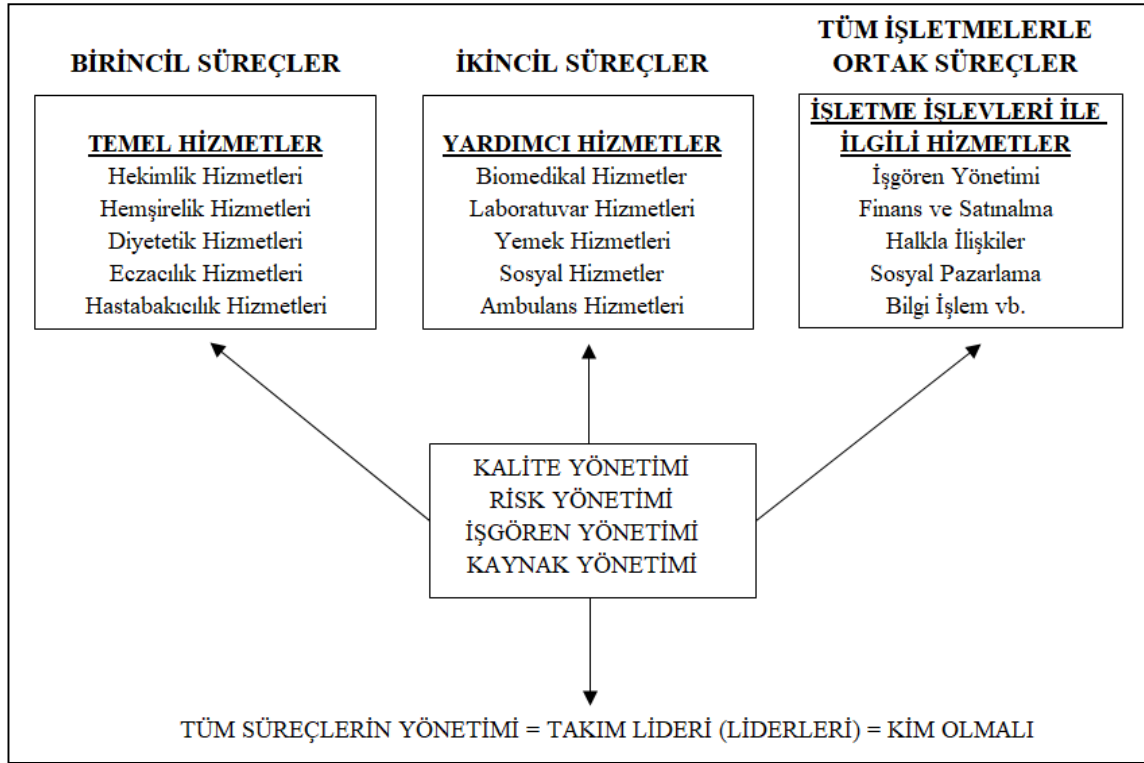
### **2.10.1. Hastane İşletmeleri: Özellikleri ve Sınıflandırılması**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından hastane işletmeleri; müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlanmıştır (WHO, 2020). Ayrıca temel işlevleri, faaliyet gelirleri ve giderleri ile varlığını sürdürmeyi hedefleyen ekonomik bir işletme; hekim ve diğer personele eğitim veren eğitimi kurumu; tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi konularda faaliyette bulunan koruyucu tıp birimi; birden fazla meslek grubunu bir arada bulunduran bir örgüt, sosyal bir hizmet işletmeleri olarak tanımlamak da mümkündür (Gemlik, 2018).

Sunulan hizmetin niteliği gereği diğer hizmet sektöründen ayrı düşünülen sağlık hizmeti sektörü ve sektörün sağlık hizmeti sunan kuruluşları pek çok yönüyle spesifik boyutta değerlendirilmektedir. Bahsedilen özellikler arasında, sosyal eşitliğin sağlanması gerekliliği, doğuştan kazanılmış bir hak statüsündeki hizmet anlayışı için önde gelmektedir. Ayrıca hizmet, sürekli olarak ve yoğunluğu önleyerek etkililiği artırma doğrultusunda kademeli şekilde verilmelidir. Yine hizmetin sunumunda toplum katılımı ve hizmetin planlamasında zamanın gereklerine göre değişebilir, esnek olması oldukça önemlidir (Akalın, 2018).

Sağlık sistemi; sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan ve toplum-kişi sağlığını kabul edilebilir bir düzeye çıkarmaya yönelik bir bütün olarak kabul edilmektedir. Ekonomi, ekoloji, eğitim, ulaşım, haberleşme gibi başka sistemler ile etkileşim halinde bulunan sektöre ait en kapsamlı işletme türü olarak hastane işletmeleri, genel bir hizmet yelpazesi dahilinde ele alınacak olunursa, birincil süreçleri

hekimlik, hemşirelik, diyetetik, eczacılık ve hastabakıcılık hizmetleri; ikincil süreçleri biyomedikal, laboratuvar, yemek, sosyal ve ambulans hizmetleri oluşturmaktadır. Tüm sağlık işletmelerinde ortak süreçler ise işgören yönetimi, finans ve satın alma, halkla ilişkiler, sosyal pazarlama ve bilgi işlem birimlerinden oluşmaktadır (Şahin, 2010).



**Şekil 2.6: Süreçlerin Yönetimi**

**Kaynak:** “Burcu Şahin, “*Hastane Yönetim Süreçleri ve Sağlık Yönetim Bilgi Sistemleri*”. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul.”

Geri dönüş şansı bulunmayan bir hizmet türünün sunumundan sorumlu kurumlar olan hastanelerin, mortalite oranı ile paralel seyreden hata oranını en az seviyede tutması gerekmektedir. Ek olarak, farklı pek çok meslek grubunu bir arada bulunduran hastane işletmelerinin, pahalı hizmetler sunmakta olup, bu hizmeti kesintisiz hale getirmesi gerekmektedir. Ayrıca finansal kaynakların rasyonel kullanımı için maliyetlerin düşürülmesi ve bu doğrultuda hizmet kalitesinin artırılması gerekmektedir (Asunakutlu, 2005).

Tedavi etme işlevine ek olarak, koruyucu ve geliştirici, eğitim veya araştırma amaçlı kurulabilen bir sağlık kurumu olarak hastaneler, çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Mülkiyet durumu bakımından hastaneler, mülkiyetin ait olduğu kurum veya kuruluşu ya da bu kurum veya kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2018). Buna yönelik olarak Türkiye’deki hastanelerin, mülkiyet yönünden Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastaneler olmak üzere gruplandırılan yatak sayılarının oranları tabloda gösterilmiştir.

**Tablo 2-5: Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı ve Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı**

|                                         | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel   | Toplam  |
|-----------------------------------------|------------------|------------|--------|---------|
| Nitelikli Yatak Sayısı                  | 90.770           | 23.790     | 33.095 | 147.655 |
| Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, (%) | 72,0             | 64,8       | 95,1   | 74,7    |

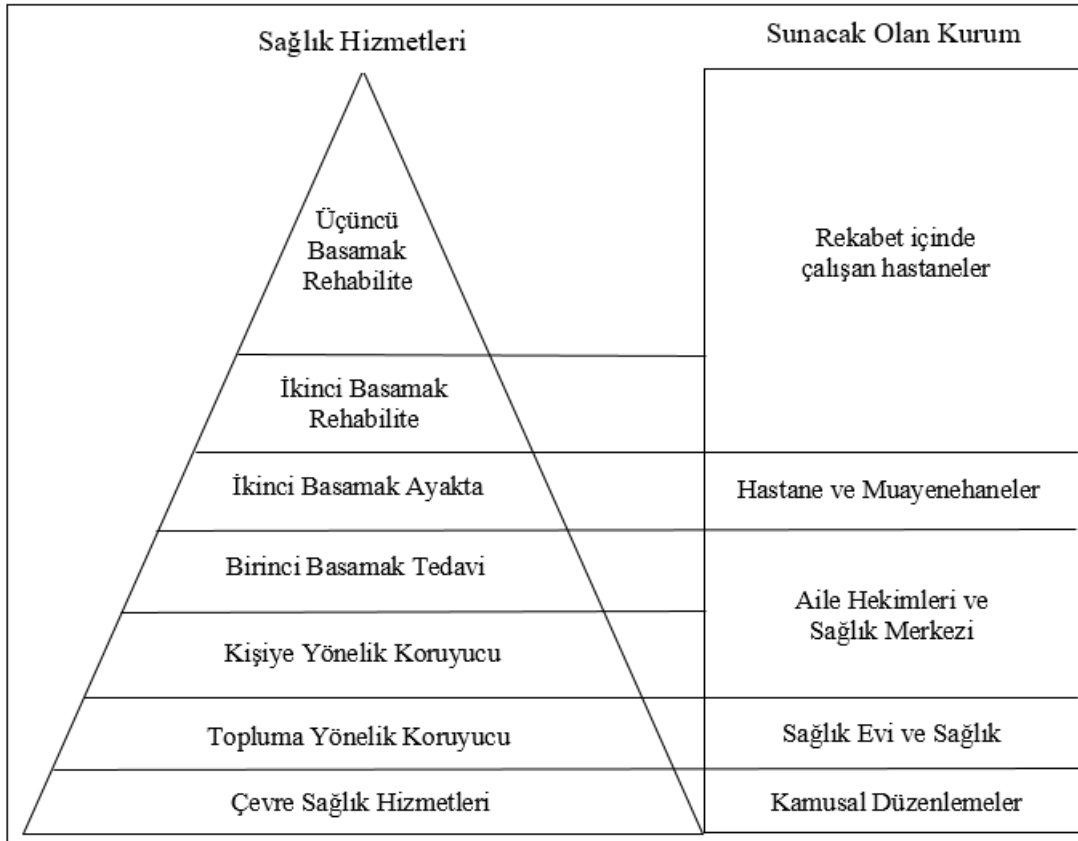
**Kaynak:** “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni”, (2022, 1 Ocak).

Bahsedilen hastane türlerine ilişkin hizmet kalitesine değinilecek olunursa; devlet hastanelerinin; hasta yoğunluğu, eleman ve teçhizat yetersizliği ve kaynak yoksunluğu gibi nedenlerden dolayı kaliteli hizmet verememesi kaçınılmazdır. Gelir düzeyi yüksek kesime hitap eden özel hastaneler bu tip sorunları kamufle etmiş olup bu tip kuruluşlarda hastaların bekleme sürelerinin kısaltılması, fiziksel görünümün düzeltilmesi ve hizmet kalitesini etkileyecek diğer pek çok faktör üzerinde çalışmalar yürütülmektedir. Üniversite hastaneleri ise devlet hastanelerinde görülen kaynak sorunlarını büyük ölçüde yaşamalarına karşılık kuruluş amaçlarına yönelik işlevleri gereği sağlık bakım uygulamalarının yanı sıra araştırma konusunda da faaliyetlerini sürdürmektedirler. Kaynak yetersizliğinin görülmekte olduğu hastane türü, devlet hastanelerinde ve özel hastanelerde uygun hizmeti alamayan hastaların yönlendiği hastaneler olarak konumlanmıştır (Yağcı & Duman, 2006).

İşlevleri açısından değerlendirilirse hastaneler; tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetinin entegre olarak sunulduğu, gerekli görüldüğü taktirde hastanın bir üst kuruluşa sevkini güvenli şekilde yerine getirildiği ilçe hastaneleri, gününbirlik bakımın gerçekleştirildiği gün hastanesi, ayaktan veya yatarak her tür vakanın kabul edildiği genel hastaneler, belirli kitleye yönelik veya bir organ ya da organ grubuna yönelik hastalık tedavisinin gerçekleştirildiği özel dal hastaneleri ile öğretim, eğitim ve

araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği eğitim araştırma hastaneleri olarak gruplandırılabilir (Ağırbaş, 2016).

Ayrıca yatış süresine göre hastaneler, otuz günün altında kısa süreli yatış ve otuz günün üzerinde uzun süreli yatış olmak üzere iki grupta; büyüklüğüne göre ise yatak sayıları baz alınarak incelenebilmektedir. Yine hizmet basamağına göre; tedavi süresine dayalı birinci, ikinci ve üçüncü basamak hastaneler sınıflandırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim verebilme statüsüne sahip olmaları halinde eğitim hastaneleri veya üniversite hastaneleri olarak adlandırılmaktadır. Diğer bir kriter olarak kalite altyapısı için uygunluk çalışmalarını kapsayan akreditasyon kavramından söz edilebilmektedir. Branş kapasitelerine göre sınıflandırıldığında, ilgili hastanelerin hizmet rollerine dikkat edilmektedir. Ayrıca eğitim verme yetkileri, yoğun bakım ünitelerinin varlığı, acil sağlık hizmet kapsamı gibi özellikler de kategorize edilmelerinde önem taşımaktadır (Söyük, 2018). Hastanelerin sınıflandırılmasına yönelik, Türkiye’de özel ve kamuya ait hastaneler ile aile hekimleri ve taşradaki sağlık ocaklarını kapsayan gruplandırma Şekil 2.7’deki gibidir.



**Şekil 2.7: Sağlık Hizmetleri ve Bu Hizmetleri Sunacak Kurumlar**

**Kaynak:** “Dilaver Tengilimoğlu ve Hakan Çermikli, “Sağlık Kuruluşlarında Rekabetçi Strateji Olarak Firma Birleşmeleri Konusunda Hastane Yöneticilerinin Görüşlerini Tespit Etmeye Yönelik Bir Alan Çalışması”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 20, Sayı: 2, 2002, s.174.

### 2.10.2. Sağlık Kavramı ve Ekonomik Kriz

Bir ekonominin ya da ülkenin finansal krizle birlikte bir gerileme dönemine girmesini ifade eden ekonomik kriz halinde ülkede genellikle gelir düzeyinde düşme, likidite düzeyinde azalma, enflasyon ya da deflasyona bağlı olarak fiyatlarda değişme, işsizlik oranlarında artma ile ticaret hacminde ve yatırımlarda düşme yaşandığı söylenmektedir. Küreselleşmenin hızlı gelişiminin de etkisiyle ülkeler arası entegrasyondan söz edilmekte ülkelerin bu hızlı etkileşiminden kaynaklı olarak krizlerin etkisi çok geniş çaplı olabilmektedir (Çaman & Çilingiroğlu, 2009).

Bahsedildiği şekilde olumsuz etkilere sebebiyet veren ekonomik koşullarda meydana gelecek kriz gibi ani değişimlerin sağlığa etkilerinin olacağını belirtmek

mümkündür. Ekonomik krizlerin sağlığa etkilerinin yönünü belirlemede uygulanabilecek politikalar önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığı etkileyen faktörlerden yaş, cinsiyet ve genetik gibi değiştirilemeyecek nitelikte olanların dışında kalan çoğu unsura politikalar aracılığıyla müdahale edilebilmektedir (Çıraklı & Yıldırım, 2018).

#### **2.10.2.1. Ekonomik Kriz Dönemi Sağlık Hizmetleri Yapılanması**

Günümüzde kapitalizm, küreselleşme adı altında; piyasa egemenliği, özel girişimcilik, iyi yönetim, verimlilik, esneklik ve bireycilik gibi değerleri ekonomik yaşamın merkezi haline getirmiş bulunmaktadır. Bugün küresel kapitalist bir dünyada yaşanıldığı takdirde, toplumlar sistemin getirdiği özelliklere uygun hareket etmek durumunda kalmaktadır. Bu durum devleti sınırlandırmakta, sivil toplumları ve özelleştirme kavramını gündeme getirmektedir. Sonuç itibarıyla böyle bir sürecin küresel ekonomik koşulları tüm toplumları etkisi altına almıştır denilebilmektedir (Yıldız, 2008).

Sağlık hizmetlerinde krizin de etkisiyle finansman konusunda çeşitli darlıklar meydana gelmiş, işsizlik ve üretim hacmindeki düşüşle birlikte sağlık hizmetlerine yönelik harcamalar azalmıştır. İşsizlik oranlarındaki yükselmenin küresel finansal kaynakları ve medikal sağlık harcamalarını zıt yönlü etkilediği söylenebilmektedir. Özellikle düşük gelirli kesimde hastalık artışı ve daha az tedavi söz konusu olmuştur. Yine bu dönem ilaç harcamalarındaki artışın en önemli kaynağı olarak kendi kendine ilaç tedavisindeki artış gösterilmiştir. Yüksek fiyatlı ilaçlara ikame olarak daha düşük fiyatlarda ilaç üretiminin gündeme gelmesinden söz edilebilmektedir (Portela & Thomas, 2013).

Ekonomik kriz süresince, toplumun her ne kadar mevcut gelirlerinde önemli ölçüde azalmadan söz edilse de bireyler tarafından temel sağlık hizmeti kullanımı sürmektedir. Hizmet kullanımının devamı halinde bütçede önemli değişiklikler ve kesintiler ile kişisel mal ve hizmetlerle ve finanse edilen, cepten yapılan harcamalarda artış meydana gelmesi kaçınılmazdır. Kamu kaynaklarının azalması doğrultusunda kamu sağlık harcamalarının da aynı yönde gerilediği; sosyal sigorta ve hükümet bütçe kesintilerinin tüm yükü hane ekonomisine yüklemiş olduğu görülmektedir (Skroumpelos vd., 2014).

Mevcut küresel ekonomik kriz, birçok endüstriyel ülkede üretimde rekor düşüş yaratmış ve bunun sonucunda işsizlik oranlarında hızlı ve önemli bir artış meydana gelmiştir. Ekonomik durumun aniden bozulması; mevcut sosyal kurallar ve kamu finansmanını birçok risk ile karşı karşıya bırakmaktadır. Kriz anında vatandaşlar için çeşitli teşvikler söz konusu olup buna yönelik sınırlamalar ülkenin sınırlı kontrol kapasitesi ile ilgilidir (Heinemann, 2011).

Hanehalkı yönünde durum ele alınırsa, kriz ile birlikte ailelerin genellikle sağlık harcamalarında kısıtlamaya gittikleri gözlenmektedir. Bunun yerine gıda, ulaşım ve barınma gibi kalemlerde tasarrufa yönelmekte oldukları söylenebilmektedir. Bu durum ilk bakışta krizin sağlık harcamalarını etkilemediği yönünde bir yorum yapmaya elverişlidir. Ancak bu kıyas uzun vadede, sağlığın diğer bileşenlerini oluşturan beslenme ve barınma gibi unsurlarda ortaya çıkan olumsuz durumların sağlığı da etkileyecek olması üzerine seyir değiştirmiş olacaktır. Düzensiz beslenme ve elverişsiz koşullarda barınma gibi olumsuzluklar sağlık sorunlarını da beraberinde getirecek olması sağlık harcamalarının artmasına neden olmakta, krizle birlikte ekonomik açıdan çok daha zor durumda kalan aileler için sağlık harcamalarını karşılamak ise ciddi bir sorun haline gelmektedir (Memişoğlu & Durgun, 2011). Buna yönelik, örnek olarak 2008 yılı ekonomik krizinde tüketim harcamalarının türlere göre dağılımı Tablo 2-6'da görülmektedir.

**Tablo 2-6: Hanehalkı Tüketim Harcamasının Türlerine Göre Dağılımı**

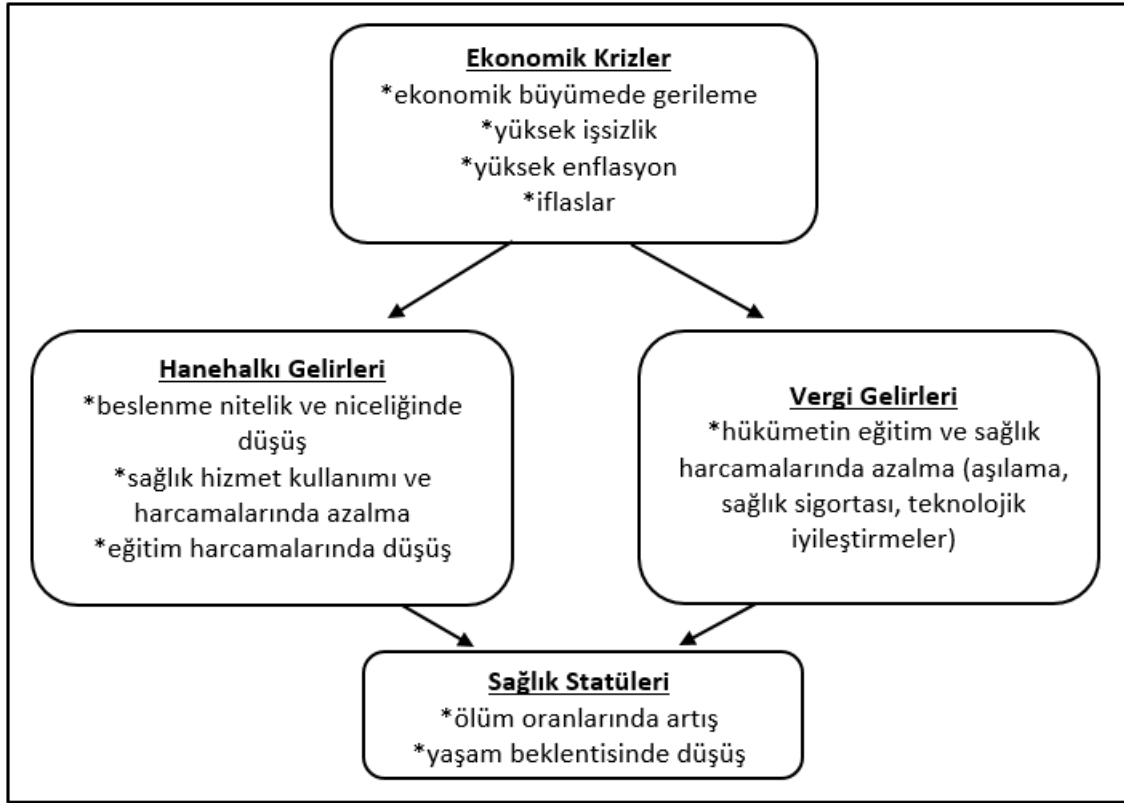
| Anket yılı                                  | 2005         | 2006         | 2007         | 2008         |
|---------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Hanehalkı sayısı                            | 17.549.020   | 17.689.552   | 17.337.894   | 17.794.238   |
| <b>Toplam</b>                               | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |
| Gıda ve alkolsüz içecekler                  | 24,9         | 24,8         | 23,6         | 22,6         |
| Alkollü içecekler, sigara ve tütün          | 4,1          | 4,1          | 4,3          | 3,8          |
| Giyim ve ayakkabı                           | 6,2          | 5,9          | 5,9          | 5,4          |
| Konut ve kira                               | 25,9         | 27,2         | 28,9         | 29,1         |
| Mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri | 6,8          | 6,2          | 5,9          | 5,8          |
| Sağlık                                      | 2,2          | 2,2          | 2,4          | 1,9          |
| Ulaştırma                                   | 12,6         | 13,1         | 11,1         | 14,1         |
| Haberleşme                                  | 4,3          | 4,2          | 4,5          | 4,4          |
| Eğlence ve kültür                           | 2,5          | 2,2          | 2,1          | 2,5          |
| Eğitim hizmetleri                           | 1,9          | 2,1          | 2,5          | 2,0          |
| Lokanta ve oteller                          | 4,4          | 4,2          | 4,5          | 4,4          |
| Çeşitli mal ve hizmetler                    | 4,1          | 4,0          | 4,2          | 4,1          |

**Kaynak:** TÜİK. “On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)”, (2021 15 Şubat).

Ekonomik büyüme uzun vadeli bir hedef olmakla birlikte yerine getirilmesi için kamu harcamaları dengeli bir şekilde yürütülmelidir. Kamu harcamalarında meydana gelen artışın gerçek anlamda bir artış olması için harcamaların, GSYH içindeki payının artışına bakılması gerekmektedir. Ekonomik büyümenin sağlanması için kamu harcamaları konusunda hukuki ve mali reformların zaman kaybetmeksizin yapılması gerekmektedir. Genel olarak kırıma dönemleri göz önünde bulundurulduğunda kriz dönemlerinin bir toplumsal çalkantı dönemi olarak kamu harcamaları düzeyini artırdığı ve buna ek olarak politika uygulayıcılarının kararlarının kamu harcamalarının değişiminde etkin rol oynadığı söylenerek kamu harcamalarının kriz dönemi seyri ifade edilebilmektedir (Fırat & Tuğlu, 2019).

Ekonomik krizler, hanehalkı gelirlerinde düşüş meydana getirmekte ve bundan dolayı sağlık hizmetlerinin kullanım oranında düşüşler olmaktadır. Ayrıca makro düzeyde de hükümetlerin eğitim ve sağlık için ayırmış oldukları pay azaldıkça mortalite oranları yükselip beklenen yaşam süresi kısalmaktadır. Ekonomik kriz ve sağlık statüsü ilişkisi Şekil 2.8’de modellenmiştir (Kar, 2019).





**Şekil 2.8: Ekonomik Kriz ve Sağlık Durumu Arasındaki İlişki**

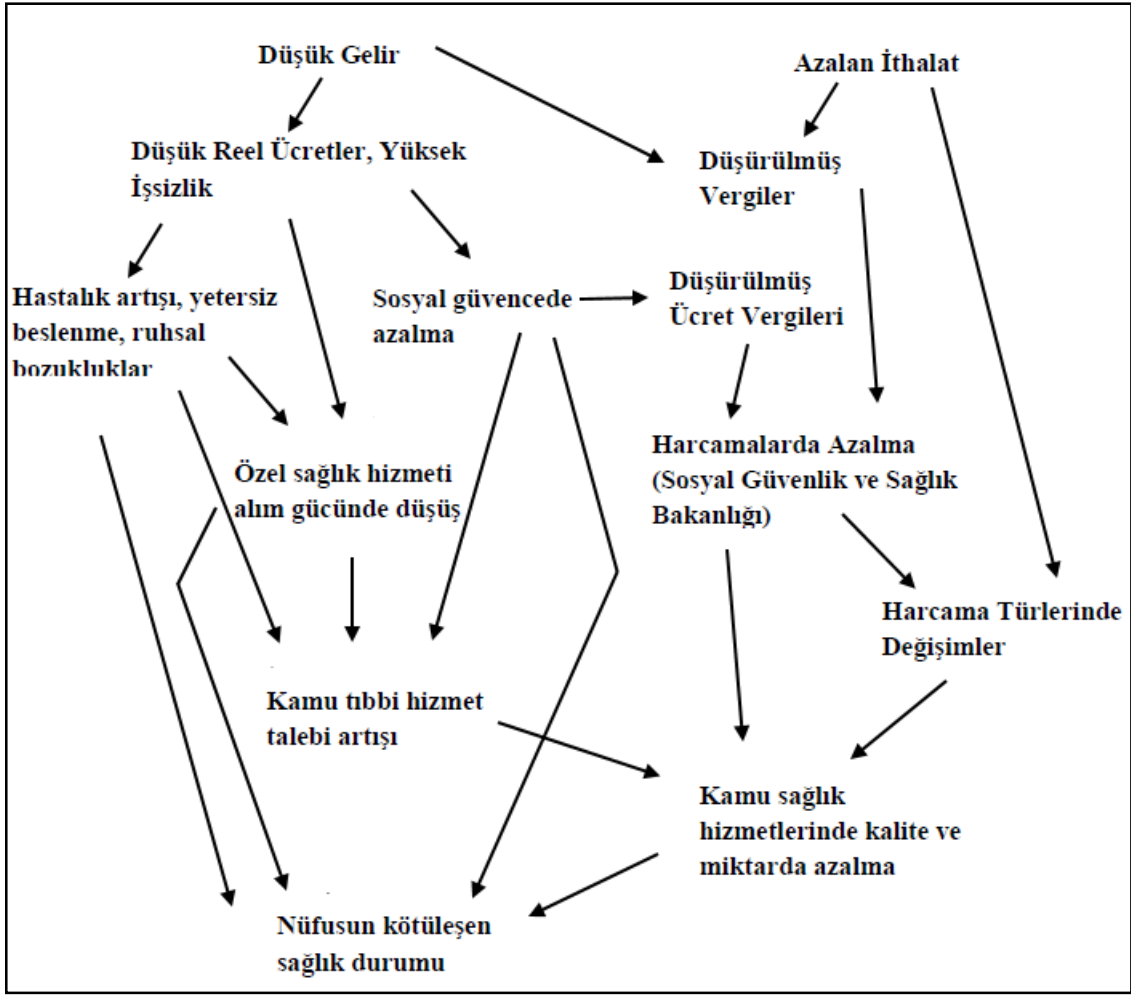
**Kaynak:** “Sandra Hopkins, “*Economic Stability And Health Status: Evidence From East Asia Before And After The 1990S Economic Crisis*”, **Health Policy**, Vol: 75, No: 3, 2006, p.348.”

Ekonomik krizlerin toplum sağlığına olan olumsuz etkisi ele alınacak olunursa ekonomik krizlerin kamu harcamaları ve hane gelirlerini olumsuz etkilemesi savunmasız durumda olan kitleler üzerinde çok daha yıkıcı etki bırakmıştır. Nüfus üzerindeki etkiler birkaç yıl bulabilmekte toplum ruh sağlığı ve bulaşıcı hastalık oranları üzerinde durulmaktadır. Ekonomik dalgalanmalar ve sonuçları karşısında savunmasız durumda kalan akıl sağlığı olgusundaki olumsuz etkiler intihar vakalarında artışa neden olabilmektedir. Yine çocuk sağlığında da olumsuz etkilere rastlanmakta, bu gibi dönemlerde bebek ölüm hızlarında düşüş yaşanabilmektedir. Tüm bunların yanında kişilerin daha uygun fiyatlı alternatiflere yönelmesi, ulaşımda toplu taşımacılığı tercih etmeleri sonucunu doğurmuş, bu durum trafik kazaları oranında düşüş sağlayarak krizin olumlu bir sonucu olarak görülmüştür (Economou vd., 2014).

Bir başka ekonomik kriz örneğinde krizin uzun vadeli etkileri değerlendirilirken mevcut veriler ele alındığında mortalite üzerinde kısa vadeli olumsuz bir etki olmadığı görülmüştür. Ancak yine birkaç zorluktan söz edilecek olunursa, sağlık sektörüne yönelik istikrarlı ve sürdürülebilir finansman zorluğu ile sağlığa ilişkin kamu harcamalarının artışından söz edilebilmektedir (Taube vd., 2014).

Ekonomik krizlerin, tıbbi hizmetlerin kullanımı üzerindeki etkisi, bireylerin sağlığı ve bakımı için yapmış oldukları ödemeler üzerinde oldukça fazladır. Ekonomik sıkıntılar arasında özellikle işsizlik, sağlık üzerinde ciddi olumsuz sonuçlara neden olabilir. Buna ek olarak, bireylerin sağlık hizmeti alma eğilimleri, mali kaynakların azalmasına paralel olarak düşüş gösterebilmektedir. Ayrıca kriz dönemi birbirinden farklı sonuçlar yaratabilmekte; sağlık hizmeti sunumunda daha fazla kaynak kısıtlamaları nedeniyle sağlık bakımında azalma, ciddi sağlık kaybı ve daha fazla zaman kullanımı sayesinde bakımda artıştan söz edilebilmektedir (Lusardi vd., 2010).

Ekonomik krizin salgın hastalık boyutu ile ilgili olarak kitlesel ölüm, arz ve talep yanlı etkilerinin olması ve dolayısıyla büyüme oranlarını etkilemesi yönüyle ekonomik kriz ile sonuçlanabilecek olan salgın hastalık döneminin, gelişmiş ülkelerde, ekonomik kilitlenmeyi aşmak amacıyla destek paketleri sunularak ve para ve maliye politikaları geliştirilerek aşmakta olduğu, dönemin olumsuz etkileri olarak işsizlik, yoksulluk ve resesyon ile mücadele edilebildiği söylenebilmektedir. Küresel bir sorun olarak pandemi için yalnızca ulusal çerçeveden değerlendirmede bulunmak yanlış bir yaklaşım olmakla birlikte bu ve benzeri iklim değişimi, yoksulluk ve virüs gibi küresel sorunların çözümünde çok taraflı işbirliği, küresel toparlanmanın sağlanması açısından hayati öneme sahiptir. Sosyal ve ekonomik bozulmaya karşı para ve maliye politikaları ile istikrarın korunması için kararlı bir şekilde hareket edilmesi ve buna bağlı olarak küresel işbirliği önem kazanmaktadır (Bingöl vd., 2020). Şekil 2.9'da ekonomik krizlerin ülke sağlık durumuna etkisi gösterilmiştir.



**Şekil 2.9: Ekonomik Krizin Sağlık Durumu Üzerindeki Doğrudan ve Dolaylı Etkilerinin Şematik Görünümü**

**Kaynak:** “Philip Musgrove, “*The Economic Crisis And Its Impact On Health And Health Care In Latin America And The Caribbean*”, **International Journal of Health Services**, Vol: 17, No: 3, 1987, p.424.”

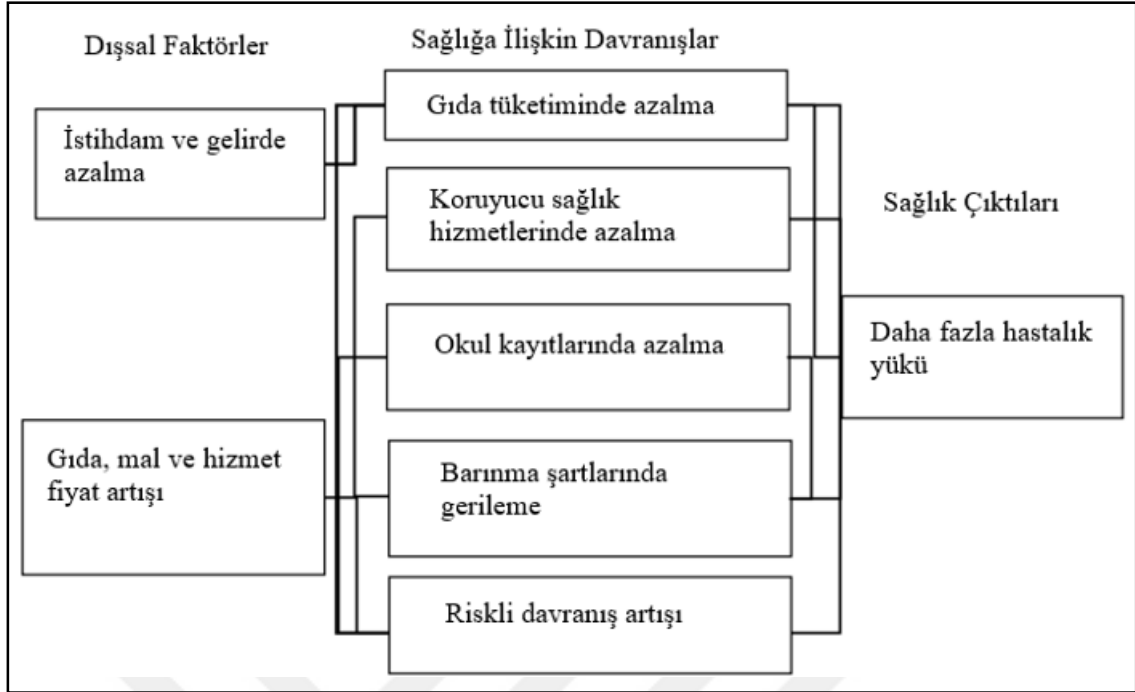
Ek olarak yoksul olmayıp sağlık dışında kalan harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen yoksulluk sınırından küçük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler” olarak nitelenmekte olup bu oranın tespiti için hanehalkının sağlık harcamasının ödeme kapasitesine (hanenin geçinme sınırı dışında kalan harcaması) oranı hesaplanmaktadır (Alacahan vd., 2019). Sağlık harcamaları yönünden konu ele alınacak olunursa bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilme amaçlı, cepten ödeme yapmak durumunda kalmaları neticesinde ödedikleri miktar gelir düzeyleri ile kıyaslandığında çok yüksek olabilmekte ve bu durum haliyle

hanehalkı için finansal bir kriz ortamı yaratabilmektedir. Sağlık hizmeti için harcanan para kimi zaman hanehalkının yiyecek, giyecek veya eğitim için ayırmış oldukları payı azaltabilmektedir (Çelik, 2019).

#### **2.10.2.2. Sağlık İşletmeleri Açısından Ekonomik Kriz**

Sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde sunulması, her zaman oldukça tartışmalı bir konu olmuş ve özellikle son yıllarda, demografik faktörler ile iyi gitmeyen hükümet bütçeleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları üzerinde kaynakların tahsisi yönünde baskı oluşturmaktadır. Özellikle krizin etkisiyle kişi başına düşen gelirin önemli ölçüde azaldığı bu dönemde, sağlık harcamaları yoksullar ve sigortasızlar için gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri açısından olumsuz hal yaratmakta bu durumda uygulanan politika değerinin en üst düzeye çıkarılması önem kazanmaktadır (Kaitelidou vd., 2016).

Krizin etkileri sağlık durumuna birkaç şekilde yansımakta olup, bu etkiler azalan gıda tüketimi, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha düşük kullanımı, okul kayıt oranlarının düşmesi, barınma şartlarında gerileme, yüksek riskli davranışların artışı sayılabilmektedir. Krizle ilgili bu faktörler hükümetin etki alanını kısıtlamakta, ek olarak nüfusun artan sağlık hizmeti ihtiyaçlarının etkin bir şekilde karşılanması ve özel sağlık sektörü işleyişi için tehdit unsuru oluşturmaktadır. Buna rağmen koşullar, büyük ölçekli sağlık reformu gerçekleştirmek için bir fırsat yaratmaktadır. Konuyla ilgili olarak Hotchkiss ve Jacobalis ekonomik krizin sağlığa etkilerini Şekil 2.10'daki gibi modellemiştir (Hotchkiss & Jacobalis, 1999).



**Şekil 2.10: Ekonomik Kriz ve Sağlık Statüsüne Etkisi**

**Kaynak:** “David R.Hotchkis and Samsi Jacobalis, “*Indonesian health care and the economic crisis: is managed care the needed reform?*”, **Health Policy**, Vol: 46, 1999, p.201.”

Küreselleşen dünyada, ekonomik krizlerden hemen hemen her sektör etkilenmekte, buna paralel olarak sağlık sektörünün de doğrudan ya da dolaylı etkilendiği söylenebilir. Özellikle dış finansman kullanımının görüldüğü özel hastanelerin, ek olarak dövizle tıbbi cihaz ve araç gereç temin eden sağlık kuruluşlarının bu krizlerden etkilenebilme ihtimali oldukça yüksektir. Sağlık sektörü içinde kaynak kullanımı en yüksek kurumlar arasında olan hastanelerin, kamu veya özel fark etmeksizin kullandıkları kaynak büyüklüğü, sektörün rekabete açık olması ve özellikle ekonomik kriz dönemlerindeki pozisyonları açısından finansal performanslarının ölçülmesi ve sonrasında hedeflenen kârlılık seviyelerine nasıl gelinebileceğinin cevabının aranması gerekmektedir (Gider, 2011).

Ekonomik krizlerin tam etkisi halk sağlığında birincil sağlık kullanımlarına geri dönüş etkisi yaratmıştır. Ayrıca gereksiz hizmet kullanımı ve temel sağlık bakımı insanlar ve sistem için çok maliyetli sayılmaktadır. Yine bu dönem hızlı enflasyon ve işsizlik artışı sağlık hizmetlerini pek çok kişi için karşılanamaz hale getirmiştir (Devi,

2020). Bununla birlikte, bu zorluklar, sağlık hizmetleri sistemlerinin performansını iyileştirmek için sağlık hizmetleri politikaları geliştirerek verimliliği artırmak için bir fırsat ve motivasyon olarak düşünülebilir. Bu tür reformasyonların amacı; pahalı, verimsiz, güvensiz ve eşitsiz olduğu kanıtlanmış politikaları ortadan kaldırmaktır. Sağlık kurumlarının ciddi ve iyi planlanmış bir şekilde yeniden düzenlenmesinin, gelecekte nüfusun sağlık durumunu iyileştirmede ve erken aşamalarda sağlık sorunlarının üstesinden gelmede son derece etkili olduğu söylenebilmektedir (Notara vd., 2013).

Yapılan bir araştırmada hastane sektörünün kriz dönemi çok çeşitli yönden etkilendiği görülmektedir. Maliyet kontrol çabaları arasında, hastane gelir dağılımında yeniden yapılanma veya var olan kurumlara yönelik yatak kapasitelerinin düşürüldüğü söylenebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin kapsamında kaynak dağıtımında iyileştirmeler söz konusu olmuştur. Yeniden yapılanma insan kaynakları yönetimi alanında da mevcut olmakla birlikte birinci basamak hizmetlerde iyileştirmelere gidilmiştir. Başta ilaç harcamaları olmak üzere cepten yapılan ödemelerde artış meydana gelmiştir. Özellikle kriz dönemi kişi başına düşen gelirin azalması, yoksul ve sigortasız kesimde sağlık hizmetlerinden mahrumiyet hali yaratmış, orantısız bir durum ortaya çıkmıştır (Kaitelidou vd., 2016).

Kriz dönemi hastanelerin yeniden yapılandırma süreçlerinde, özellikle insan kaynakları yönetiminin etkilendiği görülmektedir. Bu durum işten çıkarmalar veya çalışanların motivasyonunda negatif etki ile sonuçlanabilmektedir. Bahsedilen memnuniyetsizlik hali, hasta ve çalışan arasındaki etkileşimi de aynı yönde olumsuz etkilemektedir. Kalite ve güvenlik yönünden negatif seyreden kurumlar, personel yönetimi ve teknolojik yenilikler ile süreç iyileştirmelerine yönelmekte, bu durum haliyle özel harcamalar ile maliyet artışına sebebiyet vermektedir (Sussman vd., 2010).

### **2.10.2.3. Ekonomik Kriz Toplum Sağlığı Boyutu**

Emeğin ekonomik yönü haricinde korunması gerektiği öne sürülen diğer bir tarafı ise ruhsal durumudur. İçinde bulunulan dönemde kalabalık şehirlerin sunduğu stresli ve zorlu hayat şartları insanlarda ruhsal açıdan çöküntülere sebep olabilmekte bunun sonucunda depresyon ve stres gibi yaşam kalitesini aşağıya çeken durumlar söz konusu olabilmektedir. Profesyonel bir destek almaktan kaçınan birey için karşılaşılabilecek olumsuzluklar da artış gösterecektir (Atila & Çelikkaya, 2020).

Ekonomik krizlerin makro büyüklükler üzerindeki etkilerine ek olarak toplumsal ve sosyal yaşam üzerindeki etkileri de ciddi ölçüde olup değerlendirilmeye açık boyuttadır. Sonuç olarak iktisadi karar birimleri sosyal hayatın bir parçasıdır. Ekonomik krizler başta bireylere yönelik değişimler olmak üzere toplumsal davranış kalıplarında bir takım değişiklikler meydana getirir. Birey davranışlarında meydana gelen farklılıklar kendisi ile sınırlı kalmayıp başta aile olmak üzere sosyal çevreyi belli bir ölçüde yansıtmış olacaktır. Ekonomik krizin belirmesiyle meydana gelen olumsuz düşünceler kişilerin kaygı, korku, öfke, endişe, gerginlik, yalnızlık, çaresizlik, risk almamak, isteksizlik, yetersizlik ve güvensizlik, motivasyon azalması şeklinde duygu ve davranışlarını artıracaktır (Kanberoğlu & Kara, 2013). Kriz halinin psikolojik etkileri göz önünde bulundurulduğunda, öfke ve kaygı halinin kişilerde krizde yaşanan kayıplara paralel olarak kendini göstermektedir. Bu durum işsizlik olgusunun önüne geçilmesi gerekliliğini ortaya koymakta buna yönelik sigorta sistemleri ve sosyal destek mekanizmalarının önemi gündeme gelmektedir (Karagüven, 2009).

Politika yapıcıların büyük bir kısmı krize karşı kemer sıkma önerisi olmakta bunun devamlılığı ruh sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Güçlü ülkeler kriz söz konusu olduğunda, sağlık ve sosyal harcamalarda maliyet azaltma yoluna başvurmak yerine yatırımda bulunduğu sosyal koruma tedbirlerine yönelmektedir. Ayrıca kişiler için stres faktörlerinden söz edilen kriz döneminde, kriz döneminin ve bütçe kesintilerinin etkisi ile psikiyatri hizmetlerinin de olumsuz etkilendiği söylenebilmektedir. Bu durumda akıl sağlığını korumaya yönelik hizmetlerin sunumunu durdurmak yerine nüfus ihtiyaçlarının karşılanabilmesi amacıyla planlayarak dağıtılması gerektiği söylenmektedir (Hal, 2015). Ekonomik kriz dönemlerinde ortaya çıkan sosyal koşullar sağlık beklentilerinin azalmasına ve bu beklentilere ulaşmak için daha fazla kişisel çaba sarf edilmesine neden olabilir. Nüfusun ruh sağlığı sorunlarının; kolaylaştırıcı bakım modelleri, erken tespit ve entegre müdahalelerin varlığı ile buna yönelik sosyal müdahalelerin evrensel, erişilebilir ve uygun fiyatlı olmasının sağlanması oldukça önemlidir (Silva vd., 2018).

Küreselleşmeye bağlı olarak ülkelerin ekonomik olarak yakınlıklarının artması sonucunda yaşanan ekonomik krizler ekonomik etkileri sonucunda tüm sosyoekonomik hayatı etkilemektedir. Ekonomik krizlere ilişkin olumsuz sonuçların etki alanları büyüdükçe yaşanan bu gibi krizler önemli bir sosyal sorun olarak kabul edilmektedir.

Buna yönelik olarak ekonomik krizlerin ülke üzerindeki etkileri krizin belirgin hale gelmesiyle birlikte ortaya çıkmasına rağmen, bu etkiler kısa ve uzun dönemde çeşitli pek çok durum için farklı özellikler taşıyabilmektedir (Bakan vd., 2011). Ekonomik krizlerin ruh sağlığı sorunlarındaki artan oranlar da dahil olmak üzere, bireylere yönelik sağlık açısından edinilen sonuçlar endişe verici olmaktadır. Krizler neticesinde görülen intihar ve salgın durumlarından, işsizlik veya ekonomik koşulların yansıması olarak söz edilebilmektedir (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Ekonomik krizin sebebiyet verdiği etkilerin de söz konusu sebepler arasında gösterilebileceği toplum ruh sağlığını belirleyen etmenler Tablo 2-7’de gösterilmiştir.

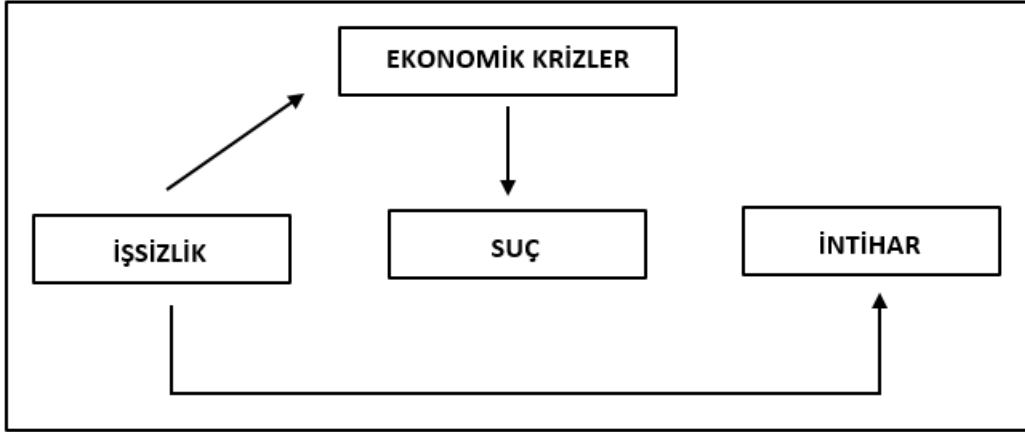
**Tablo 2-7: Toplum Ruh Sağlığı Belirleyicileri**

| Koruyucu Faktörler                          | Risk Faktörleri                                                                                                                  |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosyal sermaye ve refahın korunması         | Yoksulluk, zayıf eğitimi, yoksunluk, yüksek borç                                                                                 |
| Doğum öncesi kontroller ve çocukluk çevresi | Gebelikte kötü beslenme, istismar, şiddet içeren yetiştirme tarzı, anne baba ile zayıf ilişki, ruh sağlığı sorunlarının aktarımı |
| Sağlıklı iş yeri ve yaşam alanı             | İşsizlik, güvensiz iş ortamı, iş stresi                                                                                          |
| Sağlıklı yaşam standartları                 | Alkol ve/veya madde kullanımı                                                                                                    |

**Kaynak:** “*Impact of economic crises on mental health*”, (2022, 1 Mart).

Çok sayıda işsizlik ve düşük gelir seviyesi ve artan ölüm oranları ile intihar eğilimleri, ruhsal bozukluklar, değişen yeme alışkanlıkları ve aşırı tütün ve alkol tüketimi arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Genel toplum sağlığı üzerindeki yukarıda belirtilen etkiler, halk sağlığı hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Ek olarak, sağlık harcamalarındaki kesintilerin minimum malzeme ile yüksek düzeyde hizmet sunumunu gerçekleştirmeleri önerilen sağlık profesyonellerini doğrudan etkilediği söylenebilmektedir. Sonuç olarak, ekonomik kısıtlamaların personel, ekipman ve tesis eksikliği gibi kalite güvencesi üzerinde olumsuz bir etkisi olması muhtemeldir (Notara vd., 2013). Ruh sağlığı konusunda deformasyonlara ek olarak bulaşıcı hastalıkların da yaygınlığı ekonomik kriz dönemlerinde artış göstermektedir. İşsizlik artışı neticesinde bulaşıcı hastalıklar çoğalması hastaneye başvuruları da aynı şekilde artırmıştır (Gool & Pearson, 2014).





**Şekil 2.11: Nedensellik Analizinin Sonuçlarının Şekilsel Gösterimi**

**Kaynak:** “Muhammet Atila ve Süha Çelikkaya, “*Ekonomik Krizlerin Toplumsal İzdişümü: Türkiye’de Yaşanan Ekonomik Krizlerin İşsizlik, Suç ve İntihara Yansımaları*”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi**, Cilt: 11, Sayı: 26, 2020, s.255.”

Toplum sağlığına yönelik olumsuz etkilerin yanında spesifik olarak çalışan sağlığına olan etkilerden de söz edilmesi mümkündür. Toplumda bulunan yüksek düzeydeki eşitsizlik, güvencesizlik ve işsizlik karşısında çalışan sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler de ağırlaşmaktadır. Eşitsizliğe bağlı olarak, tüm çalışanlar üzerinde krizlerin olumsuz sağlık etkileri aynı biçimde ve benzer düzeyde etki bırakmamaktadır. Krizin ağırlaştırdığı nedenlere ve güvencesizliklere bağlı olarak ekonomik ve sosyal yönden zayıf olan çalışanlar sağlıklarını daha çok kaybetmekte bunun neticesinde yaşam sürelerinde kısalma gözlenmektedir. İşletmelerin kriz koşullarına uyum sağlamak amacıyla yeniden yapılanmaya yönelmesiyle; işten çıkarılma, iş yükünün artması, güvencesiz ve düzensiz nitelikte olan işlerde istihdamın yaygınlaşması, işlerin ve çalışanların bir kısmının tedarikçi ve taşeron işletmelere aktarılması gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Kapar, 2012).

Türü her ne olursa olsun, yaşanan kriz süreçlerinin uluslararası, ulusal, siyasi ve sosyal boyutları bulunmaktadır. Bazen uluslararası çıkar çevrelerinin etkileri, bazen kredi derecelendirme kuruluşlarının verecekleri not, bazen de yürütme gücünü elinde bulunduranların tutumları piyasaların dengesini değiştirebilmektedir (Özdemir, 2013).

İşçi ve genel nüfusun sağlığını kötüleştiren ve gittikçe artan işten çıkarmalar ve bütçe kesintilerinde artış meydana getirmiş, bu durum iş güvensizliği ile işsiz kalma korkusuna bağlı stresin çoğalmasına sebebiyet vermiştir. Yine artan iş yükü, üstün vardiya sayısı ve çalışma saatleri, birçok işçi için ücret ve iş tatminsizliğinin gelişmesine, tükenmişlik sendromu oluşumuna neden olmuştur. İşle ilgili bahsedilen bu gibi stres durumları, fiziksel olarak da etki etmekte hipertansiyon gibi patolojik durumları beraberinde getirmektedir (Mucci vd., 2016). Örnek olarak 2008 küresel ekonomik krizi sonucunda departmanlar arası ilişkilerin düzeyinin azaldığı, kararların nitelik olarak olumsuz etkilendiği, bilgi donanımlı personelin kaybedildiği, yetkilerde ve sorumluluklarda karmaşa yaşandığı, işletmenin amaca yönelik çalışmalarında zorluk yaşadığı, işletmenin kapasitesinin altında üretim yaptığı, çalışanların moralinin bozulduğu, yöneticilerin ve personelin psikolojik sorunlar yaşadığı, personelin değişimlere karşı olumsuz tutumlarının arttığı ve kriz nedeniyle işletmenin toplumsal imajının ve itibarının zedelendiğine değinilmektedir (Özdemir, 2013).

Küreselleşme süreci finansal piyasaların entegrasyonunu ve finansal serbestleştirmeyi de beraberinde getirmiş bunun sonucunda ülke ekonomileri daha kırılgan bir yapıya bürünmüş, dünyanın herhangi bir yerinde meydana gelen bir ekonomik krizin etkileri diğer ülkelerde de kendini göstermiştir. Bu bağlamda ekonomik krizlerin sıklığı ve sayısı gitgide artmış, ülkeler daha kısa aralıklarla krizlere maruz kalmışlardır. Yine krizlerin; işsizlik, enflasyon, kur artışı, üretimde daralma, ekonomik durgunluk, iflasların artması, gelir dağılımı ve satın almada bozulma, dış ticaret darlığı gibi makroekonomik etkilerinin yanı sıra sosyoekonomik etkiler şeklinde adlandırılan çok geniş bir alanda da olumsuz etkileri söz konusudur (Ayla vd., 2019). Ayrıca ekonomik krizi de beraberinde getiren kriz türü olarak salgın hastalığın yol açmış olduğu ruhsal etkilerden de söz etmek mümkündür. Hastalığın yayılımını önleme amaçlı sosyal mesafenin azaltılması halinde; ülkeler, kurumlar ve bireyler daha çok teknolojik araç ve gereçler kullanarak eğitim, üretim ve sosyal yaşama yer vermeye yönelmektedirler. Bahsedilen teknolojiye yönelme hali kişilerde içe kapanma ile sonuçlanabilmektedir (Alpago & Alpago, 2020).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın önemi ve hangi amaç doğrultusunda yapıldığı, araştırma modeli, araştırmanın sınırlılıkları ile evren ve örnekleme, veri toplama süreçleri, kısıtlılıklar, geçerlik ve güvenirlik ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

#### 3.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Özel hastane işletmelerinin gelişim gösterdiği günümüzde, ekonomik faktörlerin diğer sektörlerle olduğu kadar sağlık sektörüne de etkisi yadsınamaz bir gerçektir. Tarihin en eski kurumları arasında gösterilen hastaneler için yönetim, işletmenin amaçlarını ekonomik yönden verimli ve etkili olarak gerçekleştirebilme amacıyla; planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarına ilişkin ilke, teori, model ve teknikleri sistematik ve bilinçli bir şekilde uygulamayı hedeflemektedir. Araştırmanın konusunu çok geniş perspektifte ele almanın, araştırmanın amacını olumsuz etkileyeceği düşünülerek, konu ekonomik krizler ile sınırlandırılmış ve sağlık hizmetleri içinde hastane sektörü baz alınmıştır. Ayrıca çalışmanın kapsamı ekonomik krizlerin, hastane işletmelerine olan etkisiyle sınırlı hale getirilmiştir (Bengtsson, 2016).

Ekonomiklik kavramı gereği, çok farklı ve pahalı girdiler ile çalışan hastane işletmeleri; hizmet niteliği de göz önünde bulundurularak kaliteden ödün vermeden, bu girdileri en uygun fiyat ile temin etmeye çalışmaktadır. Haliyle bu girdileri olması gerekenden daha yüksek fiyat ile almak veya aksi bir durumda hizmet kalitesinden ödün vererek ucuza temin yöntemi izlemek kurumu en başta olumsuz etkilemekte ve bu durum ilerleyen zamanlarda hizmetin her aşamasında etkisini göstermektedir (Ağırbaş, 2016).

Buna yönelik ulusal ve uluslararası literatürdeki çalışmalar ekonomik krizlerin sağlığı pek çok yönden etkilediğini göstermektedir. Ekonomik kriz etkilerinin günümüzde de sürdüğü düşünülürse, bölgesel ve uluslararası önlemlerin yanında, ülkemizde ulusal düzeyde çeşitli önlemler alınmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Fakat bahsedilen çabalar, özellikle gelişmekte olan ülkeler düzeyinde, toplumları ve savunmasız grupları yalnızca ekonomik açıdan değil, sosyal açıdan ve sağlık açısından da krizin olumsuz etkilerinden korumak için yeterli gözükmemektedir. Bu açıdan bakıldığında, sağlığın belirleyici sosyoekonomik faktörlerinin bulunduğu

söylenebilmektedir. Yeterli eğitim, altyapı, gelir güvencesi, adil gelir dağılımı, sosyal adaletin sağlanması, barınma, beslenme, iş güvencesi ve güvenli çalışma ortamı gibi bu faktörler ile sağlık yapılanmasının sürekli olarak iyileştirilmesi ve bu iyileştirmelerin sürdürülmesi gerekmektedir. Bunun yanında, kamunun sunduğu sağlık güvencesine, ulaşılabilir temel sağlık hizmetlerinin varlığına ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması için hem uluslararası hem de ulusal düzeyde tüm sektörlerin katılımına, daha fazla araştırmaya ve çabaya, geçmiş deneyimleri göz önüne almaya gereksinim duyulmaktadır (Çaman & Çilingiroğlu, 2009).

Hemen her sektöre olumsuz yansımalarının olabileceği öngörülen ekonomik krizlerden sağlık sektörünün de doğrudan ya da dolaylı olarak etkilendiği düşünülmekte, bu süreçte özellikle dış finansman kullanan özel hastanelerin, dövizle tıbbi cihaz ve araç gereç temin eden sağlık kuruluşlarının mali kayıpla karşılaşabilmesi muhtemeldir. Sağlık sektörü içinde kaynak kullanımının en yoğun olduğu hastanelerin, kamu veya özel fark etmeksizin kullandıkları kaynak büyüklüğü, sektörün rekabete açık olması ve özellikle ekonomik kriz dönemlerindeki pozisyonları açısından finansal performanslarının ölçülmesi ve daha sonra istenen kârlılık seviyelerine nasıl gelinebileceğinin cevabının aranması gerekmektedir (Gider, 2011).

Özellikle son dönemde yaşanan pandeminin, turizm sektörüne olan olumsuz etkileri dolaylı olarak sağlık turizmine de yansımış ve özel hastane işletmeleri için gelir kaynağı olarak görülen yabancı hasta payına etki etmiştir. Dolaylı olarak sağlık turizmine ve sağlık ekonomisine etkilerinden söz edilebilecek diğer bir alan olarak gösterilen turizm sektöründen; küresel jeopolitik belirsizlik, pandemi, ekonomik dalgalanma ve salgın hastalıklara karşı oldukça duyarlı bir sektör olarak söz edilmekte ancak yapılan çalışmalar sektörün hızlı toparlandığını, bazı durumlarda küresel krizlere rağmen iyi performans gösterdiğini de ortaya koymaktadır. Buna karşılık Covid-19 virüsü ise daha önce hiç rastlanmamış bir salgın hastalık olarak ifade edilmektedir. Herhangi bir tahmin yürütmenin zor olduğu şu dönemde, karşılaştırma yapılacak verilere dolayısıyla henüz ulaşılmamış ancak kısıtlamalarından dolayı diğer krizlere göre etkisinin daha yüksek oranda seyredeceği öngörülmüştür (Bahar & İlal, 2020).

Araştırmanın konusu oluşturulurken son dönemlerde yaşanan döviz krizleri, salgın hastalık etkisinin yaratmış olduğu kriz, politik açıdan yaşanan olumsuz gelişmeler ve tüm bunların sağlık hizmetleri sunumunda yaratmış olduğu etki büyük rol

oynamıştır. Tüm dünyada pandemi sürecinin başlaması ve ekonomik krizi beraberinde getiren bu olgunun özellikle sağlık sektörünü doğrudan ve uzun soluklu etkilemesi, yönetim stratejilerinde krizin göz önünde bulundurulması gerektiğinin önemli bir göstergesi olmuştur. Literatürde üst düzey yöneticilerin konu ile ilgili stratejilerinin yer aldığı bir çalışmaya rastlanmamış olup, bu bağlamda ilgili tez çalışması ile ekonomik kriz ve bu krizlerin alt başlığı olarak gösterilebilecek salgın döneminin, özel hastane işletmeleri yöneticilerine yönelik fikirlerini ortaya koymak ve literatüre bu doğrultuda katkı sağlamak amaçlanmıştır. Çalışma ayrıca muhtemel ekonomik kriz dönemleri için özel hastane işletmelerine yol göstermesi ve ilgili kişilerin deneyimlerini içermesi açısından oldukça önem taşımaktadır.

### 3.2. Evren ve Örneklem

Sanayileşmenin yoğun gözlendiği İstanbul ili için ekonomik kriz etkileri ve bunun yanında son dönemlerde dolaylı olarak ekonomiyi ve sağlık ile ilişkili sektörleri derinden etkileyen pandemi krizinin etkileri doğrultusunda, çalışmada elde edilecek verilerin sağlıklı veriler olacağı düşünülmüştür. Buna istinaden araştırmanın evrenini İstanbul ilinde bulunan tüm özel hastaneler; araştırmanın örneklemini ise İstanbul ili sınırları içindeki 10 adet özel hastane ve aralarında İş Geliştirme Yöneticisi, Pazarlama Müdürü, Mali Direktör, Genel Müdür Yardımcısı, Genel Müdür ve İdari Müdür bulunan farklı üst düzey yöneticiler oluşturmaktadır.

Örnekleme oluşturan hastane ve yöneticiler seçilirken göz önünde bulundurulan özellikler arasında hastanelerin İstanbul ilinde yer alan farklı özellikte konumları, yöneticilerin ilgili kurumlarda üst düzey pozisyonlarda çalışarak yönetim süreçlerine olan hâkimiyeti bulunmakta ve bu özellikler, örnekleme maksimum çeşitlilik ve güvenilirlik kavramlarını desteklemektedir. Bahsedilen çeşitlilik, seçilen örnekleme mümkün olduğunca birbirinden ayırmakta; coğrafi konum, çalışma alanı gibi başlıklarda kategorize ederek örnekleme düzeyini artırmaktadır. Maksimum çeşitliliğe dayalı bir yöntemde amaç, çeşitlilik gösteren durumlar arasında herhangi ortak veya paylaşılan olguların olup olmadığını bulmaya çalışmak ve bu çeşitlilik doğrultusunda problemin farklı boyutlarını ortaya koymaktır (Yıldırım & Şimşek, 2018).

Araştırmaya konu olan hastane ve yöneticilerin özellikleri Tablo 3-1 ve Tablo 3-2’de detaylandırılmıştır. Tablolarda yer alan bilgiler, araştırmaya konu olan hastanelerin resmi internet sitelerinden alınan kurum bilgileri ve görüşme esnasında kişilerin

kendilerinden alınan pozisyon bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır. Burada gönüllülük ve gizlilik esası doğrultusunda, araştırmaya katılan yöneticilerin kişisel bilgileri ve temsil etmiş oldukları kuruma ait tanımlayıcı bilgiler gizli tutulmuş, isimler kodlanarak araştırmanın bulguları ifade edilmiştir. Buna göre ilgili görüşmeciler, sektörde 10 yıldan fazla deneyim sahibi olmakla birlikte, 1 kişi kadın olmak üzere 9 erkek yöneticiden oluşmaktadır. Bu kişilerin ikisi iş geliştirme yöneticisi, ikisi pazarlama müdürü, ikisi mali direktör, ikisi genel müdür yardımcısı, biri genel müdür, biri idari müdür pozisyonlarında çalışmaktadır. Hastanelerin konumlandıkları yer İstanbul il merkezi olmakla birlikte, merkeze yakınlık durumları ulaşım baz alınarak tabloda ayrıca belirtilmiştir. Zincir hastane kategorisinde yer alan hastanelerin şube sayıları ve bağlı bulunan tıp merkezi sayıları gösterilmektedir. Görüşme yapılan hastanelere ilişkin veriler, ilgili yöneticilerin yönetimini kapsayan alan doğrultusunda, grup bazında veya şube bazlı değerlendirilmiştir. Görüşme yapılan yöneticiler belirlenirken, hastane yönetiminde doğrudan rol almaları, sektör bilgilerinin olması ve deneyim unsurları göz önünde bulundurulmuştur. Yine hastanelerin, belirli yatak sayısına sahip farklı pek çok branşı içeren kurumlar olmasına dikkat edilmiştir.

**Tablo 3-1: Kurum ile İlgili Genel Bilgiler**

| Şehir Merkezine<br>Uzaklık | Kod | Hastane<br>Şube<br>Sayısı | Tıp<br>Merkezi<br>Sayısı |
|----------------------------|-----|---------------------------|--------------------------|
| Merkeze Uzak               | A   | 2                         | 0                        |
| Merkeze Uzak               | B   | 1                         | 1                        |
| Merkeze Uzak               | C   | 4                         | 0                        |
| Merkeze Yakın              | D   | 1                         | 3                        |
| Merkeze Yakın              | E   | 2                         | 1                        |
| Merkeze Yakın              | F   | 2                         | 1                        |
| Merkeze Yakın              | G   | 6                         | 1                        |
| Merkeze Yakın              | H   | 30                        | 0                        |
| Merkeze Yakın              | K   | 13                        | 1                        |
| Merkeze Yakın              | L   | 11                        | 2                        |

**Tablo 3-2: Hastane Yöneticileri ile İlgili Kişisel Bilgiler**

| Kod | Cinsiyet | Pozisyon                 | Mesleki Tecrübe |
|-----|----------|--------------------------|-----------------|
| A1  | Erkek    | İş Geliştirme Yöneticisi | 10 Yıl ve Üzeri |
| B2  | Erkek    | İş Geliştirme Yöneticisi | 10 Yıl ve Üzeri |
| C3  | Erkek    | Pazarlama Müdürü         | 10 Yıl ve Üzeri |
| D4  | Kadın    | Pazarlama Müdürü         | 10 Yıl ve Üzeri |
| E5  | Erkek    | Mali Direktör            | 10 Yıl ve Üzeri |
| F6  | Erkek    | Mali Direktör            | 10 Yıl ve Üzeri |
| G7  | Erkek    | Genel Müdür Yardımcısı   | 10 Yıl ve Üzeri |
| H8  | Erkek    | Genel Müdür              | 10 Yıl ve Üzeri |
| K9  | Erkek    | Genel Müdür Yardımcısı   | 10 Yıl ve Üzeri |
| L10 | Erkek    | İdari Müdür              | 10 Yıl ve Üzeri |

Araştırma için katılımcılar seçilirken, ilgili görüşmecinin hastane yönetim süreçlerine hâkimiyeti belirleyici etmen olmuştur. İstanbul ili özel hastane kapasitesi açısından önde gelen bir il olması sebebiyle bu bölgede araştırma yapılması tercih edilmiş, bölgede yer alan on hastaneye ait on üst düzey yönetici ile görüşmeler sağlanmıştır. Hastane yöneticileri ile görüşmeler sırasında, görüşülen kişilerden farklı görüşmeciler için iletişim bilgileri toplanmış ve öneriler doğrultusunda görüşmeci sayısı artırılarak ilerleme sağlanmıştır. Katılımcının bahsedilen gelir ve gider yönetimi ile alınan yönetim kararlarına ilişkin fikir sahibi olması, verilere ulaşılabilirlik açısından önem taşımaktadır. Ayrıca sektör bilgisi yüksek, uzun süre deneyim sahibi kişiler ile görüşülmesi araştırmada istenen verilere ulaşmada önemli rol oynamaktadır. Burada, özel hastane yönetiminde üst düzey yönetici olarak yer almak, 10 yıl ve üzeri deneyim sahibi olmakla ilişkilendirilebilmektedir. Bu doğrultuda, görüşme öncesinde, kişilere referanslar aracılığı ile araştırmacıya ait bilgiler iletilmiş, ayrıca araştırma konusu ve veri toplama sürecine yönelik gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Yöntemi ve Sınırlılıklar

Nitel araştırma; nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algı ve olayların gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konması doğrultusunda nitel bir sürecin izlenmiş olduğu araştırma olarak tanımlanmaktadır. Burada araştırmacının; esnek olması, toplamış olduğu verilere göre araştırma sürecini yeniden biçimlendirmesi, araştırma deseninin oluşumunda ve verilerin analizinde tümevarıma dayalı yaklaşımı

benimsemesi gerekmektedir. Hastane yöneticilerinin ekonomik kriz dönemlerinde yönetim sürecinde karşılaşmış oldukları yönetsel sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm yolları üzerine yapılan bu araştırma, toplanan verilerin ayrıntılı ve derinlemesine olup, araştırmaya konu olan bireylerin görüş ve önerilerinin doğrudan sunulmuş olduğu nitel bir araştırmadır (Yıldırım & Şimşek, 2018).

Bilimsel sürecin en önemli özelliği bilim insanının herhangi bir sınırlama olmaksızın, kendi potansiyelini kullanabilmesidir. Ayrıca araştırmacılar, standart bir araştırma yöntemi olmasa da yaygın olarak kullanılan yöntemleri benimseyerek veya kendince yöntemler bularak farklı problemlere çözüm bulmaktadır. Sosyal bilimlerde kullanılan nicel yöntemler genellikle evrensel genellemelere ulaşmayı hedeflerken, nitel yöntemler belirgin bir özel alanı inceleme eğilimindedir. Bu durumda, insan ve topluma ait olgu ve olayların, açıklanmaktan çok anlaşılmayı ve keşfedilmeyi bekleyen karmaşık anlamlar dünyası olduğu söylenebilmektedir. Dolayısıyla nitel araştırmalar dünyanın sosyal yönü ile ilgilenmekte ve insanların olay ve olgular karşısındaki davranışlarının nedenleri üzerinde durmaktadır. Topluma yönelik araştırmalarda tercih edilen nitel araştırmalar; kişi ve toplumların gerek birbirlerinden gerekse çevrelerinde olup bitenden nasıl etkilendiği, kültürlerin neden ve nasıl oluştuğu ve geliştiği, sosyal grupların nasıl iletişim kurduğu gibi özellikli sorulara cevap aramaktadır (Baltacı, 2019). Bu bakış açısıyla toplumsal bir olgu olan sağlık kavramı etrafında şekillenen ve ilgili hizmetin sunumunu kapsayan araştırmada nitel analize başvurulmuştur.

Nitel araştırma türü için, bu araştırma türünde önceden belirlenmiş bir kuram ya da hipotez bulunmamakla birlikte tümevarım ilkesinin kapsamında yer alan bir araştırma türü olduğu söylenebilmektedir. Bu araştırma türünün bir gereği olarak literatür kapsamında belirlenen sorular aracılığı ile tanımlayıcı ve ayrıntılı veriler toplanmış olup, probleme ilişkin ana veriler belirlenmiştir. Temalar soruların oluşumu öncesi genel hatlarıyla belirlenmiştir. Ancak nitel araştırma yönteminin özelliği olarak esneklik söz konusu olmuş, ilgili süreçte temalar, değişime uğramıştır (Yıldırım & Şimşek, 2018).

Nitel araştırmanın beş alanı bulunmaktadır: vaka çalışması, etnografi çalışması, fenomenolojik çalışma, temellendirilmiş teori çalışması ve içerik analizi olmak üzere. Bahsedilen bu beş alan, tümevarımsal akıl yürütme ve ilgili metodolojiler üzerine inşa edilmiş araştırmaları temsil etmektedir (Williams, 2007). Çalışmada nitel araştırma



yöntemlerinden “fenomenolojik analiz” yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya konu olan kişilere yönelik deneyimleri olduğu gibi betimleyerek yansıtan nitel araştırma türü olarak fenomenoloji, nesnel gerçekliği deneyimsel gerçekliğe bırakmaktadır. Bu tür araştırmalar, olayların özneliği ile ilgilenmektedir. Katılımcılar ise gerçekliğe yüklemiş oldukları anlamlar ile konuya dahil olmaktadır (Ashworth & Greasley, 2009).

Araştırmanın tasarımı, araştırmacının merak ettiği konulara ilişkin cevapları en iyi şekilde nasıl elde edebileceğine yönelik stratejilerin belirlenmesi, süreçte yaşanan eksiklikler, sahip olunan güçlüklerin öngörülmesi ve bu doğrultuda bir planlamanın yapılmasını içermektedir. Bu kapsamda araştırma öncesi alınan kararlar araştırmanın tasarımını belirlemektedir (Tekindal & Arsu, 2020).

Fenomenolojik çalışmalar, birkaç kişinin bir fenomen veya kavramla ilgili yaşanmış deneyimlerinin ortak anlamını keşfetmektedir. Fenomenolojistler, bir fenomeni deneyimleyen ilgili tüm katılımcılar ile bireysel deneyimlerini evrensel nitelikte bir açıklamaya indirgemektedir. Araştırmacı fenomeni tanımlamakta, fenomenle ilgili deneyim sahibi kişilerden veri toplamakta ve bütün bireylerin deneyimlerinin özünü tanımlayan bütüncül bir betimle ile araştırmaya katılanların neyi nasıl deneyimlediklerini ortaya koymaktadır (Creswell, 2021). Fenomenolojik araştırmalarda başlıca veri toplama aracı olarak görüşme yöntemi kullanılmaktadır. Bazı araştırmalarda ise birden fazla görüşme yapılabilmektedir. Bu tür araştırmalar araştırmacının, ulaşılan bilgileri görüşmeciye teyit ettirme fırsatının olması, geçerlik ve güvenilirliği arttırmaktadır. Fenomenolojik araştırmalarda verilerin analizinde kavramsallaştırma ve tema oluşturma ön plandadır. Betimsel bir anlatım ve sık sık yer verilen doğrudan alıntılar söz konusudur. Buna yönelik ortaya çıkan temalar çerçevesinde elde edilen bulguların yorumlanması amaçlanmaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2018).

Bir içerik analizi için analiz biriminin boyutu, bilgi verenlerin sayısı, çalışılacak nesnelere ilişkin veri miktarı gibi kullanılan belirli bir kriterin olmaması durumuna istinaden ulaşılabilecek maksimum görüşmeciye ulaşılmış ve görüşmeci sayısı her kurum için üst düzey bir yönetici olmak üzere on kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmanın olabilecek en temel, tekrarlanmayan verilerin temin edilebileceği görüşmeciler ile tamamlanması hedeflenmiştir. Ayrıca nitel araştırmalarda evren büyüklüğüne ilişkin kesin bir ölçüt bulunmamaktadır. Yine araştırmada konu kapsamı üç başlık ile

sınırlandırılmış olup bu başlıklar çerçevesinde ilgili konunun dışına çıkılmadan mülakat soruları belirlenmiştir (Bengtsson, 2016).

Araştırmaya katılan grubun büyüklüğüne ilişkin net bir sayı verilmemiştir. Ek olarak katılımcıların sayısı araştırma soruları, bireysel cevapların zenginliği, araştırmacının görüşme becerileri ve araştırma kısıtları çerçevesinde şekillenmektedir. Yorumlayıcı fenomenolojik analiz için öneriler, yeni başlayan öğrenciler ve araştırmacıların veri oluşturma, veriyi analiz edip yorumlama becerilerinin gelişmesi amacıyla tek bir araştırma için 3-6 katılımcı ile gerçekleştirilmesi yönündedir. Daha deneyimli araştırmacılar için ise 4-10 katılımcı ile analizin gerçekleştirilebileceği öne sürülmüştür (Keskin vd., 2021 (Kaynak: Smith vd. 2009 s.1442)).

Fenomenolojik araştırma kapsamında, katılımcıların belirlenme sayıları farklılık gösterebilmektedir. Bu durumda, probleme ve olaya yönelik amaç doğrultusunda alınan bilgilerin doyum noktasına ulaşıldığı sonucuna varılan katılımcı sayısına kadar görüşmeler sürdürülmektedir. Katılımcı sayısında en az veya en çok değer ifadeleri kullanılmamaktadır. Araştırmacı, görüşmeler neticesinde elde etmiş olduğu bilgilerin tekrarlanmaya başladığı görüşüne varmasıyla birlikte araştırmayı bitirebilme opsiyonuna sahiptir (Tekindal & Arsu, 2020).

Araştırma kapsamında karşılaşılan sınırlılıklar olarak; araştırmanın İstanbul ili ile sınırlı olması, saha araştırması aşamasında gerekli izinlerin alınması zorunluluğu, araştırmaya katılacak olan görüşmecilerin üst düzey yöneticiler olması sebebiyle vakit yaratabilme olasılıklarının kısıtlı olması, pandemi sürecinde 9 görüşmenin internet üzerinden yapılmasının tercih edilmesi durumunda kalınması ve bu esnada karşılaşılan güçlüklerden söz edilebilmektedir. Araştırmaya katılan 9 kişi ile internet aracılığı ile görüntülü görüşme, 1 kişi ile yüz yüze görüşme yapılmış olup, görüşme süreleri katılımcının müsait olma durumu doğrultusunda planlanan 40 dakikalık görüşme süresine göre değişiklik göstermiştir. Katılımcıların süre konusunda esnek hareket etmemesi, soruların detaylandırılmama ihtimalini doğurmakta, bu durum karşılaşılan bir başka sınırlılık arasında gösterilebilmektedir.

Yine görüşme yöntemi ile yürütülen bir araştırmanın, kısıtlamaların yüksek olduğu, hastane yöneticilerine ulaşmanın güç olduğu bir dönemde gerçekleştirilmeye çalışılması, salgın hastalık sürecinde verilerin toplanma aşamasında yaşanan güçlükleri ve bir takım ulaşım ve iletişim kısıtlılıklarını beraberinde getirmiştir. Ayrıca konu

başlıklarının yönetsel süreçlere hakimiyet gerektirmesi sebebiyle görüşme yapılacak kişilerin alanında uzman üst düzey yöneticiler olması önem taşımakta bu kişiler ile mülakat verilerin teminini oldukça zorlamaktadır.

### 3.4. Veri Toplama ve Analiz Süreci

Araştırmanın konusu, ekonomik kriz dönemine ilişkin hastane yönetimini kapsamakta, bu dönemin etkilerini azaltmak amacıyla ne tür stratejiler benimsendiğine yönelik yönetici görüş ve deneyimlerini içermektedir. Bu doğrultuda veri toplama süreci öncesi, verileri elde etmek doğrultusunda, çalışmanın 2. bölümünde yer alan literatür bilgisi dahilinde 14 adet soru hazırlanmış olup uygun temalar ile analiz edilmesi planlanmıştır. Genel kapsamda tüm ekonomik kriz süreçlerine yönelik verilerin elde edilmesi hedeflenmiş olmakla birlikte içinde bulunulan dönemin etkisi sebebiyle salgın hastalık konusunun yöneticilerin odak noktası halinde olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca ilgili süreç, soruların bir kısmının temasını da oluşturmaktadır. Literatür bilgisi ve alanında uzman kişilerin görüşleri ile hazırlanan sorular görüşme yöntemi ile kişilere yönlendirilmiştir. Yine pandemi sebebiyle yüz yüze yapılması planlanan görüşmeler, internet aracılığı ile görüntülü görüşmeler olarak, 2022 Mayıs ayının ilk iki haftasını kapsayan süreçte gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği için araştırmacının önceden sormayı planladığı soruları da içeren görüşme formu hazırlaması gerekmektedir. Bu teknikte araştırmacı planlanan sorular için görüşme protokolü katılmakta, görüşmenin seyrine göre mülakatı yan ya da alt sorularla desteklemektedir. Katılımcının soruların cevaplarını ilgili sorunun dışındaki sorular yönlendirildiğinde, sıralamanın dışında vermesi halinde araştırmacı soruları tekrar sormamayı tercih edebilmektedir (Türnüklü, 2000).

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen görüşme formu ile şekillendirilmiştir. Görüşme formunda yer alan sorular literatür bilgisi ve sektörde deneyimli kişilerin önerileri doğrultusunda hazırlanmıştır. Ayrıca ilgili dönemin güncel konuları soru formunun şekillendirilmesinde etkili olmuştur. Araştırma soruları hastane gelirleri ve gider yönetimi ile yönetim süreçlerine ilişkin temalardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan yöneticilere; kurum stok idaresi ile ilgili 2 adet, personel planlamasını içeren 1 adet, salgın hastalık süreci doğrultusunda alınan önlemleri sorgulayan 3 adet, ekonomiye etki eden ekonomi dışı faktörlere yönelik 1 adet, tüketici

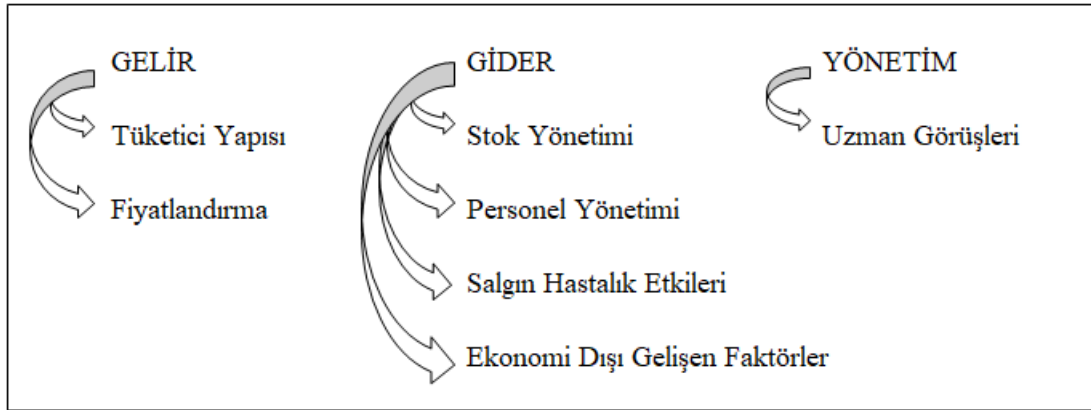
profili ve fiyatları kapsayan 6 adet ve uzman görüşlerine yönelik izlenen politikaların konu edindiği 1 adet soru yöneltmiştir. Açık uçlu soruların sıralaması, katılımcıların da yönlendirmesiyle görüşme esnasında şekillenmiştir. Katılımcının cevaplar içinde istenilen konuya değinmesi halinde aynı temada soru tekrardan kaçınmak amacıyla yönlendirilmemiştir. Cevaplamaktan kaçınılması halinde bir sonraki soruya geçilerek mülakatın tamamlanması hedeflenmiştir.

Araştırmanın veri toplama aşamasında görüşmecilerden sözlü onamlar alınmıştır. Görüşmecilere, isterlerse görüşmeyi sonlandırabilecekleri, verilerin analiz edilebilmesi açısından izin verilmesi halinde ses kaydı alınacağı, bilgilerin farklı hiçbir alanda kullanılmayacağı konusunda bilgilendirmeler yapılmıştır. Buna rağmen hiçbir görüşmeci görüşmeyi yarıda kesmemiştir. Ancak 1 katılımcı dışında görüşmelerin internet üzerinden yapılabilmesi ve yöneticilerin iş saatleri kapsamında görüşme imkanı bulabilmeleri dolayısıyla soruların detaylandırılması yönünde zorluklar söz konusu olmuştur. Görüşmeler mümkün olduğunca yalnız ve sessiz ortamlarda yapılmaya çalışılmıştır. Görüşme yapılacak saatleri katılımcılar belirlemiş olup, görüşme süreleri ortalama 30 dakika sürmüştür. Veri toplama aşamasında görüşmecilerin izin vermeleri doğrultusunda ses kaydı alınmıştır. Bunlara ek olarak görüşme sırasında internet bağlantısında yaşanan kopukluklar, telefon ile görüşme yapılması sebebiyle gelen aramaların görüşmeyi duraklatması sebebiyle sorular tam olarak anlaşılincaya kadar tekrarlanmış ve sağlıklı cevaplar alınmaya çalışılmıştır.

Toplanan verilerin ayrıntılı olarak raporlanması ve araştırmacının sonuçları nasıl elde ettiği, nitel bir araştırmada geçerliğin önemli ölçütleri arasında gösterilmektedir. Araştırma sonuçlarının benzer ortamlarda genel geçer hale getirilebilmesi açısından nitel araştırmacının okuyucuyu, araştırmanın tüm aşamaları hakkında ayrıntılı bir şekilde bilgilendirmesi gerekmektedir. Ayrıca yine, güvenilirlik gereği olarak da araştırmacıdan, verilerin toplandığı sosyal ortamın tanıtılması, veri kaynağı olarak bireylerin tanımlanması, veri toplama ve analiz süreçlerine ilişkin ayrıntılı bilgilerin verilmesi beklenmektedir (Yıldırım & Şimşek, 2018). Nitel veri analizinde geçerlik ve güvenilirlik ilkesine ilişkin bilgiler doğrultusunda Evren ve Örneklem başlığı altında görüşmeciler ve araştırmaya konu olan kurumlar ile ilgili bilgilere yer verilmiştir. Ayrıca araştırma verilerinin toplanması aşaması öncesi, konuya yönelik detaylı bilgiler için gerekli literatür çalışması 2. bölümde yer almaktadır. Bahsedilen literatür taraması

neticesinde oluşturulan, veri elde etmeye yönelik sorular uzman görüşlerinden yararlanarak şekillenmiştir. Bulguların analiz edilmesi sürecinde ilgili sosyal ortam, görüşmecilerin davranışları ile verilen cevaplara yönelik doğrudan alıntılara yer verilerek araştırma verileri raporlanmıştır.

Gerekli verilerin izinler doğrultusunda alınan ses kayıtlarının elde edilmesi sonrasında deşifre edilen görüşmeler tekrar tekrar dinlenerek herhangi bir eksik bilgi bulunmaması göz önünde bulundurularak yazıya dökülmüştür. Tamamı eksiksiz şekilde kâğıda aktarılan görüşmeler, birkaç kere okunarak katılımcıların konuya yönelik en çok üzerinde durdukları başlıklar belirlenmiş ve bu başlıkların alt başlıkları yine aynı yolla çıkarılmaya çalışılmıştır. Bu şekilde elde edilen bulgular Şekil 3.1’de detaylandırılan temalar etrafında analiz edilmiştir.



**Şekil 3.1: Araştırma Soru Temaları**

Şekilde görüldüğü gibi; hastane kuruluşları için tüketici grubu olarak hastaların türleri ve sunulan hizmetin kriz zamanlarında değişim gösterme potansiyelinin bulunması gibi gelir kategorisinde değerlendirilebilecek unsurlar olmakla birlikte gider sekmesi ile stoklar, personel giderleri, salgın hastalıkların mevcudiyete etkisi ve ekonomi dışı gelişen ancak ekonomiyi dolaylı olarak etkileyen faktörlerden bahsedilebilmektedir. Yine bu gibi dönemlerde uzman görüşleri çerçevesinde karar yönetimi de hastane yönetimi için bir seçim unsuru oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında bahsedilen etmenler değerlendirmeye alınmış ilgili başlıklar doğrultusunda hazırlanan sorular yöneticilerin cevaplarına istinaden analiz edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Gerekli verilerin toplanması sonrası, ses kayıtları yazıya dökülmüş ve birkaç kez okunarak katılımcıların da üzerinde durdukları konu ile ilgili genel başlıklar belirlenmiştir. İlgili sorular ile entegre edildiğinde aşağıdaki ana başlıklar ve araştırmaya konu olan kurum yöneticilerinin fikirleri doğrultusunda gelişen alt başlıklardan söz edilebilmektedir.

- Gelir Yönetimi
  - Tüketici Yapısı
  - Fiyatlandırma
- Gider Yönetimi
  - Stok Yönetimi
  - Personel Yönetimi
  - Salgın Hastalık Etkileri
  - Ekonomi Dışı Gelişen Faktörler
- Yönetim Kararları
  - Uzman Görüşleri

Ekonomik krizin etkileri incelenirken, hastane işletmeleri için, üretilen hizmete yönelik katlanılan gider kırılımı, hizmet üretimi neticesinde elde edilen ve üretim sürekliliğini sağlayan gelir kırılımı ve ilgili kişilerin yönetim süreçlerine ilişkin fikirlerini kapsayan yönetim kırılımından söz edilebilmektedir. Araştırmada salgın hastalık sürecinin gider yönetiminde ne tür etkiler meydana getirdiği detaylı olarak ele alınmıştır. Ayrıca kriz dönemlerinde, temin etme süreci dahil olmak üzere sahip olunan malzeme ve ilaç stoklarının yönetiminin ne yönlü etkilendiği, ekonomi ile ilgisi olmaması halinde hastane için ekonomik kayıp meydana getirebilecek unsurların neler olduğu, her işletmenin hizmet üretiminin sürdürülebilirliği açısından önemli olan personel kırılımının yönetsel süreci konusunda bulguların elde edilmesi amaçlanmıştır. Yine hizmetten yararlanan dış müşteri ve hizmetin gelir sekmesinde belirleyici unsur olan fiyatlar ile yönetim sürecinde alınan uzman görüşlerinin tespiti

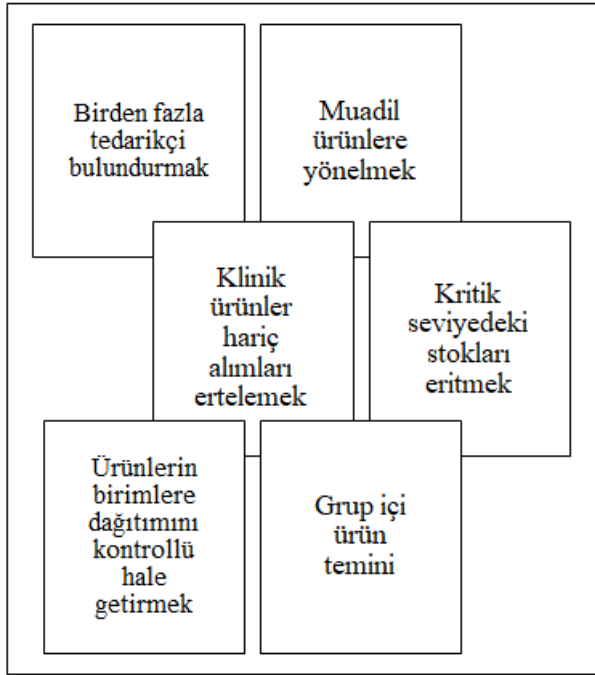
araştırmanın konusunu oluşturan diğer unsurlar arasında gösterilmektedir. Ekonomik kriz döneminin belirgin bir etkisi olarak döviz artışı halinde, ürün teminine ilişkin yaşanabilecek stok yönetim krizlerinden ayrıca söz edilebilmektedir. Burada gider yönetimi başlığı altında dört alt başlık yer almaktadır: Stoklar, Personel Yönetimi, Salgın Hastalık ve Ekonomi Dışı Faktörler.

#### **4.1. Gider Yönetimi**

Bu bölümde hastanenin gider kalemlerine ilişkin süreçleri etkileyebilecek durumlara yönelik yönlendirilen sorular analiz edilmiştir. Sorular, hizmet üretimini sağlayan malzemelerin stok durumları, hizmeti sunan personel yönetimi, sağlık kurumu olarak hastane sektörü için büyük kayıplara sebebiyet veren salgın hastalık teması ve ekonomi tabanlı olmasa dahi ekonomiye etkisi olan doğal faktörler çerçevesinde hazırlanmıştır.

##### **4.1.1. Stoklar**

Ekonomik kriz süreçlerinin stok yönetimi üzerine etkisi katılımcılar tarafından olumsuz boyutta değerlendirilmiş, bu duruma yönelik uygulamalar tartışılmıştır. Görüşme yapılan 10 farklı yönetici içinde 6 kişi, mevcut kur artışının fiyatlara doğru orantılı olarak yansıdığını söylemiştir. Katılımcılar herhangi bir ekonomik krizin ürün temininde olumsuz etkiler yarattığı ve stok yönetimini güç hale getirdiği konusunda hemfikir olsalar dahi, 3 kişi bu durumun sağlık sektöründe bulunmaları sebebiyle işleyişte herhangi bir değişime yol açmadığını, mevcut yönetim sürecinin aynı ölçüde ilerlediğini belirtmiştir. Görüşmeler neticesinde, kriz dönemlerinde malzeme stok yönetimi ile ilgili olarak; belirli malzemeye talep artışı, piyasada sınırlı bulunan ürünlerde fiyat artışları, işletmede tedarik sorunları ve bu sorunlara yönelik kalite ve teknoloji yönünden eksik veya yüksek fiyatlı malzemeye yönelme durumundan söz edilebilmektedir. Ayrıca hastanelerin stok bulundurmaya yönelik uygulamaları Şekil 4.1’de özetlenmiştir.



**Şekil 4.1: Hastanelerin Stok Bulundurma Yöntemleri**

Ekonomik kriz döneminde, döviz artışı sebebiyle yerli ürün muadillerine yöneldiklerini söyleyen A1, bu durumun zaman zaman kalite ve teknoloji yönünden eksik ürün teminine yol açtığını da ayrıca belirtmektedir. “İnsan hayatıyla iş yapan bir kurum olmamız sebebiyle bazı ürünler için yüksek maliyete katlanıyoruz, ürünün teknolojik konforu sağlıyor olması önemlidir.” şeklinde ekleme yapmaktadır. Ek olarak A1 ve L10 için birden fazla tedarikçi ile çalışmanın önemini vurguladıkları söylenebilmektedir. Burada, tedarikçi çeşitliliğinin kriz anında hastanenin tercih edilebilme durumu açısından önemi vurgulanmıştır. B2, kur artışının mecbur kalmaları dolayısıyla fiyat artışına, fiyat artışının hasta sayısında azalmaya yol açtığını ve buradaki gibi gelirin azalması halinde, klinik kaliteden ödün vermeden giderlerin azaltıldığını belirtmiştir. Bu kısıtlamalar, “Kurumun ödemiş olduğu; şehirlerarası yolculuklar, otel masrafları, konaklama bedelleri, temsil ağırlama giderleri durduruldu.” şeklinde örneklerle açıklanmıştır.

D4, üretilen hizmetin ticari amaçla üretildiğini öne sürerek, bu gibi kriz hallerinin satılan hizmete, hastaya doğrudan yansıdığını belirtmiştir. Ancak kriz halinde hastane içi ürün taleplerinin, diğer dönemlere kıyasla daha kontrollü şekilde gerçekleştirilmekte olduğu bilgisi verilmiştir. F6, bu dönemde yabancı hasta kırılımının



gelişimine önem vermekte, sunulan hizmet ithalatının yabancı ürün ihracatını dengelemesi yönünde çalışmaktadır. G7, Türkiye’de döviz kuru dalgalanmalarının sık yaşandığını, buna yönelik bir stratejinin mümkün olmadığını belirtmektedir. H8, farklı bölgelerde bulunan grup şirketlerden tedarik akışı olduğunu vurgulamıştır. K9’a göre üretici firmalar tüketici durumunu belirleyici etmenler arasında gösterilebilmektedir. Bu firmaların kapasitelerini genişletmesinin, kriz anında artan talep durumunda belirleyici rol oynayacağını söylemiştir. Bu gibi dönemlerde kurum olarak fiyat artışlarının önüne geçilse de, tedarik sorununun hastane açısından değil tedarikçi açısından çözülmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca kullanımda kısıtlamalar, genel yönetim giderlerinde uygulanmaya çalışılmaktadır. L10 için önem verilen stok yönetim stratejisi birden fazla tedarikçi ile çalışmak olmuştur. Burada, firmaların güvenilirliği ve ulaşılabilirliğine önem verilmekte, kriz dönemlerinde mecbur kalınırsa pahalı ürüne yönelerek ürün teminine öncelik tanınmaktadır.

Stok yönetim stratejileri incelendiğinde, şube sayısı yüksek olan kurum H8’de tedarik alternatiflerinin grup hastaneler olduğu gözlemlenmektedir. Burada, aynı hizmeti veren birden fazla şube sayısının ürün temininde sağlamış olduğu kolaylığın öneminden söz edilebilir. Yine sınırlı sayıda ürünü temin edebilme amacıyla yüksek fiyatlı ürünlere yönelmeyi de alternatifler arasında gösterebilecek olan L10, bu durumu kriz dışındaki dönemlerde tedarikçi kapsamını geniş tutarak sağladığını belirtmektedir. Katılımcı bu durumu şöyle ifade etmektedir: “Stok yönetimi için kaynak çeşitlendirmek oldukça önemli. Tek kaynağa bağlılık sizi zor duruma düşürebilir. Satın alınacak ürün ucuz olabilir ancak pahalı firmadan daha kısa sürede temin ediliyorsa bunu da değerlendirmek gerekiyor. Kriz anında pahalı olan da tercih edilebilir. Örneğin, ani ameliyat halinde bu durum işe yarayabilir. Temin edilen firmaların çok fazla olmaması kaydıyla güvenilir çeşitlendirmeye önem verilmeli ve bu doğrultuda düzenli alımlar yapılmalıdır.”

Bağlı bulunduğu holding yönetimi kararları ile hareket eden B2 klinik hizmetler haricinde sunulan hizmet alanlarında ürün alımını sınırlandırmıştır. Pazarlama yöneticisi olarak D4 etkili stok yönetimi için birimler arası teminler ile ilerlemektedir. Burada, stoklu ürünü temin eden birimin sunacağı hizmet boyutu, ürün dağıtımında etkili olmaktadır. Finansal dış destek ile salgın hastalık krizini yöneten F6, kriz dönemlerinde stok yönetiminin ihracat kayıpları sebebiyle olumsuz etkilendiğini belirterek, bu

durumun olumsuz etkilerinin, yabancı hastalara odaklanılarak hizmet ithalatı yoluyla giderilmeye çalışıldığını eklemektedir. Burada, malzeme temininde karşılaşılan dışa bağımlılığın, sunulan hizmet ile giderilebildiği gözlemlenmektedir. Kurumların %50'si yaşanan ekonomik kriz etkilerinin mevcut fiyatlara yansıtıldığı bilgisini vermiştir.

#### 4.1.2. Personel

Ekonomik kriz süreçlerine ilişkin personel istihdamı doğrultusunda katılımcılara yöneltilen soru, tüm katılımcılar tarafından Covid-19 pandemi süreci ile ilişkilendirilmiştir. Bu bakış açısına göre sekiz katılımcının vermiş oldukları cevaplar pandemi sürecinde izlenen politikaları içermektedir. İki katılımcı ise genel ekonomik kriz dönemlerinde benimsedikleri stratejilerinden söz etmiştir. Buna yönelik D4, kriz halinde işe alımlarda duraksamaların olduğunu, işçi çıkarmak yerine var olan çalışanların iş yükünü arttırma yoluna gidildiğini ve iş paylaşımlarının çoğaldığını belirtmektedir. F6 ise kriz halinde azalan hasta sayısı ve ameliyat sayılarına bağlı olarak servis veya katları kapatmayı, buralarda çalışan personelleri ücretsiz izne çıkarmayı veya işlerini sonlandırmayı tercih ettiklerini belirtmiştir.

A1, hastanede personel yapılanmasını şu şekilde ifade etmiştir: “Personel başlığı üç basamaklı incelenebilir: Doktor istihdamı, doktor dışında kalan sağlık personeli istihdamı, destek hizmetleri içeren idari personel istihdamı. Bu üç başlık altında kararlar alınıyor. Örneğin; pandemi döneminde doktor istihdamı, devlet politikaları gereği istifaların yasaklanması neticesinde şekillendirilmiştir. Dolayısıyla olağanüstü durumlar, ekonomik krizler, döviz dalgalanmaları bizim stratejilerimizde değişiklik yaratmaktadır. Eğer müdahalelerin olduğu bir ortamda fiyatta bir değişiklik yapamıyorsanız personel maliyetinizi düşürmek zorundasınız. Bunun önüne maaş zamlarını öteleyerek, devlet desteklerinden yararlanarak geçilebilmektedir.” Katılımcı burada, pandemi döneminde devletin sunmuş olduğu kısa çalışma ödeneğinden faydalandıklarından bahsetmiştir. Bu uygulamayı kısa dönem stratejisi olarak değerlendirmektedir. Ayrıca uzun vadeli stratejilerin, Türkiye’de sağlık sektörü için hazırlanma olasılığının düşük olduğu, bu şekilde planları bulunan en fazla iki kurum olabileceği görüşünü de eklemiştir.

Pandemi sürecini baz alarak soruyu yanıtlayan B2, bağlı bulunduğu holding yönetiminin kararları doğrultusunda üç ay kısa çalışma ödeneği kullandıklarını belirtmiştir. C3, bu durumda hem kısa çalışma ödeneğine başvurulduğunu hem de

personel sayılarında azalma yoluna gidildiğini ifade ederken personelinin, pandemi döneminde uygulanan karantina sürecinde aktif iş günlerinin azaldığını da ayrıca söylemiştir. Diğer bir politika olarak kriz döneminde çıkarmış oldukları çalışanların, krizin bitiminde ilk tercih edilen kişiler oldukları belirtilmiştir. E5, pandemi dönemi yaşanan ekonomik krize değinerek iş yükünün yüzde seksen azaldığı, bu süreçte maliyeti düşürmek amaçlı personelin üçte ikisinin ücretsiz izne çıkarıldığı ancak devlet desteğinin söz konusu olması halinde buna gerek duyulmadığı bilgisini vermiştir. G7, ekonomik kriz türü olarak pandemi sürecine yönelik vermiş olduğu yanıtta, bu dönemin sağlık sektöründe hizmet üretimine olumsuz etkisinin bulunmadığından, yalnızca iş planlamasının zayıfladığından ve personel için farklı bir aksiyon alınmadığından bahsetmiştir. Ayrıca krizden etkilenilmesi halinde gider düşürme amacıyla, personel sayısında azalma yoluna gidilecek stratejilerinin var olduğunu söylemiştir. H8, kriz anında hastanın bulunmaması, hizmetin yavaşlaması halinde personel sayısında azalmaya gidileceğini belirtmiştir. Yine pandemi sürecinde kısa çalışma ödeneğinden faydalanılmıştır.

K9, pandemi sürecinde işten çıkarma yasaklarının mevcut stratejilerine etki ettiğinden, işten çıkarma yerine ücretsiz izin yoluna başvurulduğunu belirtmiştir. Yine kısa çalışma ödeneğinden faydalanmışlar, bahsedilen bu yöntemler için işletmenin kendini korumayı hedeflediğini ifade etmiştir. L10, pandemi sürecini örnek olarak göstermiş ve bu süreçte kapasite düşüşü yaşanmadığını, aksine kapasitenin arttığını belirtmiştir. Ayrıca böyle dönemlerde personel sayısının azaltılmasına yönelik şunu da eklemiştir: “Bu durumda personel istihdamında düzenleme yapılması iş yükü artışına sebebiyet verebilir. Bu da haliyle hastalara memnuniyetsizlik olarak yansıyacaktır. Özellikle pandemi dönemi bizim için kayıptan ziyade kazanç olmuştur.” Ayrıca ücretsiz izin ve kısa çalışma ödeneğinden de faydalanılmıştır. Ek olarak bazı çalışanların salgın hastalık döneminde kendi talepleriyle ücretsiz izne çıktıkları da belirtilmiştir. İşten çıkarma yoluna başvurmayan, fazla mesai ile çalışanların iş gücünü arttırarak var olan çalışanı korumayı hedefleyen D4, bunu destekleyen bir uygulama olarak işe alımları durdurmuştur. Aşağıda Tablo 4-1’de personel istihdamına yönelik kararlar detaylandırılmıştır.

**Tablo 4-1: Personel İstihdamı**

| Personel İstihdamına İlişkin Uygulamalar | Hastaneler  |
|------------------------------------------|-------------|
| Aynı düzenin devam ettirilmesi           | B2, G7, L10 |
| Maaş zamlarını ötelemek                  | A1          |
| Personel sayısını azaltmak               | C3, F6      |
| Personel iş yükünü arttırmak             | D4          |
| İşe alımları durdurmak                   | D4          |

#### 4.1.3. Salgın Hastalık

Salgın hastalık doğrultusunda, kurumların döneme yönelik ek harcamalarının söz konusu olup olmadığı yönünde alınan cevaplar, harcamaların kaçınılmaz olduğu yönündedir. A1, yoğun bakım ünitelerine yönelik harcamaların ve aşı, test kitleri gibi kalemlerin tüketim artışından söz etmektedir. Ayrıca bu dönemin, iş gücü ihtiyacını arttırdığını ve buna yönelik olarak istihdam harcamalarının da arttığını belirtmiştir. Ayrıca döneme ilişkin devlet desteği olarak yalnızca kısa çalışma ödeneğinin mevcut olduğunu söylemektedir. Dönemin etkileri göz önünde bulundurulduğunda, hastanelerin mevcut süreci idare ettirme çabası içinde asıl hizmetini verememesi halinde ne gibi kayıplar yaşandığı sorusu için hizmetin verilememesi gibi bir durumun söz konusu olmadığı, yalnızca azaldığı belirtilmiştir. Ek olarak, “Türkiye’de aile hekimliğinde çözülebilecek bir konuyu, hastanede uzman doktor ile çözmek isteyen bir toplum var. Bu durum köpük hizmet kavramını ortaya çıkarıyor. Bu dönemde azalan, köpük hizmetler olmuştur.” şeklinde durumu ifade etmiştir.

B2, fiziki koşullarının elverişli olması sebebiyle fiziki düzenlemeler açısından şanslı olduklarını ifade ederken dijital ateş ölçerler, PCR çadırları, Covid-19 hasta katları ile ilgili düzenlemeler ve hastaları yönlendirmek için çeşitli levhalar ile artan maske kullanımının, ek harcama niteliğinde olduğunu vurgulamıştır. Döneme ilişkin devlet desteği olarak yalnızca kısa çalışma ödeneğinin üç ay kullanıldığını belirtmekte, bu konuda herhangi bir desteğin yapılmadığını özellikle vurgulamaktadır. İlgili dönemde asıl hizmetin sunumunun ciddi şekilde aksadığını gözlemleyen katılımcı, bu durumun her hastanede yaşandığı tahmininde bulunmuştur. Daha çok branş bazında kendini gösteren bu etkinin, onkoloji alanında geçerli olmadığı bilgisi alınmıştır. Ertelenebilir bir durum olmaması sebebiyle hastaların hizmet alım süreçlerinde bir değişiklik yaşanmamıştır. Aynı şekilde kemik iliği nakli ve hematoloji bölümleri,

işleyişini değişikliğe uğramadan sürdürmüştür. Buna karşılık çocuk hastalıkları branşının ortalama beş kat hasta kaybı yaşadığı bilgisi verilmiştir. Dermatoloji ve tüp bebek alanları da ertelenebilir olması sebebiyle hizmet kaybının yaşandığı alanlar olarak gösterilmektedir. Hasta kaybı yaşanan branşlarda, normalleşme süreciyle birlikte ve hizmeti erteleyen hastaların tekrar tercihleri sonucunda, hasta artışı görüldüğü söylenmiştir. Buna ilişkin olarak ek pazarlama faaliyetlerine ihtiyaç duyulmamıştır. Pazarlama faaliyetlerinin böyle bir durumda uygun olmadığı belirtilirken; kurumun kısa soluklu olsa dahi etkisinden söz edilebilecek çevrimiçi doktor görüşmeleri gibi argümanlar ile döneme katkı sağladığı belirtilmiştir.

C3, ek harcamaların, personel giderlerinde yaşandığını vurgulamış ve şunları eklemiştir: “Örneğin; bir personel günde 8 saat çalışırken şu an iki kat fazla çalışıyor. Eskiden 10 hasta olan birimde şu an 3 saatlik serum tedavisi için 150 hastaya bakıyoruz. Ayrıca hasta odalarının temizliği ve dezenfektanı, hasta ilaçları da artmış ve bu durum doğal olarak malzeme ve personel giderlerinde artışa yol açmıştır.” şeklinde durumu ifade etmektedir. Devlet desteği olarak kısa çalışma ödeneğinden söz etmiş, dönemin politikası olarak devlet tarafından pandemi hastanesine dönüştürüldüklerini belirtmiştir. Covid-19 hastalarından herhangi bir ücret almadan hastaların bakımlarının yapıldığı, bakım maliyetlerini devletin üstlendiği bilgisini vermiştir. Ancak sonrasında destek durumu ortadan kalkmış ve hastalar cepten ödemeye dönmüşlerdir. Bu durumda devletin fiyat sınırlaması getirdiği ayrıca belirtilmektedir. Katılımcı, her ne kadar bu sınırlama olsa da özel hastanelerin süreçten olumsuz etkilendiğini düşünmemektedir.

D4, salgın hastalık döneminde kurum olarak, devlet kararıyla yoğun bakım tedavileri ve PCR test ücretlerinin hastalardan alınmadığını belirtmekte, sağlık bakanlığının her ne kadar maddi desteği olsa da personel giderleri gibi ek maliyetlere kurum olarak katlanmak zorunda kaldıklarını söylemektedir. Yani devlet yoğun bakım ve cihaz giderlerini karşılamış ancak personel giderleri için ek destek sağlamamıştır. Personelin yeterli sayıda olmaması sebebiyle mesailerin çoğaldığını ifade ederken, ek temizlik uygulamalarına geçildiğini, bu durumun malzeme giderlerini arttırdığını ve ameliyat malzemelerinde daha hassas paketlemenin söz konusu olduğu döneme geçildiğini eklemiştir. Yine dönemin etkisiyle hasta sayısı ve poliklinik sayılarında azalma yaşandığı, virüs nedeniyle tedavilerde ertelemelerin meydana geldiği ancak maske kullanımı sebebiyle mevsimsel hastalıkların yıl içinde artmadığı

gözlemlenmiştir. Bu dönemin obezite ve estetik cerrahide artış yarattığını ifade eden katılımcı, evden çıkılmamasının enfeksiyon riskini azalttığı yönünde görüşünü belirtmektedir. Döneme ilişkin pazarlama faaliyetlerini arttıran kurum, farklı kurumlar ile PCR testleri için anlaşmaları çoğaltmış ve evde hizmet sistemine ağırlık vermiştir.

Salgın hastalık konusunda görüşlerini belirten yöneticiler arasında E5, hastalığın erken teşhisi ile iş kaybını önlemek amacıyla personel PCR testlerinin uygulanmasına ağırlık verdiklerini, bu durumun maliyetlere yansıdığını belirtmektedir. Dezenfektan ve diğer hijyen malzemeleri, her hasta için değiştirilen eldiven ve önlükler ek harcamalar arasında gösterilmiştir. Devlet desteğinin kısa çalışma ödeneği ve ücretsiz izin ödenekleri olduğunu belirtmiş ek olarak devlet bankaları için kredi ötelemelerinden söz etmiştir. Özel bankaların böyle bir desteği söz konusu olmamıştır. Yine ilgili dönemde asıl hizmette bir aksaklık olmadığı, Covid-19 hastalarının farklı özellikte ayrı bölümlerde tutulduğu bilgisi verilmiştir.

F6; konuyla ilgili olarak; demirbaş ve PCR alanları için harcamaların arttığını, dezenfektan, tek kullanımlık önlükler ve maske gibi steril malzemelerin bu dönemde yüksek oranda tüketildiğini söylemiştir. Devletin bu dönemde özel hastaneleri pandemi hastanesi ilan ettiği ve bununla birlikte Covid-19 hastaları için maddi destekte bulunduğu belirtilmiştir. Zorunlu, hayati tehlike içeren hastalıkların tedavilerinde aksama olmazken, normalleşme ile birlikte eskiye dönen ertelenebilir hizmette azalma söz konusu olduğunu söylemektedir.

G7, altyapı harcamalarının, servis odalarının yoğun bakım ünitelerine çevrilmesi ile artışından söz etmiştir. Ayrıca N95 maske, koruyucu tulum gibi sarf malzeme tüketiminin de yüksek seviyelere çıktığını belirtmiştir. Döneme ilişkin devlet desteği olarak, vergi ötelemelerinin yapıldığı bilgisi verilmiştir. Nisan, mayıs ve haziran dönemi vergileri kasım dönemine ötelenmiştir. Ek olarak kısa çalışma ödeneğinden faydalanılmıştır. İnsanların ertelenmiş oldukları hizmeti sonrasında almaları sonucunda artan iş yüküne yönelik olarak bu destekten faydalanmaları kısa sürmüştür. Katılımcı burada kaybedilen gelirin yerinin doldurulması halinde panik yapılmaması gerektiğine ilişkin görüş belirterek piyasadaki iyi hekimleri alabilmek adına krizi fırsata çevirdiklerini belirtmiştir. Örneğin bu dönem, her hastanede hasta yatışına devam etmişler, PCR laboratuvarı kurmuşlar ve bu laboratuvar hizmetini dış kurumlara

sunmuşlardır. Dolayısıyla pandemi dönemi yaşanan kayıp farklı gelir kaynakları ile telafi edilmiştir.

H8 tulum, yüz siperlikleri, 3M maske, dezenfektan kullanımının harcamaları arttırdığını ifade etmiştir. Bu dönemde kısa çalışma ödeneği ile devlet desteğinden faydalanılmıştır. Yüzde elli civarında gelir kaybı yaşayan kurum; hekim, personel ve hemşire kategorisinde de kayıplar vermiştir. Buna yönelik gider kısıtlamalarında bulunan kurum ile ilgili katılımcı tarafından herhangi bir stratejiden faydalanılmadığı bilgisi verilmiştir.

K9; maske ve dezenfektan kullanımının çok yüksek düzeyde arttığından, eldiven, tulum ve siperlik gibi ek harcamalardan söz etmektedir. Vergi oranı kapsamında herhangi bir devlet desteği almadıklarını belirten katılımcı, kısa çalışma ödeneğinden faydalandıklarını belirtmiştir. Pandemi sonrası hasta taleplerinde değişimler söz konusu olmuş, enfeksiyon branşında artış yaşanmıştır. Katılımcı bu dönem Covid-19 hastalarının tedavisi için diş hekiminin dahi desteğinin alındığından söz etmiştir. Bu dönemde en az geline branşları dermatoloji, ağız ve diş sağlığı, fizik tedavi, endokrinoloji ve kardiyoloji olarak tanımlamaktadır. Sürecin ileri safhalarında kardiyak branşlar ciddi ölçüde artmıştır.

L10 ek harcamaları; steril malzeme, dezenfektan, yeni bölüm ve alanların yapımı ile birlikte katlanılan altyapı giderleri, koruyucu önlük ve maske olarak tanımlamaktadır. Ayrıca yeni laboratuvar ortamının oluşturulması ve yeni alınan kitler gider kalemleri arasında gösterilmiştir. Katılımcı, ek harcamaların maliyetinin yanında çalışanların evden çalışma sürecinde yemek, elektrik, güvenlik ve temizlik masraflarının azaldığını da belirtmektedir. Devlet desteği olarak kısa çalışma ödeneğinden faydalandığını belirtirken bunun dışında devlet müdahalesinin negatif yönlü olduğunu ifade etmiştir. Bu durumu, “Pandemi döneminde devlet kamu hastanelerinin dolması halinde özel hastaneleri kullanmaya başlıyor. Verilen destek de geri alınmış oluyor. Yüzde otuz kapasitenin pandemi hastaları için ayrılması ve ücret alınmaması şeklinde uyarılar yapıldı. SGK ortalama olarak maliyetinizin yüzde onunu ödediği için bazı hastanelerin maliyetlerini karşılamada yetersiz kalmıştır.” şeklinde açıklamıştır. Hastanelerin sağlık hizmetini bir şekilde vermeye devam etmesi gerektiğini savunurken, onkoloji gibi bazı branşlarda ilaç temininde zorluk yaşandığını belirtmiştir. Bu durum her ne kadar hastanenin hizmet sunumu ile ilişkilendirilse de kardiyoloji gibi bir takım

branşlara hastaların gelmemesi hasta tercihi ile ilişkilendirilmiştir. Dönemin büyük kayıplarından birinin de özellikle plastik cerrahi bölümü için yabancı hastada yaşadığı ayrıca eklenmiştir.

**Tablo 4-2: Ek Harcamalar**

| Harcama Kalemleri                    | Hastaneler                  | Kurum Adedi | % Payı |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------|--------|
| Eldiven                              | A1, E5, K9                  | 3           | 30%    |
| Önlük/Tulum                          | E5, F6, G7, H8, K9, L10     | 6           | 60%    |
| PCR Test Kitleri                     | A1, L10                     | 2           | 20%    |
| Şırınga                              | A1                          | 1           | 10%    |
| Dijital Ateş Ölçer                   | B2                          | 1           | 10%    |
| Maske/Siperlik                       | B2, F6, G7, H8, K9, L10     | 6           | 60%    |
| Dezenfektan/Temizlik                 | C3, D4, E5, F6, H8, K9, L10 | 7           | 70%    |
| İlaç                                 | C3                          | 1           | 10%    |
| Steril Ameliyat Malzemeleri          | D4, L10                     | 2           | 20%    |
| PCR Alanları Yapı Giderleri          | A1, B2, F6, L10             | 4           | 40%    |
| Yoğun Bakım Üniteleri Yapı Giderleri | A1, G7                      | 2           | 20%    |
| Temizlik Personeli Giderleri         | D4                          | 1           | 10%    |
| Yoğun Bakım Hemşire Giderleri        | A1                          | 1           | 10%    |
| Personel Fazla Mesai Giderleri       | D4                          | 1           | 10%    |
| Personel PCR Taramaları              | E5                          | 1           | 10%    |

Genel kapsamda sarf malzeme, tıbbi malzeme, yapı malzemeleri ve istihdam kategorilerinde ek harcamalarda bulunan, Tablo 4-2’de detaylı şekilde görüldüğü üzere araştırmaya konu olan 10 adet hastanenin %70’i için dezenfektan/temizlik ürünleri kategorisinde harcama artışı söz konusu olmuştur. Burada, hastalığın oluşum aşamasında önlenmesi adına koruyucu sağlık hizmetinin öneminden söz edilebilmektedir. Kurumların %60’ının katlanmış olduğu ek maliyet olarak ikinci sırada önlük/tulum ve maske/siperlik kalemleri yer almakta, bu harcamalar ile çalışanların hastalıktan korunmasının amaçlandığı gözlemlenmektedir. E5, personele yönelik PCR test uygulamaları ile hastalıktan korunma düzeyini arttırmaktadır. D4 için personel fazla mesai giderlerinde yaşanan artış ise kriz sürecinde var olan personelin iş gücünü arttırdığına yönelik bir bulgudur.



**Tablo 4-3: Devlet Destekleri**

| Devlet Desteği           | Hastaneler                      | Kurum Adedi | % Payı |
|--------------------------|---------------------------------|-------------|--------|
| Kısa Çalışma Ödeneği     | A1, B2, C3, E5, G7, H8, K9, L10 | 8           | 80%    |
| Covid-19 Hasta Ödeneği   | D4, F6                          | 2           | 20%    |
| Ücretsiz İzin Ödenekleri | E5, F6, K9, L10                 | 4           | 40%    |
| Kredi/Vergi Ötelemeleri  | E5, G7                          | 2           | 20%    |

Tablo 4-3'te yer alan devlet destekleri arasında kısa çalışma ödeneği, görüşme yapılan kurumların %80'inin faydalanmış oldukları bir uygulamadır. Buradan, bir kriz türü olarak salgın hastalık sürecinin, personel yönetimine büyük ölçüde etki ettiği söylenebilmektedir. Ayrıca dışarıdan danışman desteği alan iki kurum için Covid-19 hasta ödeneğinden faydalanabildikleri gözlemlenmiştir. Kısa çalışma ödeneği ve ücretsiz izin ödenekleri gibi personele ilişkin herhangi bir devlet desteğinden faydalanmadığı gözlemlenen D4 için bunların aksine ilgili dönem içinde ek harcama olarak, temizlik personellerine ilişkin giderler ve personel fazla mesai giderlerinde artışa katlanmak durumunda kaldıkları tespit edilmiştir.

**Tablo 4-4: Devlet Müdahaleleri**

| Devlet Müdahaleleri                        | Hastaneler |
|--------------------------------------------|------------|
| İstifa Yasakları                           | A1         |
| Karantina Süreleri                         | C3         |
| İşten Çıkarma Yasakları                    | K9         |
| Covid-19 Hasta Fark Ücretlerinde Sınırlama | C3         |

Tablo 4-4'te yer alan devletin belirlemiş olduğu karantina süreleri dahilinde personelin çalışmama durumu, C3 için iş gücü kaybını dolayısıyla hizmet sunumunda aksaklıkları beraberinde getirmiştir. Ayrıca kurumun ek harcama kategorisinde özellikle ilaç giderlerinin artışa geçtiği gözlemlenmiştir. Yine K9, devletin uyguladığı işten çıkarma yasaklarını, kendisi için bir müdahale olarak değerlendirmekte, bu durumu çalışan sayısını azaltmak amacıyla kısa çalışma ödenekleri ve ücretsiz izin ödenekleri ile dengelemektedir.

**Tablo 4-5: Pandemi Dönemi Hastane Stratejileri**

| Pandemi Dönemi Stratejiler                                    | Hastaneler |
|---------------------------------------------------------------|------------|
| Herhangi bir strateji yoktur.                                 | C3, E5     |
| Birinci basamak hizmetler azaltılmıştır.                      | A1, D4, F6 |
| Ertelenebilir hizmetler azaltılmıştır.                        | B2, D4, F6 |
| Çevrimiçi hizmete başlanmıştır.                               | B2         |
| Covid-19 hastaları kabul edilmemiştir.                        | D4         |
| Covid-19 hastaları ile hasta sayısı artmıştır.                | E5, K9     |
| İndirim stratejisi uygulanmıştır.                             | F6         |
| PCR Laboratuvarı gibi yeni birimler açılmıştır.               | G7         |
| Gider kısıtlamasına gidilmiştir.                              | H8         |
| Tüm branş doktorları Covid-19 hastaları ile ilgilenmişlerdir. | K9         |

İlgili dönemde görüşmeye katılan yöneticilerin %20'si konu ile ilgili bir stratejilerinin bulunmadığını, sürecin tahmin edilebilir olmadığını öne sürmüşlerdir. Ek harcama olarak yapı giderlerinde artış olduğunu belirten G7, bahsedilen salgın hastalığın gereği olarak test laboratuvar gibi alanların dönem stratejileri içinde değerlendirilebileceğini eklemiştir. Salgın hastalık krizinde, hasta sayısında azalma yerine olumlu yönde artış yaşadıklarını belirten K9, bu artışı Covid-19 hasta sayısı artışı ile ilişkilendirmektedir. Dönemin stratejisi olarak hasta yoğunluğunun yüksek olduğu Covid-19 hastalarının tedavisini farklı branş doktorları da üstlenmiştir. Covid-19 hasta sayılarında artış yaşayan diğer bir kurum olarak E5'ten söz edilebilir. Burada, iki kurum arasındaki kurumsal büyüklük yani şube sayısı farkı ve yönetim sistemleri arasındaki fark, kriz dönemlerine ait stratejilerinin bulunup bulunmaması durumu ile ilişkilendirilebilmektedir. D4 bunun aksine Covid-19 hastalarını diğer hastaların bulaşıcılığına karşı güvenliği sebebiyle kabul etmediklerini belirtmiştir. Mevcut durumun değişmemesi, çalışanların kısa çalışma veya ücretsiz izin uygulamalarına dahil edilmemesi, mevcuttaki personelle işleyişin devam ettirilmesi ile ilişkilendirilebilir. Dönemin özellikleri gereği çevrimiçi hizmet vermeye başlayan B2'nin bu stratejisi için sürecin olumlu ilerlediği yönünde yorumda bulunulamamaktadır.

**Tablo 4-6: Pandemi Dönemi Hasta Talepleri**

| Tüketici Tercihleri                                    | Kurumlar                   |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ertelenebilir hizmette azalma yaşanmaktadır.           | A1, C3, D4, E5, F6, G7, K9 |
| Hastalar mevcut sigorta poliçelerini değiştirmektedir. | A1, D4, K9                 |
| Kriz sonrası eksilen hasta sayısı tekrar artmaktadır.  | C3, E5, G7, K9             |
| Hastalar mobil iletişimi tercih etmektedir.            | D4                         |

Pandemi sürecinin, hastanenin tüketici kesimini temsil eden hastaların taleplerine yönelik etkileri de bulunmaktadır. Tablo 4-6’da da görüldüğü üzere hastaların özellikle ertelenebilecek türden hizmetleri ileri tarihlere aldığı, bu duruma konu olan kurumların hasta sayılarını krizin etkilerini kaybetmeye başlamasıyla birlikte geri kazandığı söylenmektedir. Burada, D4 için pazarlama yöneticisi ile görüşülmüş, bu kapsamda süreç yönetiminin pazarlama yöneticisinde olması halinde çözüm önerilerinin de pazarlama faaliyetlerine yönelik olduğu, hasta talepleri de göz önünde bulundurularak mobil hizmetlerin ön plana çıkarıldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca araştırmaya konu olan kurumların %70’inin ertelenebilir hizmetlerde azalma yaşadığı sonucuna varılmıştır. Yine sağlık sistemini doğrudan etkileyen bu kriz türünün, sigorta poliçelerinin kapsamında değişiklik yaratmış olduğu, hastaların bu doğrultuda poliçe yenilemeye yöneldikleri üç kurum tarafından tespit edilmiştir.

#### 4.1.4. Ekonomi Dışı Faktörler

Katılımcılara, ekonomi konusu dışında gelişen ancak ekonomik sürece etkisi olan unsurlar konusunda görüşleri sorulmuştur. A1, konuyla ilgili 15 Temmuz darbe girişimini, pandemi ve terör durumlarını örnek göstermiş, bu olaylar içinde en büyük etkinin pandemi dönemine ait olduğunu vurgulamıştır. Bu dönemde finansal raporlamalar ve gelir gider analizleri yapılmaya başlandığı, gider azaltma, personel sayısında küçülmeye gitme, pazarlama ve reklam bütçelerini azaltma, döviz ile alım yapılan ürünlerde yerli pazara yönelme, sözleşmelerde yenileme yoluna başvurma gibi önlemler alındığı bilgisi verilmiştir.

B2, iş güvenliği kapsamında sektör özelliklerine ve çalışan sayılarına uygun olarak alınan önlemleri örnek olarak göstermiştir. İlk akla gelen önlem olarak, iş güvenliği konusundaki eğitimlerden bahsedilmiştir. Rutin olarak verilen eğitimlerin olumlu etkileri gözlemlenmiştir. Katılımcı burada, gerekli zamanda hazır olunabilecek durumun yaratılmasının önemini vurgulamaktadır. C3, ekonomi dışında gelişen hiçbir

faktörün sağlık sektörüne etki etmeyeceği görüşünü savunmakta, ekonomik durumu iyi olan kişilerin bu dönemden etkilenmeyeceğini söyleyerek fikrini belirtmektedir. D4, iş sağlığı ve güvenliği konusuna değinmektedir. İşe giriş döneminde başlamak üzere periyodik olarak devam eden eğitimlerin yanında, birden fazla blokta hizmet vermelerinin yaşanabilecek doğal afetler konusunda avantajlı olmalarını sağladığını düşünmektedir. E5, sağlık sektörünün, hizmetini her dönem sürdürmesi gerektiğini, bu gibi faktörlerin sürece etki etmeyeceğini belirtmiştir. F6, bu gibi durumlar için herhangi bir planlama yapılmadığını söylemiştir. Hizmetin, acil bir durum yaşansa da verilmesi gerektiği görüşündedir.

G7 konuyla ilgili örnek olarak, Taksim’de yaşanan bomba patlatılması olayını vermiştir. İlgili dönemde yabancı hasta sayısında düşüş yaşanmıştır. Katılımcı bu durumu şu şekilde açıklamaktadır: “Gelirinizin büyük bir kısmını yabancı hasta oluşturuyorsa, böyle bir durum sizi olumsuz etkiler. Şu an pandemi sürecinin getirmiş olduğu uçuş yasağı ile azalan yabancı hasta sayısının olumsuz etkilerinde olduğu gibi. Bu nedenle ekonomide genel kural olarak her şeyi tek sepete koymamak gerekiyor. Sosyal Güvenlik Kurumlu hastanız olduğu kadar ücretli hastanızın ve özel sağlık sigortalı hastanızın olması gerekmektedir. Eğer dengeli bir dağılım varsa başarılı olunur.” Katılımcı bu gibi durumlara yönelik belirlemiş oldukları stratejinin; yoğunluğun fazla olduğu SGK hasta ağırlığının bir kısmını yurtdışı hasta bir kısmını ÖSS hastalarına yaymak olduğunu belirtmektedir.

H8, konuya ilişkin olarak sağlık bakanlığı liderliğinde yürütülen Hastane Afet Planı’nın uygulandığını belirtmektedir. K9, şirketin bu gibi durumlara karşın nakit akışlarının güçlü olması gerektiğini savunmuştur. Bunun da sürekli yatırımlar ile sağlanmakta olduğu, nakit akışının yoğunluğunun kurumu ekonomik krizlere hazırladığı görüşündedir. L10, konuyu pandemi ile ilişkilendirmiş kurumlara yönelik hazırlanan Covid-19 paketlerini konuya örnek olarak göstermiştir.

#### **4.2. Gelir Yönetimi**

Gelir yönetimine ilişkin sorulara ait cevapları kapsayan bu bölümde kişilere; tüm üretime etkisinden söz edilen hizmet fiyatları ve hizmeti satın alan dış müşteri temalı sorular yönlendirilmiştir. Bu doğrultuda, kriz dönemlerinde gelir kaybının yaşanması söz konusu olsa da ertelenebilir olmaması özelliği düşünülerek hizmetin sürekliliğini kaybetmediğine yönelik cevaplar alınmıştır.

**Tablo 4-7: Ekonomik Kriz Dönemi Gelir Kaybı Stratejileri**

| Gelir Kaybını Önlemek İçin Stratejiler | Hastaneler  |
|----------------------------------------|-------------|
| Hasta odaklı yaklaşım                  | A1, D4      |
| Fiyatlarda indirim                     | C3, F6, H8  |
| Pazarlama faaliyetleri                 | D4          |
| Çevrimiçi hizmet çalışmaları           | D4, K9, L10 |
| Yabancı hasta odaklılık                | K9          |
| Herhangi bir revize yapılmamaktadır.   | B2, E5      |

Gelir kaybını önlemeye yönelik olarak, A1 ve D4 için iş geliştirme ve pazarlama yöneticileri ile görüşülmüş ve bu kategorideki yöneticilerin kurum içi stratejiler arasında, hasta odaklı yaklaşımı baz aldığı gözlemlenmiştir. Burada yönetici bakış açısının kurum stratejilerine etkisinden söz edilebilmektedir. Yine pazarlama faaliyetlerine önem veren D4 için çevrimiçi hizmet çalışmaları da stratejiler arasında gösterilmektedir. Kurumların %30'u fiyatlarda indirim politikası uygulamaktadır. Buradan özel sağlık sektörü için ekonomik kriz süreçlerinin tüketiciye doğrudan yansıtılması durumuna ulaşılmaktadır.

Gelir yönetimi kategorisinde ise tüketici yapısı ve fiyatlandırma süreçlerine ilişkin sorular yönlendirilmiş, bu alanlar analiz edilmiştir. Ekonomik kriz süreçlerinde gelir kaybının yaşanması, hanehalkının da eş zamanlı gelir kaybı yaşamasına yönelik olarak kaçınılmazdır. Ancak verilen cevaplar doğrultusunda da görülmektedir ki sağlık hizmetinin, mecburi hizmet olmasından dolayı krizin etkilerini yitirmeye başlamasıyla birlikte kaybedilen hasta sayısı eski seyrine geri dönmektedir. Kurumların %30'unun kriz dönemlerinde fiyatlarda indirim uygulamaları, var olan krizin doğrudan hastalara yansıtıldığı göstermektedir. Katılımcılar genel itibarıyla fiyatlandırma politikalarına ilişkin detaylı bilgi vermekten kaçınmıştır.

#### **4.2.1. Tüketici/Dış Müşteri**

Katılımcılara, ekonomik kriz dönemlerinin hanehalkı üzerindeki etkilerinin sektöre yansımaları, hasta sayılarında meydana gelebilecek azalma halinde alınan önlemler, hastaların bu gibi dönemlerde kendi kendini tedavi ile çözüm yolu arayarak kurumu tercih etmemeleri neticesinde meydana gelebilecek olumsuzluklar ve ekonomik krizin hasta profiline etkileri üzerine sorular yönlendirilmiştir. Hastaların ekonomik kriz dönemlerinde kendi kendilerini tedavi yöntemi ile sağlık kurumlarını tercih etmeden

evde iyileşme tercihlerinin, kurumun hangi hizmet basamağına ne gibi yansıması olduğu konusunda görüşleri sorulduğunda katılımcıların 5'i konu ile ilgili herhangi bir yorumda bulunamayacaklarını bu gibi bir istatistiklerinin bulunmadığını belirtmişlerdir.

Kalan 5 katılımcı, süreci pandemi dönemi ile ilişkilendirerek yanıtlamıştır. D4 bu gibi dönemlerde, hastaların ilaç yazdırmak veya rapor tarihlerini uzatmak gibi durumları söz konusu olduğunda, hastaneye gelmeden telefon, internet gibi yöntemler kullanarak çözümlenmesini talep ettiklerini, kurumun daha uygun fiyatlandırma ile sağlık bakanlığının da izni dahilinde çevrimiçi hizmet verdiğini belirtmiştir. Bu durumun yansımalarının daha çok hekimin görmeden de hizmet verebileceği psikiyatri gibi alanlarda kendini gösterdiği eklenmiştir. E5 ve F6, pandeminin poliklinik hasta sayılarında yüzde seksene yakın azalmaya yol açabileceğini belirtirken, G7 özellikle çocuk hastalarda, kulak burun boğaz gibi bölümlerde açtığı olumsuz etkiler olduğunu söylemiştir. K9 ise bu süreçte çevrimiçi hizmet modelini tercih ettiklerini ancak bu uygulamanın uzun soluklu olmadığını belirtmiştir.

A1 kriz dönemlerinde, hanehalkı gelir düşüşü ile birlikte acil olmayan cerrahi vakalarda erteleme söz konusu olduğunu söylemektedir. Ayrıca talebi belirleyici unsur fiyat olmakta, özel hastaneler yerine kamu hastanelerin tercihi artmaktadır. Özel sağlık sigortası bulunan hastalar poliçelerinde yenilemede ertelemeye gitmektedir. Burada, işini kaybeden kişilerin kurumsal poliçelerini de kaybettikleri, ek olarak bireysel poliçe sayılarının kurumsal poliçelere göre azaldığı tespit edilmiştir. Yine sadık hasta grubunun elde tutulması için ek çaba harcandığı, burada hastanın doktor yerine farklı pek çok branş için kurumu tercih etmesi, hastanın elde tutulmaya çalışılması ve iletişimin artırılması için önemli bir etken olarak görülmektedir. Katılımcı, kriz dönemlerinin hasta profiline olan etkisi konusunda detaylı bir analiz yapılmadığını eklemiştir.

B2, kamu hastanelerin tercih oranlarının yükseldiğini ifade etmektedir. SGK hastaları için herhangi bir anlaşması bulunmayan kurumlar için hanehalkının gelir kaybı direkt olumsuz etki yaratmıştır. Katılımcı bu dönemlerde olumsuz etkiye maruz kalırsa da fiyat politikalarında değişiklik yapmadıklarını, herhangi bir strateji izlemediklerini belirterek konu ile ilgili sınırlı bilgi verebileceğini eklemiştir. Kriz dönemlerinde özel sağlık sigortalı hasta sayısının fazla olduğu özel hastaneler için hastaların sigorta yaptırmamaları halinde, krizden yüksek derecede etkilendikleri bilgisi alınmıştır. Bu

etki özellikle grup poliçelerinin azalması veya daha az kapsamlı poliçe yapılması ile tespit edilmiştir. C3, kriz dönemlerinde yaşanan hasta kaybının, sonrasında telafi edildiğini vurgulamıştır. Bu dönem hastaların bekledikleri ilgiyi görmeleri halinde kurumu tekrar tercihi kapsamında, hasta sayısını geçmiş seyirde sürdürebilmektedir. Yine bu dönemlerde, tamamlayıcı sağlık sigortasına mensup hasta sayısında artış yaşanmıştır.

D4, kriz dönemlerinde yürütülen stratejilerinin bulunduğunu açıklamış ve bunları; pazarlama faaliyetlerine ağırlık vermek, müşterilerle ek olarak ilgilenmek, günlük finansal raporlamalar ve kurum araştırmaları yapmak, salgın hastalık krizinde toplu test yapılabilmesi için kurum görüşmelerini arttırmak, evde sağlık hizmeti ile hastalara çevrimiçi hizmet sunabilmek olarak özetlemiştir. Hanehalkında gelir değişiminin ise mecburi ihtiyaç sayılan branşlarda olumsuz etkisinin gözlendiği bilgisi alınmıştır. Hasta profilindeki değişime ilişkin soru, pandemi çerçevesinde yanıtlanmış, burada özel sağlık sigortası bulunan hastaların yüksek gelirli hastalar arasında gösterildiği ve bu kişilerin kendilerini daha iyi koruyabilmeleri neticesinde en fazla kaybın bu hasta türünde olduğu söylenmiştir.

E5, hanehalkının gelirinde meydana gelen azalma, hasta sayısında düşüş ve hasta profiline ilişkin soruları pandemi çerçevesinde yanıtlamıştır. Bu dönemde hizmette ötelemeye gidildiği, kaybedilen hasta sayısının normalleşme ile birlikte yeniden kazanıldığı, kamu hastanelerin tercihlerinin çoğaldığı söylenmiştir. Kurum için sağlıkta reklam yasağının, kendilerini pazarlama alanında kısıtladığından söz edilmiştir. Ayrıca özel sağlık sigortası bulunan hastayı kriz sürecinin etkilemeyeceği, tüm değişikliğin cari hastalarda olduğu görüşündedir. Bu dönem hasta kaybı yaşanmaması adına acil olmayan hizmet için gelen hastalara yönelik indirim politikaları uygulandığı söylenmiştir. Yine pandemi süreci bazında soruları yanıtlayan F6, özel sağlık sigortası bulunan kurum hastalarında azalma, cari hastaların kurumda artış gösterdiğini bildirmiştir. Yine ayaktan hasta sayısında azalma, yatan hastalarda tedaviyi erteleme söz konusu olmaktadır. Bu hastalara yönelik indirim uygulanmıştır.

G7, konuyla ilgili olarak, hanehalkı gelirlerinin %2'lik kısmının sağlık için ayrıldığı görüşündedir. Gelir düşüşü bu payı da haliyle düşürecektir. Ötelenebilir hizmetlerin ertelendiği ancak her ne kadar ertelemeye gidilse de sağlığın ertelenebilir bir hizmet olmadığını ifade etmiştir. Örnek olarak, pandemi sürecinde kaybedilen

hastaların sonraki dönemlerde artışa geçmesi gösterilmiştir. Katılımcı ayrıca, kriz dönemlerinden en fazla asgari ücretli profilin etkileneceğini ve özel sağlık sigortası bulunan hastalarda da azalma meydana gelebileceğini belirtmiştir. İzlenen stratejiler hakkında net bir bilgi verilmemiştir. H8, %50 civarı azalan hasta sayılarını koruyabilmek için indirim uygulandığını ifade etmiştir. Özellikle, özel sağlık sigortası bulunan hastalarda meydana gelen azalmalar için farklı herhangi bir stratejileri olmadığını eklemiştir.

K9, ekonomik kriz dönemlerinde halkın, ihtiyaçları doğrultusunda daha çok doktor seçimi yaptığı, büyük şirketlerin özel sağlık sigortaları yerine karma poliçeye yöneldiği, tamamlayıcı sağlık sigortasının önem kazandığı görüşündedir. Hasta sayısındaki azalmayı pandemi boyutunda değerlendiren katılımcı, ertelenen hizmetin yeniden alınmasıyla, hasta kaybının telafi edilmesinin hedeflendiği ancak insanların devlet kurumlarını tercih etmesiyle bunun önüne istenilen ölçüde geçilemediği, yurtdışı hastayı kuruma kazandırarak kaybı azaltmaya gidildiği bilgisini vermiştir. Yine kriz dönemlerinde özel sağlık sigortalı hastalardan tamamlayıcı sağlık sigortasına yönelme olduğu ifade edilmektedir. Katılımcı burada şunu eklemektedir: “Kuruma ilk kez gelen yeni hasta sayısı, son iki yılda artık kurumu tercih etmeyen eski hasta sayısından büyükse burada başarılı olduğunuz söylenebilir.”

L10, ekonomik krizlerin zorunlu hizmet olan sağlık sektörüne olumsuz bir yansıması bulunmayacağı görüşündedir. Polikliniklerde azalma yaşansa da yatan hasta sayısının etkilemediğini eklemiştir. Hasta profili ile ilgili olarak, pandemi döneminde özel sağlık sigortalı hasta sayısı azalsa dahi ücretli hasta sayısının arttığı, yabancı hastalarda azalma yaşandığı ancak genel ekonomik krizlerde sağlığa doğrudan büyük bir etki olmadığı bilgisi verilmiştir.

Fiyatların yaşanan krizler doğrultusunda arttırıldığı düşünülecek olunursa, hasta profili tüketicinin tercihlerine yönelik olarak değişiklik göstermektedir. Bu tür ekonomik krizler neticesinde, sigorta mensubu hastalarda azalma görülmektedir. Hastalar sağlık ihtiyaçlarını ertelemeyi tercih etmektedirler. Bu durum cari hasta sayısı oranında artışa yol açmaktadır. Ayrıca araştırmaya konu olan hastanelerin belirtmiş olduğu üzere, özel sigortalı hastalar poliçelerini dönemin şartları doğrultusunda yenilemeye gitmektedirler. Bu durum, ekonomik krizlerden karşılıklı olarak etkilenildiğini göstermektedir. Ek olarak kurumların vermiş oldukları cevaplar



doğrultusunda, krizin etkilerini, ertelenebilir hizmetleri içeren branşlarda göstermiş olduğu bilgisi alınmıştır. Ancak bu gibi branşlara gelmeyi erteleyen hastalar, krizin etkilerini yitirmesi sonrası tekrar tercihte bulunmuşlardır. Bu durum bir dönem azalan hasta sayısının hızla yükselmesini beraberinde getirmiştir.

İlgili dönemde hastaların ertelenebilir hizmetlere olan tercihlerinde azalma sözkonusu olsa da bu durumun pandeminin etkisini yitirmesiyle aksine artışla sonuçlandığı görülmüştür. Kurumlar bulaşıcı hastalık sebebiyle kayıp yaşanan branşların, pandeminin etkisini yitirmeye başlamasıyla birlikte hasta sayılarının arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca hastalar, döneme yönelik olarak, poliçelerinde değişiklikte bulunmuş, sigorta kapsamlarını revize etmişlerdir.

#### 4.2.2. Fiyatlandırma

Katılımcılara, ekonomik kriz dönemlerinde yaşanabilecek gelir kayıplarının etkilerini azaltmak amacıyla fiyat artışı veya daha fazla hizmet satılabilmesi için fiyat düşürmeye yönelik bir strateji belirleyip belirlemedikleri, ek olarak bu gibi dönemlerde önemli bir gelir kaynağı olarak, sigorta şirketleri ile yapılan sözleşmelerde, hizmet fiyatlarına yönelik revizeler yapıp yapılmadığına ilişkin sorular yönlendirilmiştir. A1, 6 ayda bir yapılan fiyat regülasyonlarına ek olarak fiyat değişiminde bulunmadıklarını belirterek eklemiştir: “Sıklıkla fiyat değişimi yapan kurumlarda hasta memnuniyetsizliği meydana gelebilmektedir. Hastalarda bu durum merak uyandırabiliyor.” Buna istinaden önceden belirlenmiş rutin değişikliklerin haricinde fiyatlar sabit tutulmaktadır. Ayrıca, sigorta şirketleri ile yapılan sözleşmelerin yenilenmesine ilişkin olarak, hastanenin şirketlere yönelik taleplerinin yanında, sigorta şirketinin de hasar ve risklere yönelik değişiklikler talep edebilmekte olduğu bilgisi verilmiştir. Katılımcı, soruyu sigorta şirketlerinin tutumu kapsamında yanıtlayarak, “Özel hastaneleri kendi içlerinde gruplandırmaktadırlar. Hastaları daha ulaşılabilir kurumlara yönlendiriyorlar. Ekonomik kriz koşulları, sigorta şirketlerine risk primlerini düşürme fırsatı sunmaktadır.” şeklinde ekleme yapmıştır.

B2, gelir kaybını maliyetleri düşürerek veya yeni hasta kanalları yaratarak önlemeye çalışmaktadır. Katılımcı şunları eklemiştir: “Kriz dönemlerinde fiyatlarımızı revize etmiyoruz. Sonuçta bir pazarlama stratejimiz ve rakip olarak gördüğümüz kurumlar mevcut. Dolayısıyla bu hastanelerin fiyatlandırma yapısına bakarak pozisyon almaya çalışıyoruz. Maliyet ölçtüğümüz hizmetler tabii ki olabilir. Ancak temelde

uygulanan strateji rakip analizlerini kapsamaktadır.” Sigorta şirketleri ile sözleşme yenilemeye yönelik ise herhangi bir stratejileri bulunmadığını söylemiştir. C3, fiyatlarda artış uygulandığını, küçük ölçekli bir özel hastane olarak kendilerini konumlandıklarını ve bu sebeple sigorta şirketleri ile ilgili revize taleplerinin karşılanmadığını ifade etmiştir. Ancak pandemi sürecinde yaşanan kriz döneminde sigorta şirketlerinin, fiziki olarak talep edilen evrakların sanal ortamda kabulü ile iş yüklerini hafiflettiğini de eklemiştir.

D4 kriz dönemlerinde fiyat değişikliğine gidilmediğini ancak pandemi dönemi, kendi laboratuvarlarını kurmaları sonrası PCR test fiyatlarında indirim uygulandığını belirtmiştir. Katılımcı burada maliyet düşüşünün fiyatlara olan etkisinden de söz etmiştir. Sigorta şirketlerinden ek talepte bulunulmadığını ancak sigorta şirketlerinin hastaneye karşı talepte bulunduğunu ve poliçe teminatlarını değiştirdiklerini eklemiştir. Katılımcı, “Covid-19 ile birlikte kalp rahatsızlıkları arttığı için poliçelerde değişiklik yapılıyor. Ancak bu değişiklikler, sigorta şirketi ve hastayı ilgilendirdiği için bizim tarafımızda büyük bir etki yaratmamıştır.” diyerek görüşünü belirtmiştir.

E5, TTB birim artışlarının fiyatlara etki ettiğini, kriz dönemi dahi olsa ek müdahale yapmadıklarını, buna karşılık hasta kaybını azaltmak amacıyla indirim politikaları uyguladıklarını söylemiştir. Ayrıca sigorta şirketleri ile anlaşmalarda da revizeye gidilmemektedir. F6, gelirin azalması neticesinde fiyat artışına gidildiğini, bu fiyat artışına ek olarak etkin gider yönetimi ile malzeme kullanımı ve harcamaların azaltılmaya çalışıldığını ifade etmektedir. Katılımcı burada, “Gelir kaybının yaratmış olduğu kâr kaybının etkisini azaltmayı hedeflemekteyiz. Sigorta şirketleri ile anlaşmalarımız, benzer statüdeki hastane anlaşmalarına bakarak ve ilgili oranları gözeterik, bu fiyatların ne çok altında ne çok üstünde olmayacak şekilde, hastaların bu kurumları tercih etmeleri yerine bizim kurumumuzu tercih etmesi hedeflenerek yapılmaktadır. Yani kriz dönemi fiyatlandırma politikalarımızda, rakip kurumların durumu önemli olmaktadır.” şeklinde ekleme yapmıştır.

G7, fiyat düşürerek hasta sayısını arttırmanın makul bir uygulama olmadığını belirterek şunları söylemiştir: “Sonuçta hastane olarak belirli gider oranıyla, belirli maliyetle çalışan gruplarız. Fiyatlarımız zaten çok yüksek seviyede değil. Fiyat düşürme stratejisi, hasta güvenini zedeler, maliyeti karşılayamama yönlü bir stratejidir bu. Kriz dolayısıyla, az gelen hastadan çok para almak, sağlık için etik bir strateji değildir.

Fırsatçılık kavramı sağlık sektörüyle yan yana gelmemesi gereken bir kavram ancak pandemi dönemi artan maliyetler, bu zamana kadar hiç kullanılmayan malzemelerin kullanılması, döviz artışı gibi durumlar fiyatlara doğal olarak yansımıştır.” Kurum, döneme özgü gelişmelere paralel olarak sigorta şirketleri ile anlaşmalarında revize yoluna gitmiştir.

H8, fiyatlarda revize yoluna gitmemiş, sigorta şirketleri ile anlaşmaları değiştirmemişlerdir. Katılımcı, olmayan bir hastaya yönelik politika uygulamanın mantıksız olduğu görüşündedir. K9, TTB’nin her yıl yapmış olduğu değişimlere ek olarak, kriz dönemi dahi olsa fiyat değişikliğine gidilemediği, sigorta şirketleri ile anlaşmalarda yenilemelerin yapılmadığı bilgisini vermiştir. L10, aynı şekilde fiyat ve anlaşmalar konusunda yenilemenin yapılmadığını belirtmiştir. Ancak ekonomide dalgalanmaların, döviz ve enflasyon artışı gibi, fiyatları doğrudan etkilediğini eklemiştir. Pandemi dönemi yaşanan ekonomik kriz döneminde, herhangi bir stratejik planlama yapmayan E5 için, kriz döneminde fiyatlarda indirim uygulanması durumu hasta kaybını önlemek adına yapılan anlık müdahale olarak nitelendirilebilmektedir. Burada stratejik yaklaşımın öneminden söz edilebilir.

Araştırmaya konu olan hastanelerin %50’si fiyat değişikliğine gidilmediğini belirtmiştir. 2 kurum devletin belirlemiş olduğu kriterler çerçevesinde fiyatlarını oluşturduklarını buna göre revizelerin söz konusu olduğunu söylemiştir. Görüşmeler neticesinde, özel sağlık kurumlarının devlet kriterlerinden bağımsız olarak fiyat değişikliğine gitmediği gözlemlenmiştir. Yine rakip analizleri ve maliyet çalışmaları fiyat belirlemede oldukça önemlidir. Maliyet analizi ile ilgili çalışmalarda bulunan F6, fiyat artışı ile bunu uygulamaya geçirmektedir. Ayrıca görüşme yapılan kurumların %80’i anlaşmalı olduğu kurumlar ile kriz süreçlerinde sözleşmelerini revize etmemektedir ancak buna karşılık A1 ve G7 döneme göre revize talebinde bulunduklarını belirtmiştir.

#### **4.3. Yönetim Süreci Uzman Görüşleri**

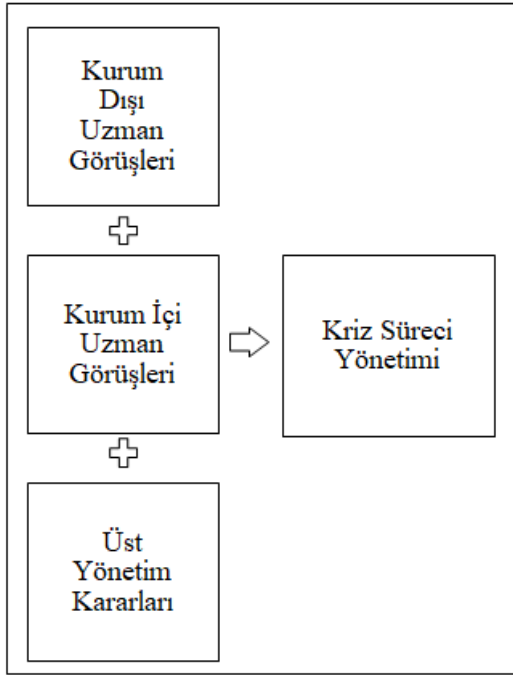
Katılımcılara, yönetim teması çerçevesinde, ekonomik kriz dönemleri için alınan kararların ve planlanan stratejilerin belirlenme aşamalarında rol alan, hastane hiyerarşisi içinde veya dış hizmet kapsamında danışılan kişilerin var olup olmamasına yönelik soru yönlendirilmiştir. Görüşme yapılan kurumların %80’i için kurum içinde ilgili birim

yöneticileri ile görüşme yapılarak karar alındığı bilgisi edinilmektedir. Bu bilgi doğrultusunda bulgular araştırmaya konu olan hastane bilgileri ile kıyaslanmıştır.

**Tablo 4-8: Karar Mekanizmaları**

| Karar Mekanizmaları                | Kurumlar                        |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Kurum Dışı Danışman                | D4, F6                          |
| Kurum İçi İlgili Alan Yöneticileri | A1, B2, D4, E5, G7, H8, K9, L10 |
| Holding                            | B2                              |
| Üst Yönetim                        | C3                              |

Yöneticilere, ekonomik kriz döneminde yönetim süreçleri için herhangi bir uzman görüşünden veya aynı kurum içinde ilgili bölüm yöneticilerinin fikirlerinden faydalanıp faydalanılmadığı ile ilgili soru yönlendirilmiştir. Burada A1, B2, D4, E5, G7, H8, K9 ve L10 olmak üzere sekiz kurum kendi alan yöneticilerinden faydalandıklarını belirtmiştir. B2, holdinge bağlı çalışmalar neticesinde alınan kararların, kendi kurumları için de geçerli olduğunu ifade etmiştir. C3, kriz dönemlerinde yalnız üst yönetim kararlarının geçerli olduğunu ifade ederken, D4 ve F6 olmak üzere iki katılımcı ise kurum dışında alanında uzman kişilerin fikirlerinden faydalandıkları bilgisini vermiştir. Kriz sürecinde, yönetim kararlarına etki gösteren üç unsur; üst yönetim kararları, uzman yönetici görüşleri ve kurum dışı uzman fikirleri olmak üzere Şekil 4.2’de gösterilmiştir.



**Şekil 4.2: Kriz Dönemi Yönetim Kararları**

Burada A1, özellikle tıbbi taraf olmak üzere kurum içi yöneticilerinin fikirlerinin önemli olduğunu belirtmiştir. Malzeme yönetiminde hekim görüşü ile muadil ürünlerin belirlendiği bilgisini vermiştir. D4, kurum içi yöneticilerin yönetsel görüşlerinden faydalandıklarını, kurum dışında uzman fikirlerin de çeşitli alanlarda döneme katkısı olduğunu belirtmiştir. Katılımcı, özellikle yaşanan son pandemi döneminde çalışanların moral ve motivasyonlarının, hastalarla ilgilenilebilecek düzeyde tutulması gerektiği görüşünü savunarak, kişilere bununla ilgili uzman desteği sağladıklarını söylemiştir. Burada ekleme yapılmıştır: “Hastanemiz 32 yıllık olduğu için pek çok kriz görmüştür. Bahsettiğim motivasyon eğitimleri için faydalandığımız dış destekler dışında, yönetsel kararlarda kendi yöneticilerimizin fikirleri, krizi çözümlemeye yeterli olmaktadır.”

E5, üst yönetim kararlarını birim yöneticilerinin görüşleri ile entegre ederek ilerlediklerini belirtmiştir. F6, alanında uzman kişilerin görüşlerinden finansal konularda faydalandıklarını söylemektedir. G7 bu durumu şöyle açıklamaktadır: “Pandemi örneği üzerinden gidilecek olunursa, kimsenin bilmediği, tahmin edemediği bir kriz sürecinin içine girdik. Dolayısıyla herkeste kafa karışıklığı söz konusu oldu. Tepeden bir karar alıp aşağıda bunu uygulamak oldukça zor. Korkulu ve tedirgin bir

dönemde insanların cesaretlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu nedenle son karar üst yönetime ait olsa dahi, alt yöneticilerle bir araya gelerek onların da fikirleri alınmıştır.”

K9, bu gibi ekonomik kriz dönemlerinde, tecrübeli genel müdürlerin, alt kademe çalışanları ile entegre şekilde ilerlemesi gerektiğini savunmaktadır. Katılımcı, burada önemli olanın kişilerin liderliği olduğu fikrindedir. L10, kadronun ekonomik kriz süreçleri konusunda deneyimli olduğunu belirterek, bu dönemlerde dış desteğe ihtiyaç duyulmadığını, yöneticiler arasında rutin toplantılar düzenlenerek fikir alışverişi ile krizin etkilerini azaltmaya çalıştıklarını ifade etmiştir.



## 5. TARTIŞMA

Ekonomik yapılanmanın hemen her sektörü etkilediği düşünülecek olunursa, yaşamsal uygulamaların ve ertelenemeyen bir hizmet sunumunun söz konusu olduğu sağlık kurumlarında bu yapılanmayla birlikte ekonomik krizlerin etkisi kaçınılmazdır. Ekonomik krizlerin, dönemin ithalat ve ihracatını etkilemesi neticesinde; stok teminlerinde yaşanan zorluklar, global ilişkilerde görülen olumsuzlukların sağlık turizmine etkileri ve yabancı hasta kayıpları, hanehalkının yaşanması muhtemel gelir kayıplarının hizmet alımında yaratmış olduğu düşüşler, hastane yönetiminde karşılaşılabilecek aksaklıklar arasında gösterilebilmektedir.

Sosyal bir hizmet sunan hastane işletmeleri için krizin etkilerini mümkün olan en kısa sürede gidermek, hizmetin niteliklerinden dolayı gerekli görülmektedir. Buna yönelik, araştırmanın temel varsayımı, hastane yöneticilerinin olası bir ekonomik kriz halinde stratejilerinin bulunup bulunmadığını belirlemek, bu strateji ve uygulamaların tespit edilmesi ile birlikte çalışmanın, yaşanabilecek olağanüstü durumlar için yöneticilere kaynak olmasıdır. Ekonomik krizlerin hastane yönetimi üzerinde araştırılması, yönetimin konu ile ilgili almış olduğu kararlar ve uygulamalar üzerine nitel bir araştırma daha önce yapılmamış olup çalışmanın literatürde ilk olması özelliği ön plana çıkmaktadır. Ayrıca araştırmanın yapılmış olduğu dönemin özellikleri, yaşanan sosyal ve ekonomik olgular göz önünde bulundurularak soruların teması belirlenmiştir. Bu yönüyle, araştırma, yapıldığı dönem yaşanan salgın hastalık krizi için hastane yöneticilerine yol gösterici niteliktedir. Görüşmeler neticesinde elde edilen bulgular ile şekillenen öneriler çalışmanın devamında açıklanmıştır.

Stok yönetimi ile ilgili olarak, belli malzemelere olan talep artışının krizi daha fazla etkin hale getirmesi, haliyle bu durumda yaşanan fiyat artışları ve tedarik sorunlarının getirisi olarak ürün kalitesinden ödün verilmesi gibi sonuçlar göze çarpmaktadır. Burada A1, “İnsan hayatıyla iş yapan bir kurum olmamız sebebiyle bazı ürünler için yüksek maliyete katlanıyoruz.” diyerek sunulan hizmetin telafi edilebilir bir hizmet olmadığını vurgulamıştır. Kurumlar bu gibi kriz durumlarında, sunulan hizmetin muhatabının insan olduğunu göz önünde bulundurarak ürün temininde bulunmalıdır. B2, dönemin stok yönetiminde karşılaşılan maddi kaybı, sunmuş olduğu otelcilik hizmeti ile telafi etmektedir. Diğer bir varsayım olarak, ekonomik kriz döneminde özel

hastanelerin hizmet sunumu kapsamında katlanmak zorunda oldukları stok maliyetleri, klinik hizmet ile değil sunulan otelcilik hizmeti sekmesinde yaratılabilecek gider kısıtlamalarıyla dengelenebilir, denilmektedir. Bu sayede asıl hizmet sunumunda aksama olmamakta, yan hizmet ile kısıtlama yoluna gidilerek sağlık hizmeti üretimi sürdürülmektedir.

1994 yılında yaşanan ekonomik kriz sonucunda, ithalat ile ürün temin eden hastane işletmeleri için maliyet artışı söz konusu olmuştur. Ancak maliyetlerde görülen bu artışın etkileri, sosyal bir sorumluluk taşıyan hastanelerin stok yönetimi kapsamı dışındadır. Hastaneler, vermiş oldukları sağlık hizmetlerinde azalmanın söz konusu olmadığını ve yönetimin bu duruma yönelik hareket etmesi gerektiğini göz önünde bulundurmalıdır (Özşahin, 1997). Bu bilgiler ile paralel olarak, araştırma sonucunda hastane işletmelerinin, sunulan hizmetin niteliği gereği herhangi bir ekonomik kriz durumunda hizmet sunumunda duraksama seçeneğinin olmadığı gözlemlenmiştir. Bu gibi durumlarda malzeme alımının sürdürüldüğü, buna yönelik hizmet kalitesinden ödün verilebildiği veya yüksek maliyete katlanılabildiği bilgisi alınmıştır.

F6, stok temini sırasında katlanmak zorunda olduğu döviz giderlerine karşılık olarak ilgili dönemde yabancı hasta odaklı çalışıldığını ve bu sayede ithalat-ihracat dengesini koruduklarını belirtmektedir. Buradan, hastanelerin sağlık turizmine ilişkin çalışmalarının kriz dönemlerinde kurtarıcı bir rol oynadığı söylenebilmektedir. Zincir hastane olarak araştırmada yer alan, yüksek şube sayısına sahip H8, şubeler arası stok temininin kriz dönemlerinde ürün sağlama konusunda avantajlı bir uygulama olduğunu belirtmektedir. Burada, kurumların aynı hizmeti veren farklı şubelere sahip olması durumunun, özel hastane işletmeleri için önemli bir kazanım olduğu düşünülmektedir.

Yine araştırma bulguları neticesinde elde edilen bir diğer varsayım tedarikçi çeşitliliğini kapsamaktadır. Buna göre, düşük fiyat sekmesinden yüksek fiyat sekmesine kadar her seviyede ürün temin edilebilen farklı tedarikçiler üzerinden düzenli alım yapılması halinde, ekonomik kriz süreci için temin kolaylığı göz önünde bulundurulması gereken önemli bir stok yönetimi stratejisidir. Burada firmaların güvenilir ve kolay ulaşılabilir olması önemlidir. D4, durumu birimler arası ürün dağıtımında hizmet boyutuna göre öncelik verildiğini ifade etmiştir. Buna göre merkezi dağıtım sisteminin etkili ve verimli yönetilmesinin önemi vurgulanabilir. Kurumlara,



ekonomik kriz yaşanmaması halinde de uygun ve yüksek fiyatlı farklı tedarikçilerden düzenli alımlar yapılarak tedarikçi portföylerini geniş tutmaları önerilmektedir.

Salgın hastalık süreci için personel yönetimine ilişkin en belirgin varsayım D4'e ait strateji kapsamında açıklanacak olunursa, çalışanların işten çıkarılarak maliyet azaltma yoluna başvurulması sonucunda, var olan personelin çalışma saatlerinin arttırıldığı ve bu doğrultuda tekrar maliyete katlanmak zorunda kalındığı şeklindedir. L10 bu durumu, "Bu durumda personel istihdamında düzenleme yapılması iş yükü artışına sebebiyet verebilir. Haliyle hastalara memnuniyetsizlik olarak yansiyacaktır." şeklinde açıklamaktadır. Yöneticilerin, kriz dönemlerinde çalışan memnuniyetini sağlayarak bu memnuniyet halini hastalara yansıtması önerilmektedir. İnsan odaklı hizmet sunumunu kapsayan hastane işletmeleri için personel yönetiminin etkin ve verimli yapılması, uygun iş dağılımının gerçekleştirilmesi tüketiciye doğrudan yansımaktadır.

Ayrıca genel ekonomik krizlerin olumsuz etkilerinin, fiyatlara yansıtılmaması halinde bu kaybın personel maliyeti ile telafi edildiği gözlemlenmiştir. A1 bu durumu şu şekilde açıklamaktadır: "Eğer müdahalelerin olduğu bir ortamda fiyatta bir değişiklik yapamıyorsanız personel maliyetinizi düşürmek zorundasınız. Bunun önüne maaş zamlarını öteleyerek, devlet desteklerinden yararlanarak geçilebilmektedir." Bu durumda, ekonomik krizlerin olumsuz etkileri hasta yani dış müşteri kapsamında kendini göstermiyorsa, iç müşteri yani personel kapsamında hakimiyetini sürdürecektir denilebilmektedir.

Eğitim sektöründe, kriz dönemlerinde uygulanan insan kaynakları politikalarının örgütsel bağlılıkla ilişkisinin incelenmiş olduğu bir çalışmada; küçülmeye yönelik işten çıkarmaların yapılmasının ve bunu izleyen dönemde krizin bitmesiyle birlikte, bilgi ve tecrübe olarak yetkin kişilerin tekrar işe alımlarının gerçekleştirilmesinin maliyet artışına sebebiyet verdiği sonucuna ulaşıldığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada, çalışan sayısının azalmasının işletmenin ürün ve hizmet kalitesini düşürdüğü tespit edilmiştir (Tuğsal, 2016). Çalışmamızda, bu sonucu destekler nitelikte açıklamada bulunan L10, personel iş yükünün hasta memnuniyetsizliğine yol açacağı görüşündedir. Ayrıca C3, işten çıkarılan çalışanların krizin etkilerinin azalmasıyla tekrar işe alındığı bilgisini vermiştir. Bu doğrultuda yöneticilere, kriz dönemini kapsayan işten çıkarma uygulamalarına yönelik detaylı performans analizi yapmaları önerilmektedir.

Salgın hastalık sürecinin ekonomik boyutunun olumsuz etkilerine ilişkin konu kapsamında A1, sağlık sektörünün süreçten etkilenmediğini şu şekilde ifade etmektedir: “Türkiye’de aile hekimliğinde çözülebilecek bir konuyu hastanede uzman doktor ile çözmek isteyen bir toplum var. Bu durum köpük hizmet kavramını ortaya çıkarıyor. Bu dönemde azalan köpük hizmetler olmuştur.” Burada sektörün halihazırda sunmuş olduğu köpük hizmetin, salgın hastalık krizinden etkilenmiş olduğu dolayısıyla mecburi hizmet alımının devam ettiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durumda kurumlara, etkin birinci basamak sağlık hizmeti yönetimine ilişkin çalışmalar önerilmektedir.

Yine toplumun erteleyemeyeceği bir hizmet türü olarak sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştiren özel hastaneler, salgın döneminde çeşitli devlet desteklerinden de faydalanmış, maliyet artışını, salgını önleme amaçlı sterilizasyon çalışmaları, hasta sayısı artışı doğrultusunda personel istihdamı ve ilaç giderleri ile yaşamıştır. Bu salgını önleme çalışmalarına hastalara yönelik çevrimiçi hizmetler de eklenmektedir. Yine D4’e göre, maske kullanımı neticesinde mevsimsel hastalıklarda azalmalar, karantina ile birlikte gelişen hareketsizlik sebebiyle obezite ve estetik cerrahide artışlar söz konusu olmuştur. Bu durumda kurumlara hasta kaybının yoğun olarak yaşandığı bu gibi salgın hastalık dönemlerinde pazarlama ekibi ile çalışmalarını arttırmaları, tüketici analizleri yapmaları önerilmektedir. Ayrıca B2, D4 ve K9 dönemin pazarlama stratejisi olarak çevrimiçi doktor hizmeti verdiklerini ancak bu uygulamanın kısa soluklu olmasının yanında kısıtlı branşları kapsadığını eklemektedir. Buradan sağlık hizmeti için yüz yüze hizmet sunumunun daha etkili olduğu sonucuna ulaşılabilmektedir.

Salgın hastalık sebebiyle devlet tarafından karantinada kalma süresinin belirlenmiş olması, C3 için bir müdahale olarak algılanırken; E5 konuyla ilgili olarak koruyucu önlemler almıştır. Burada erken teşhis ve kontrollü şekilde süreci ilerletmek amacıyla personel için tarama testi maliyetine katlanmış, çalışanlara düzenli olarak PCR testi yapılması sağlanmıştır. Bu doğrultuda sağlık kurumları için bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek ve bu sebeple katlanılan iş gücü kaybını en aza indirmek amacıyla çalışanlara düzenli tarama testlerinin yapılması, kişilerin kontrollü şekilde çalıştırılması önerilebilir.

G7, dönem içinde artan altyapı harcamalarının bulunduğunu, servis odalarının yoğun bakım ünitelerine dönüştürüldüğünü belirtmiştir. Bu durum hastane bina yapısının ani krizler için yeterli alanının bulunmadığını ifade etmektedir. Sağlık hizmeti

sunucularına, sağlık ekonomisini ilgilendiren krizler başta olmak üzere ekonomik kriz dönemlerinde yaşanabilecek yapısal sorunların önlenmesi adına bina seçimlerinde uygunluk kontrollerinin yapılması ve gerekli düzenlemelerde bulunulması önerilmektedir.

L10 hastalıktan korunmaya yönelik masraflarda veya altyapı giderlerinde artış olsa dahi personelin evden çalışması sonucunda yemek, elektrik, güvenlik ve temizlik gibi bir takım gider kısıtlamaları ile durumun dengelediğini ifade etmektedir. Bu dönem özellikle artış yaşanan uygulamalar arasında yer alan evden çalışma modeli ile gider kısıtlamalarına gidildiği gözlemlenmiş, özel hastaneler de yeni bir bakış açısı kazanmıştır. Çalışanlar için evden çalışma modeline uygun zemin hazırlanması, gerekli sistem altyapısının hazır hale getirilmesi öneride bulunulabilecek diğer bir konu olarak gösterilmektedir. Kurumların %80’lik büyük bir çoğunluğunun devlet desteği olarak kısa çalışma ödeneğinden faydalandıkları, salgın hastalık krizinin personel planlamasında önemli ölçüde etkili olduğu gözlemlenmiştir. Bunun yanında dışarıdan danışman desteği alan iki kurumun da devletin sunmuş olduğu Covid-19 hasta ödeneğinden faydalandıkları tespit edilmiştir. Bu durum, alanında uzman kişiler ile çalışmanın, fırsatları değerlendirmede etkili olduğunu göstermektedir.

Ekonomi dışı faktörlerin etkisine ilişkin olarak, kurumların %90’ı oryantasyon veya iş sağlığı ve güvenliği konulu eğitimlerinin verilmesi yönünde uğraşlar vermektedir. Ancak F6, konuya herhangi bir strateji dahilinde değil var olan işi sektörün sağlık sektörü olması dolayısıyla zaruri hizmet kapsamında bakmaktadır. G7, “Gelirinizin büyük bir kısmını yabancı hasta oluşturuyorsa böyle bir durum sizi olumsuz etkiler. Şu an pandemi sürecinin getirmiş olduğu uçuş yasağı ile azalan yabancı hasta sayısının olumsuz etkileri gibi. Bu nedenle ekonomide genel kural olan her şeyi tek sepete koymamak gerekiyor. Sosyal Güvenlik Kurumlu hastanız olduğu kadar ücretli hastanızın, özel sağlık sigortalı hastanızın olması gerekmektedir. Eğer dengeli bir dağılım varsa başarılı olunur.” Bu açıklamalar doğrultusunda özellikle tahmin edilebilir olmayan ve ekonomik krizleri beraberinde getiren, sosyal bazı olaylara yönelik olarak özel hastanelerin her kategoride hasta profiline sahip olmaları gerekmektedir. Hasta türünün dengeli dağılımının, krizden etkilenen spesifik bir kitle olması halinde hastane gelir yönetiminde avantaj sağlayacağı düşünülmektedir.

D4, kriz sürecinde fiyat değişikliğine gidilmediğini ancak kurumun kendi laboratuvarlarını kurması sonrası PCR test fiyatlarında indirim yapılabildiğini belirtmiştir. G7, aynı şekilde laboratuvar hizmeti vermeye başlamış, bu sayede pandemi dönemi yaşanan maddi kaybı farklı gelir kaynakları ile telafi edebildiklerini ifade etmiştir. Burada dış kurumlara yaptırılan tetkiklerin kurumun kendi ünitelerini kurmaları halinde çok daha uygun maliyete katlanıldığı görülmektedir. Bu doğrultuda azalan maliyet ile birlikte hastalara yüksek seviyede indirim uygulanabileceği ve hasta sayısında artış sağlanabileceği düşünülmektedir.

Özellikle salgın hastalık temelinde gelişen ekonomik krizlerin olumsuz etkileri için hastalığın yayılmasını engellemek amacıyla hizmet, dijital iletişim kanallarıyla sunulabilir. Burada hastane yöneticilerine önerilen, hekimin hastayı görmeden de verebileceği sağlık hizmetinin bu doğrultuda geliştirilmesi ve bir takım reçete taleplerinin telefon gibi iletişim yolları ile çözülebilmesi için düzenlemelerin yapılmasıdır. Bu sayede hastanın kalabalık ortamlarda bekletilmesinin, haliyle hastalığın yayılmasının ve bununla birlikte oluşabilecek ekonomik kayıpların önüne geçilmiş olunacaktır.

Sadık hasta grubu olarak nitelendirilebilen hastaneye düzenli gelen hasta grubu için ilgi ve desteğin artırılması hastalara yönelik davranış modelinin yeniden şekillendirilmesi, devamlılık açısından önem taşımaktadır. Burada hasta odaklı yaklaşımın benimsenmesi önerilmektedir. Bu gibi dönemlerde tamamlayıcı sağlık sigortası bulunan hasta sayılarında gözlemlenen belirgin artış, kurumda bu tip sigorta türünün geçerliliğinin önemini ifade eden bir bulgudur. Yine ilgili dönemde hizmetler için indirim politikaları hasta sayısında meydana gelebilecek azalmayı önlemeye yönelik stratejiler arasında gösterilebilmektedir. Kaybedilen hasta sayısını geri kazanmaya yönelik olarak kurumlara iletilebilecek bir diğer bakış açısı olarak, kuruma ilk kez gelen hasta sayıları üzerinden analiz yapılabilmektedir. Burada, ilk gelen hasta sayısının, son iki yılda artık kurumu tercih etmeyen eski hasta sayısından büyük olması önerilmektedir.

Ekonomik kriz dönemlerinde, hizmet fiyatlarında yapılabilecek sık değişimlerin, hasta memnuniyetsizliğine sebep olabileceği ihtimali göz önünde bulundurulması gereken diğer önemli bir konu olmaktadır. Hastalar haliyle bu değişimden rahatsız olabilmektedirler. Kurumlara yapılan görüşmeler neticesinde, fiyat politikalarının sık

aralıklarla revize edilmemesi önerilmektedir. Halihazırda rutin fiyat yeniliklerinin yapılıyor olması dönemin şartları doğrultusunda yapılması gereken değişiklik için yeterli bulunmaktadır. G7, az gelen hastadan çok para almak durumunun, sosyal bir hizmet olan sağlık kavramı ile etik açıdan örtüşmediğini savunmaktadır. Burada yöneticilere, sağlık hizmetinin yönetim sürecinde, etik değerlerin öneminden söz edilebilmektedir.

Verilen cevaplar neticesinde, bu dönemde sigorta şirketlerinin kurumlara yönelik hasar ve risk değişikliklerine gidebildiği gözlemlenmiştir. Ekonomik kriz koşulları, sigorta şirketlerinin risk primlerini düşürme fırsatı yaratmaktadır. Bu kapsamda hastanelerin sigorta şirketleri ile yapmış oldukları sözleşmeleri, ekonomik kriz ihtimalleri dahilinde şekillendirmeleri önerilmektedir. Doğru fiyatlandırma için kurumların ayrıca, rakip analizlerinde bulunmaları sektörde öne çıkmaları için önemli bir etmendir. Kurumlara düzenli şekilde maliyet analizleri yapılarak, finansal raporlamalar gerçekleştirilerek, hizmet üretiminde etkin ve verimli bir yol izlenmesi ve bu etmenlerin yanında yaşanabilecek ekonomik krizler, haliyle krizler neticesinde gelir kaybı yaşayacak olan hanehalkı ve bunun sonucunda düşüş yaşanacak talepler göz önünde bulundurularak doğru fiyatlandırmanın yapılması önerilmektedir. Araştırma kapsamında hastane yöneticileri için; ekonomik kriz dönemlerinde, toplumsal bir çerçevede değerlendirilmesi gereken sağlık hizmetine yönelik mevcutta sunulan devlet desteklerinin takibi, etkin satın alma yönetiminin araştırılması, hizmet sunumunun mecburi olması dolayısıyla ulaşılabilirlik yönünün güçlendirilmesi, iç ve dış müşteri kapsamında hizmet sunumunun değerlendirilerek optimum fiyatlandırmanın yapılması önerilmektedir.

Bilgi asimetrisinin yoğun olarak gözlemlendiği sağlık sektörü için karar alıp vermede alanında uzman fikirlerin entegre edilmesi oldukça önemlidir. Yine baskı ve stresin özellikle salgın hastalık etkisiyle söz edilen ekonomik kriz dönemlerinde çalışanlar üzerindeki etkisinin kaçınılmaz olduğu söylenebilmektedir. Bu gibi durumlar için kurumların, ilgili alanlarda uzman kişilerden motivasyon temelli destek almaları çalışan verimliliği ve iş kalitesi kapsamında oldukça önemlidir. Ayrıca kriz dönemleri haricinde genel işleyiş sürecinde de kurum yöneticilerinin yetkin kişiler olmaları, olağanüstü durumlarda geliştirecekleri fikirlerin etkililiği açısından önem taşımaktadır. Bunun yanında, kurumların ekonomik krizler ile başa çıkabilmeleri, bu gibi dönemlerde

finansal gelişmeleri yakından takip edebilmeleri ve en az kayıpla etkin, verimli hizmet üretebilmeleri için dış finansal destek almaları faydalı olacaktır. Yine tüm yöneticilerin uzmanlık alanları doğrultusunda alınacak kararların tepe yönetim tarafından doğru koordine edilmesi de oldukça önemlidir.

Pandemi dönemi hastane bilgi yönetim sistemleri ve tıbbi dokümanların önemi üzerine yapılan bir araştırmada, dijitalleşmenin işbirliğini kolaylaştırdığı görüşü savunulmaktadır. Ayrıca pandemi ile mücadelede başarılı olmanın yollarından biri de dijital altyapının modernize edilmesi ve geliştirilmesi olarak görülmektedir (Tuncay, 2020). Çalışmamızda C3, pandemi süresince sigorta şirketlerinin, fiziki olarak talep etmiş oldukları evrakları, sanal ortamda kabul ettiğini ve bu doğrultuda iş yüklerinin azalmış olduğunu belirtmiştir. Buradan, dijitalleşmenin uygulamada görülen faydası tespit edilmiştir.

Krizin etkilerini en aza indirmek için her aktörün rolünün farklı olmasının yanında hükümetler için bakanlıkları aracılığıyla ülkenin sağlık politikasından ekonomisine, eğitim politikasından dış politikasına kadar her alandaki düzenlemelerini titizlikle yerine getirmekle sorumlu olduğu söylenebilmektedir. Gürcün ve Cömertler konuyla ilgili olarak hükümetlerin; sektör bazında destekler, vergi indirimleri ve borç ötelemeleri ile destek vermelerinin önemini vurgulamaktadır (Gürcün & Cömertler, 2020). Çalışmamızda bu desteğin, pandemi sürecinde, hastane işletmelerine yönelik boyutu ele alınmıştır. Katılımcılar desteğin personel yönetimi kapsamında görüldüğü, devlet bankalarının vergi ötelemeleri ile sürece katkı sağlamış oldukları bilgisini vermiştir.

Bir başka araştırmada, kriz dönemlerinde bireylerin her türlü harcamalarını gerçekleştirebilmek için gerekli olan harcanabilir gelirlerinin azalması üzerinde durulmuştur. Kişilerin gelirlerinin azalması, tüketim harcamalarının kısılmasına neden olacaktır. Böyle bir durumda sağlığa ayrılan payda azalma yaşanacağına ve ithal ilaçların fiyatının yükselmesi gibi gelişmelerin sağlık sektörünü satın alma kapsamında olumsuz yönde etkileyeceğine değinilmiştir (Memişoğlu & Durgun, 2011). Çalışmamızda katılımcılar, sağlık hizmetinin süreklilik gerektirdiğini, talebin salgın hastalık krizi halinde de devam ettiğini belirterek, hastaların taleplerinin yalnızca ertelenebilir sağlık hizmetlerinde azaldığını ancak bu durumun kriz sonrası hızla eski seyrine döndüğünü ifade etmişlerdir. Ekonomik kriz dönemlerinde zorunluluk veya acil

durum gerektiren harcamalar haricinde geriye kalan bütün harcamalarda kısma eğilimine gidilmektedir. Sağlık harcamalarının vazgeçilmez yönünü vurgulayan bir araştırmada harcamaların vazgeçilemez, ertelenemez ve başka bir hizmet türü ile ikame edilemez özelliği nedeniyle ekonomik kriz dönemlerinde de güncelliğini koruduğundan bahsedilmiştir (Bülbül, 2020). Çalışmamız, genel ekonomik krizler kapsamında yapılan bu araştırmayı salgın hastalık krizi boyutunda incelemiş olup, hizmet devamlılığını destekler niteliktedir. Ancak burada, salgının yayılmaması adına hizmetin niteliği doğrultusunda genel ekonomik krizlerin aksine dönemsel duraksamaların görüldüğü branşlar söz konusu olmuştur.

Pandemi sürecinde, hastane yönetiminde liderlik kavramı üzerine yapılan nitel bir araştırmada, araştırmaya konu olan hastanelerin çoğunun başhekim liderliğinde bilim kurulu kurdukları, yapılan görüşmeler neticesinde ortak kararlar alındığı ve bu yöntemle doğru karar ulaşılmaya çalışıldığı bilgisi edinilmiştir (Çırpan ve Güner, 2021). Liderlik temalı çalışmada yer alan bu görüşleri destekler nitelikteki, krizin pek çok yönüyle araştırıldığı çalışmamızda yöneticilerin, kriz sürecinde çalışanların kuruma kazandırılmaları gerekliliği öne sürülerek, üst yönetimin almış olduğu kararların, alt yönetim ile de görüşülerek şekillendirildiği ve bilgi entegrasyonuna önem verildiği bilgisine ulaşılmıştır. Buradan, yöneticilere bu gibi olağanüstü durumlarda, çalışanlar arası fikir alışverişinin ve tecrübe paylaşımlarının göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Afşar, M. (2011). Küresel kriz ve Türk bankacılık sektörüne yansımaları. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6, 143 - 171.
- Ağdemir, H. (2012). *Sağlık sektöründe Aile Hekimliği Yeri Ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma*. Mersin: T.C Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Ağır, H. & Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 643 - 670.
- Ağırbaş, İ. (2016). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akalın, B. (2018). *Sağlık Sisteminde Cevap Verebilirlik*. İstanbul: Hiperlink.
- Akat, A. S. (2007). *Makro İktisat Ders Notları*. Erişim 19.04.2020. Asaf Savaş Akat: <https://akat.bilgi.edu.tr/pdf/makro07-9.pdf>
- Akçay, Ü. (2018). 2018-2019 Krizinin Aşamaları. *Gazete Duvar*. [https://www.gazeteduvar.com.tr/yazarlar/2018/12/27/2018-2019-krizinin-asamaları/adresinden\\_alindi](https://www.gazeteduvar.com.tr/yazarlar/2018/12/27/2018-2019-krizinin-asamaları/adresinden_alindi)
- Akçay, Ü. (2018). *Beş Soruda 2018-2019 Ekonomik Krizi*. Erişim 20.05.2021. *Gazete Duvar*: <https://www.gazeteduvar.com.tr/yazarlar/2018/12/13/bes-soruda-2018-2019-ekonomik-krizi/>
- Akçay, Ü. & Güngen, A. R. (2016). *Finansallaşma, Borç Krizi Ve Çöküş*. İstanbul: Nota Bene Yayınları.
- Akdağ, Y. (2012). *Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği*. Pamukkale: Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Akdoğan, S. K. (2012). Türkiye’de mali serbestleşme süreci ve krizlerin kısa bir özeti. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14, 189-207.
- Akerlof, G. A. (1970). The market for “Lemons” quality uncertainty and the market mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84, 488-500.
- Akın, F. (2017). Finansal krizlerin Türk ekonomisine etkileri ve bu krizlere karşı alınan ekonomik politikalar. *İş ve Hayat*, 3, 27-41.
- Alacahan, E., Baktır, Y., Sur, H. & Yılmaz, S. (2019). Sağlık harcamalarının hanehalkı gelirleri üzerinde katastrofik etkisi. *Social Sciences Studies Journal*, 5, 4581-4586.



- Alpago, H. & Alpago, D. O. (2020). Koronavirüs salgınının sosyoekonomik sonuçları. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 8, 99-144.
- Alpugan, O. (1984). Sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 40, 134-157.
- Altay, E. (2015). *Bankacılıkta Risk*. İstanbul: Derin Yayınları.
- Altıntaş, H. (2004). Bankacılık krizleri, nedenleri ve ekonomik maliyetleri. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22, 39-61.
- Apak, S. (2009). 1929 ve 2008 Krizlerinin karşılaştırılması: Dünya ve Türkiye örneği. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 41, 6-16.
- Aracı, K. A. (2010). *1929 Büyük Ekonomik Buhran'dan 2008 Ekonomik Krizi'ne Dünya Ekonomik Krizleri ve Türk Tekstil Sektörüne Etkileri*. Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Tarım Ekonomisi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Artan, S., Hayaloğlu, P. & Demirel, S. K. (2017). BRICS ülkelerinde kamu sağlık harcamaları etkinliğinin belirleyicileri. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 7, 9-28.
- Ashworth, P. & Greasley, K. (2009). The phenomenology of approach to studying: The idiographic turn. *Studies in Higher Education*, 34, 561-576.
- Asunakutlu, T. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*. Erişim 05.11.2021. Can Aktan: <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/asuna.pdf>
- Ata, H. A. (2009). *Krizde Nakit Yönetimi*. Bursa: Ekin Yayınevi.
- Atabey, S. E. (2020). *Sağlık Sistemleri Ve Sağlık Politikası*. Gazi Kitabevi: Ankara.
- Atasever, M. & Bağcı, H. (2020). *Türkiye Sağlık Sistemi*. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Ateş, K. (2004). Finansal krizlerden bankacılık krizlerine bir değerlendirme. *Piyasa Dergisi*, 11, 195- 215.
- Atila, M. & Çelikkaya, S. (2020). Ekonomik krizlerin toplumsal izdüşümü: Türkiye'de yaşanan ekonomik krizlerin işsizlik, suç ve intihara yansımaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11, 245-258.
- Ay, H. & Uçar, Ö. (2015). Üç küresel ekonomik krizin analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 11-32.
- Ayla, D., Karış, Ç. & Kızıltan, A. (2019). Ekonomik krizlerin sosyal etkileri: Türkiye üzerine bir uygulama (1980-2016). *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33, 415-434.

- Aytaç, Ö. & Kurttaş, M. Ç. (2015). Sağlık hastalığının toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25, 231-250.
- Ayvalı, M. (2017). 1987 Wall Street Krizi: Kara Pazartesi. Erişim 10.01.2021. Bireysel Yatırımcı: <https://www.bireyselyatirimci.com/1987-wall-street-krizi-kara-pazartesi/>
- Bahar, O. & İlal, N. Ç. (2020). Coronavirüsün (Covid-19) turizm sektörü üzerindeki ekonomik etkileri. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 6, 126-139
- Bakan, İ., Akyüz, M., Eyitmiş, A. M. & Doğan, İ. F. (2011). Ekonomik krizin insan davranışları üzerine etkilerine yönelik Malatya'da bir alan çalışması. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1, 1-24.
- Baldwin, R. & Mauro, B. W. (2020). *Economics in the Time of Covid-19*. London: CEPR Press.
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5, 368-388.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4, 129-140.
- Başuzman, B. F. (2007). *Piyasa Aksaklıkları, Ekonomik Faaliyetler ve Hukuki Düzenleme*. Erişim 25.06.2021. Sermaye Piyasası Kurulu: <https://www.spk.gov.tr/SiteApps/Yayin/YayinGoster/928>
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *Faculty of Health and Society*, 2, 8-14.
- Berberoğlu, B. (2009). 2001 Ekonomik Krizinin Türkiye sanayi sektörü üzerindeki net kriz etkisinin analizi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, 31-52.
- Bingül, B. A., Türk, A. & Ak, R. (2020). Covid-19 bağlamında tarihteki büyük salgınlar ve ekonomik sonuçları. *Turkish Studies*, 15, 190-200.
- Bircher, J. (2005). Scientific contribution towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 335-341.
- Boz, C., Çonak, Ö. & Önder, E. (2018). *Sağlık Ekonomisi ve Karar Verme*. Bursa: Dora Yayınevi.
- Budak, F. (2019). *Sağlık Statüsü Belirleyicileri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Buhur, S. (2020). Koronavirüs sürecinde devletin mali ve iktisadi rolünün değerlendirilmesi. *Mali Hukuk Dergisi*, 16, 1895-1924.

- Bulduklu, Y. & Karaçor, S. (2017). Sağlık hizmetlerinde kriz iletişimi ve yeni medya. *Atatürk İletişim Dergisi*, 14, 279-296.
- Bülbül, F. (2020). *2000 Yılı Sonrası Türkiye’de Yaşanan Ekonomik Krizlerin Sağlık Harcamaları Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi*. Ankara: Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Büyükkara, G. (2019). *Finansal Krizler Yolsuzluklar Ve İstikrar*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Can, A. & İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve yöneticilik yönünden üniversite hastanelerinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13, 253-275.
- Canbaz, M. (2019). Economic crisis and budget policies in Turkey: A comparative analysis in terms of fiscal sustainability (1980-2018). *Journal of Economics, Business & Political Studies*, 6, 251-284.
- Coşkun, Y. (2012). Repo ve ters repo düzenlemeleri: Banker Krizi sonrası ortaya çıkışı ve finansal başarısızlık dersleri ışığında politika önerileri. *Business and Economics Research Journal*, 3, 59-90.
- Chen, J. (2020). *Stock Market Crash*. Erişim 25.10.2021. Investopedia: <https://www.investopedia.com/terms/s/stock-market-crash.asp>
- Cremer, H. & Pestieau, P. (2003). Social insurance competition between Bismarck and Beveridge. *Journal of Urban Economics*, 54, 181–196.
- Creswell, J. W. (2021). *Nitel Araştırma Yöntemleri, Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma Ve Araştırma Deseni*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: Kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26, 29-50.
- Çaman, Ö. K. & Çilingiroğlu, N. (2009). Ekonomik krizler ve sağlığa etkisi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28, 1-11.
- Çelik, Y. (2019). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelikay, F. & Gümüş, E. (2011). Türkiye’de sağlık hizmeti ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11, 177-216.
- Çeviş, İ. (2012). *Finansal krizler ve Para Politikası*. İstanbul: Lisans Yayıncılık.
- Çınar, F. & Özkaya, B. (2020). Koronavirüs (Covid-19) pandemisinin medikal turizm faaliyetlerine etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2, 35-50.

- Çıraklı, Ü. & Yıldırım, H. H. (2018). 1990'dan 2014'e kadar dünyada ekonomik kriz zamanlarında sağlık politikası tercihleri ve alınan önlemler: Teorik bir inceleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5, 39-47.
- Çırpan, H. & Güner, Ş. (2021). Kaotik durumlarda hastane yönetimi ve liderlik: Kovid-19 salgını üzerine nitel bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12, 449-465.
- Dağılğan, G. (2011). *Finansal Krizler ve Finansal Krizleri Belirleyen Faktörler: Türkiye Örneği*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Daştan, İ. & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5, 104-134.
- Delice, G. (2003). Finansal krizler: Teorik ve tarihsel bir perspektif. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20, 57-81.
- Demirci, A. (2020). *Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Çok Kriterli Karar Verme Teknikleri*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Demirci, A. & Manavgat, G. (2019). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Demirtaş, H. (2000). *Kriz Yönetimi Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. Erişim 25.11.2020. Dergi Park: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/108526>
- Devi, S. (2020). Economic crisis hits Lebanese health care. *The Lancet*, 395, 548.
- Dreher, A., Herz, B. & Karb, V. (2006). Is there a casual link between currency and debt crises? *International Journal of Finance and Economics*, 11, 305-325.
- Dura, C. (2009). *Ekonomik Kriz Nedir, Özellikleri Nelerdir, Nasıl Gelişir?* Erişim 03.04.2020. Prof. Dr. Cihan Dura: <http://www.cihandura.com/tr/makale/EKONOMIK-KRIZ-NEDIR-OZELLIKLERI-NELERDIR-NASIL-GELISIR-498>
- Durmuş, S. & Ayaydın, H., (2016). *Banka ve Finansal Sistem*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A. & Maresso, A. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*. Erişim 25.04.2021. WHO:

- [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)
- Eğilmez, M. (2013). *Gölge Bankacılık ve Çin*. Erişim 05.05.2021. Mahfi Eğilmez: <https://www.mahfiegilmez.com/2013/07/golge-bankacilk-ve-cin.html>
- Eğilmez, M. (2019, Nisan 7). Krizden Çıkışın Anahtarı. Haziran 18, 2020 tarihinde Kendime Yazılar: <http://www.mahfiegilmez.com/2019/04/krizden-cksn-anahtar.html> adresinden alındı
- Erbay, R. & Hemen, B. (2019). 1929 Ekonomik Buhranı'nın Türk Ekonomisi'ne etkileri ve buhran döneminde Keynesyen Yaklaşım. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, 124-130.
- Erdoğan, S. (2018). Körfez Krizi'nin Türkiye Ekonomisi üzerindeki etkileri (1989-1991). *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8, 33-47.
- Erdönmez, P. A. (2003). Türkiye'de 2001 yılındaki mali kriz sonrasında kurumsal sektörde yeniden yapılandırma. *Bankacılar Dergisi*, 47, 38-55.
- Erkaya, E. (2019). *Sağlık Hizmetlerinde Yapılan Harcamaları Etkileyen Faktörlerin Analizi; 2002-2017 Dönemi Türkiye Uygulaması*. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Ertaş, H. & Kırac, F. Ç. (2017). Küreselleşmenin ülkelerin sağlık sistemleri ve politikaları üzerine etkileri. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17, 28-34.
- Esen, Ş. & Yıldırım, F. (2019). Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi ve Politikaları: Güncel Sorunlar ve Araştırmalar. İçinde Y. Kubar, *Teorik Açından Sağlık Ekonomisi Analizi*. Çanakkale: Rating Academy Yayınları; 25-64.
- Fırat, E. & Tuğlu, D. (2019). Finansal kriz dönemlerinde kamu harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: 1998-2018 Türkiye örneği. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11, 1-10.
- Fischer, S. (2001). Exchange rate regimes: Is the bipolar view correct? *Journal of Economic Perspectives*, 15, 3-24.
- Ganiev, J. (2014). Küreselleşme, finansal piyasalar ve kriz. *İktisat Politikası Araştırmaları Dergisi*, 1, 117-129.
- Gemlik, N. (2018). *Hastane Yöneticiliği Temel Yaklaşımlar ve Öneriler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Gider, Ö. (2011). Ekonomik kriz dönemlerinin özel hastanelere etkileri: Bir özel hastanenin oran analizleri yöntemiyle finansal performansına bakış. *Öneri Dergisi*, 9, 87-103.
- Gider, Ö. (2004). *Hastanelerde İndirgenmiş Nakit Akımı Yöntemi İle Firma Değerinin Tespiti ve Ekonomik Katma Değer (EVA) Yöntemine Göre Finansal Performansın Değerlendirilmesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi
- Gool, K. V. & Pearson, M. (2014). *Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries*. Erişim 25.09.2021. OECD: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jxx71lt1zg6-en.pdf?expires=1654698997&id=id&accname=guest&checksum=C681EFEA8ACD9EEF28B70F1258C0DBBB>
- Gorton, G. & Metrick, A. (2010). Regulating the shadow banking system. *Brookings Papers on Economic Activity*, 41, 261-312.
- Guillaumont, P. (1999). *On The Economic Vulnerability of Low Income Countries*. Erişim 12.12.2020. OECD: <http://siteresources.worldbank.org/INTPOVERTY/Resources/WDR/stiglitz/Guillau2.pdf>
- Gürcün, D. & Cömertler, N. (2020). Türkiye'nin 2008 Küresel Ekonomik Krizi ve Kovid-19 kriziyle mücadelesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8, 305-316.
- Güzel, V. (2007). *Finansal Risk Değerinin Belirlenmesinde Kullanılan Sayısal Yöntemler: Arch/Garch Modelleriyle İMKB Uygulaması*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Hal, G. V. (2015). The true cost of the economic crisis on psychological well-being: a review. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 17-25.
- Hamzaoglu, O. (2010). Sağlık nedir, nasıl tanımlanmalıdır? *Toplum ve Hekim*, 25, 403-409.
- Harari, D., Keep, M. & Brien, P. (2021). *Coronavirus: Economic Impact*. Erişim 23.05.2020. UK Parliament: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-8866/CBP-8866.pdf>
- Hayran, O. (2012). *Sağlık Yönetimi Yazıları*. Ankara: Sage Yayıncılık.

- Heinemann, F. (2011). Economic crisis and morale. *European Journal of Law and Economics*, 32, 35–49.
- Hopkins, S. (2006). Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s Economic Crisis. *Health Policy*, 75, 348.
- Hotchkiss, D. R. & Jacobalis, S. (1999). Indonesian health care and the economic crisis: Is managed care the needed reform? *Health Policy*, 46, 195-216.
- İleri, Y. (2018). *Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Etkinlik ve Yerleşim Planının Önemi*. Konya: Eğitim Yayınevi.
- İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S. & F. Nur Aksakal, S. Ö. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: Sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25, 33-41.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. & Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85, 86-99.
- Işık, S. (2004, Mayıs). Post keynesyen finansal kırılganlık yaklaşımının Türkiye ekonomisindeki finansal krizlere (1991-2001) uygulanması. *İktisat İşletme ve Finans*, 218, 51-77.
- Kaitelidou, D., Katharaki, M., Kalogeropoulou, M., Economou, C., Siskou, O., Souliotis, K. & Liaropoulos, L. (2016). The impact of economic crisis to hospital sector and the efficiency of Greek public hospitals. *European Journal of Business and Social Sciences*, 4, 111 - 125.
- Kamacı, A. (2019). Politik istikrarsızlık ekonomik büyüme ilişkisi: 20 OECD ülkesi için panel veri analizi. *Ticari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3, 75-85.
- Kanberoğlu, Z. & Kara, O. (2013). Küresel krizlerin sosyal yaşam üzerindeki etkisi: Van ili örneği. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 31, 35-48.
- Kapar, R. (2012). Ekonomik krizlerin çalışanların sağlığı ve güvenliği üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 34, 73-100.
- Karabulut, G. (2001). *Gelişmekte Olan Ülkelerde Finansal Krizlerin Nedenleri*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Karagüven, H. Ü. (2009). Psychological impact of an economic crisis: A conservation of resources approach. *International Journal of Stress Management*, 16, 177-194.

- Karahan, H. & Karagöl, E. T. (2014, Mart). Ekonomik performansın temel taşı: Siyasi istikrar. *Seta Perspektif*, 41, 1-2.
- Kartal, G. & Öztürk, S. (2017). Türkiye'de politik istikrarsızlık ve ekonomik büyüme ilişkisi. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10, 250-270.
- Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2018). *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, E. & Özcan, R. (2009). *Yoksullukla Mücadelede Avrupa'nın ve Türkiye'nin Sosyal Yardım Modeli*. Erişim 20.05.2021. Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı: <https://www.aile.gov.tr/uploads/sygm/uploads/pages/uzmanlik-tezleri/13-yoksullukla-mucadelede-avrupa-nin-ve-turkiye-nin-sosyal-yardim-modeli-ersin-kaya.pdf>
- Kaykusuz, M. (2014). *Geçmişten Günümüze Finansal Krizler (1619-2014)*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Kaynak, S. Ö. (2003). *Ekonomik Krizler ve Enerji*. Erişim 01.01.2021. TMMOB Elektrik Mühendisleri Odası: [https://www.emo.org.tr/ekler/7d0e0329055e6dd\\_ek.pdf](https://www.emo.org.tr/ekler/7d0e0329055e6dd_ek.pdf)
- Kernick, D. P. (2003). Introduction to health economics for the medical practitioner. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 147-150.
- Kesebir, M. (2018). 2008 Küresel finansal kriz ve bu krizin Türkiye'deki ekonomik göstergelere etkisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 531-538.
- Kesgin, C. & Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın tanımı; Başa çıkma. *T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi Dergileri*, 4, 47-49.
- Keskin, H., Aksoy, Z. & Fidan, S.Ş. (2021) Yönetim ve organizasyon araştırmalarında yorumlayıcı fenomenolojik analiz yönteminin kullanılması: Sistematiik bir inceleme. *Business & Management Studies: An International Journal*, 9, 1437-1451.
- Kibritçioğlu, A. (2001). Türkiye'de ekonomik krizler ve hükümetler, 1969-2001. *Yeni Türkiye Dergisi, Ekonomik Kriz Özel Sayısı*, 7, 174-182.
- Kırlıoğlu, H. & Atalay, B. (2014). Sürece dayalı faaliyet tabanlı maliyetlemenin kapasite yönetimi açısından değerlendirilmesi ve bir hastane uygulaması. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 10, 99-119.



- Koçak, O. & Tiryaki, D. (2011). Sosyal devlet anlayışında sağlık politikalarının önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının değerlendirilmesi: Yalova örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, 55-88.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Laeven, L. (2011). Banking crises: A review. *Centre for Economic Policy Research*, 3, 17-40.
- Lusardi, A., Schneider, D. & Tufano, P. (2010). The economic crisis and medical care usage. *National Bureau of Economic Research*, 2-24.
- Mangır, F. (2006, Ocak). Finansal deregülasyonun (1989-2001) Türkiye ekonomisi üzerine etkileri: Kasım 2000 ve Şubat 2001 Krizleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16, 459-473.
- Memişoğlu, D. & Durgun, A. (2011). 2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye'de sağlık sektörü üzerine etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1, 81-100.
- Mishkin, F. S. (1998). International capital movements. *National Bureau of Economic Research*, 1-33.
- Mishkin, F. S. (1992). Anatomy of a financial crisis. *Evolutionary Economics*, 2, 115-130.
- Mohr, A. (2014). *Economic Crisis Factors*. Erişim 17.04.2020. Chron: <https://smallbusiness.chron.com/economic-crisis-factors-1720.html>
- Mossialos, E. & Thomson, S. (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Erişim 05.04.2020. WHO: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98448/E84885.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf)
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Perez, J. F. & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 983-993.
- Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 17, 424.
- Müslümov, A. & Aras, G. (2004). Kredi piyasalarında asimetrik bilgi ve bankacılık sistemi üzerine etkileri. *İktisat İşletme ve Finans*, 19, 55-65.

- Narjoko, D. & Hill, H. (2007). Winners and losers during a deep economic crisis: Firm level evidence from Indonesian manufacturing. *Asian Economic Journal*, 21, 343–368.
- Nart, E. Ç. (2015). Dış borç yönetimi açısından finansal kriz riski. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 30, 71-85.
- Notara, V., Koulouridis, K., Violatzis, A. & Vagka, E. (2013). Economic crisis and health. The role of health care professionals. *Health Science Journal*, 7, 149.
- Oğuzhan, G. & Kurnaz, M. (2018). Katastrofik sağlık harcamaları: Düşük gelirli ülke örnekleri. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3, 25-32.
- Okkay, İ. (2019). Küreselleşen dünyada kriz yönetiminin önemi. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6, 308-317.
- Oran, F. Ç. & Demir, Y. (2016). Kriz yönetim süreci: Türkiye'de faaliyet gösteren özel bir banka üzerine inceleme. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24, 195-213.
- Orçun, Ç. (2016). *Bireysel Yatırımcının Finansal Risk Algısı Üzerine Bir Araştırma*. Bursa: Ekin Basın Yayın Dağıtım.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-22.
- Orhaner, E. (2018). *Türkiye'de Sağlık Sigortası*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Orhangazi, Ö. (2019). Türkiye ekonomisinin yapısal sorunları. *Finansal Mülkiye Dergisi*, 43, 111-137.
- Özbilgin, İ. G. (2012). Risk ve Risk Çeşitleri. *Bilişim Kültür Dergisi*, 7, 86-93.
- Özçuban, A. (2011). *Türkiye'de Finansal Krizler ve Bankacılık Sektörünün Yeniden Yapılandırılması: 1994 ve 2001 Krizlerinin Karşılaştırılması*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Özdemir, B. K. (2013). *Finansal Küreselleşme ve Krizler*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Özdemir, L. (2013). 2008 küresel ekonomik krizin işletmeler üzerindeki etkileri. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14, 249-265.
- Özgen, H. (2007). Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama nedir, neden önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10, 201 - 228.
- Özkan, A. (2005). Ekonomik kriz ve muhasebe uygulamalarına bazı yansımalar. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23, 165-180.

- Özşahin, H. B. (1997). *Hastanelerde Stok Yönetimi ve Örnek İki Hastanede "Ved" Yönteminin Test Edilmesi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
- Öztürk, H. (2004). Siyasi İstikrarsızlık ve Ekonomi Üzerindeki Etkileri: Türkiye Uygulaması (1950-2003). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı.
- Öztürk, S. & Saygın, S. (2017). 1973 Petrol Krizinin ekonomiye etkileri ve stagflasyon olgusu. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 1-12.
- Özyıldız, H. (2014). *Kırılmalı Göstergeleri*. Erişim 20.04.2020. Hakan Özyıldız: <http://www.hakanozyildiz.com/2014/02/krlganlk-gostergeleri.html>
- P.W.Handayani, A.N.Hidayanto, A.A.Pinem, I.C.Hapsari, P.I.Sandhyaduhita & I.Budi. (2017). Acceptance model of a hospital information system. *International Journal of Medical Informatics*, 99, 11-28.
- Parasız, İ. (1990). Körfez krizinin Türk ekonomisi üzerindeki etkileri. *Tekstil ve Makina Dergisi*, 4, 324-329.
- Polat, F. Y. (2015). *Döviz Kurları, Ülke Ekonomisi İçin Önemi ve Kur Savaşları*. Çorum: Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Portela, C. & Thomas, S. (2013). Impact of the economic crisis on healthcare resources: An European approach. *International Journal of Healthcare Management*, 6, 104-113.
- Sağlık Bakanlığı (2020, 30 Eylül). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Erişim 01.01.2022, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8, 400-428.
- Sayım, F. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri*. Bursa: MKM Yayıncılık.
- Silva, M., Resurrección, D. M., Antunes, A., Frasilho, D. & Cardoso, G. (2018). Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-13.
- Simou, E. & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*, 2, 111-119.

- Skroumpelos, A., Pavi, E., Mylona, K. & Kyriopoulos, J. (2014). The impact of economic crisis on chronic patients' self-rated health, health expenditures and health services utilization. *Diseases*, 2, 93-105.
- Soylu, Ö. B. (2020). Türkiye ekonomisinde Covid-19'un sektörel etkileri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7, 169-185.
- Söyük, S. (2018). *Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Temel Boyutlar Rehberi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Sungur, C. (2018). *Sağlık Politikasına Sistemik Bir Yaklaşım*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Sussman, J. B., Halasyamani, L. K. & Davis, M. M. (2010). Hospitals during recession and recovery: Vulnerable institutions and quality at risk. *Journal of Hospital Medicine*, 5, 302-305.
- Sümer, H. H. (2020). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. Ankara: Seçkin Hukuk.
- Şahin, B. (2010). *Hastane Yönetim Süreçleri ve Sağlık Yönetim Bilgi Sistemleri*. İstanbul: Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Şahin, H. (2009). *Türkiye Ekonomisi*. Bursa: Hiperlink Yayınları.
- Şaşmaz, M. Ü., Odabaş, H. & Yayla, Y. E. (2019). OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile kalkınma arasındaki ilişki: Panel veri analizi. *Yönetim ve Ekonomi*, 26, 852-866.
- Şen, H. & Aktan, C. (2001, Kasım-Aralık). Ekonomik kriz: Nedenler ve çözüm önerileri. *Yeni Türkiye, Ekonomik Kriz Özel Sayısı*, 2, 1225-1230.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık ekonomisine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25, 25-29.
- Tağraf, H. & Arslan, N. T. (2003). Kriz oluşum süreci ve kriz yönetiminde proaktif yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4, 149-160.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye'de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103-132.
- Taube, M., Mitenbergs, U. & Sagan, A. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Latvia*. Erişim 05.02.2021. WHO: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/266386/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Latvia.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/266386/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Latvia.pdf)

- Tekindal, M. & Arsu, Ş.U. (2020). Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme. *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 20, 153-182.
- Tengilimoğlu, D. & Toygar, Ş. A. (2018). *Sağlık Politikası*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D. & Çermikli, (2002). H. Sağlık kuruluşlarında rekabetçi strateji olarak firma birleşmeleri konusunda hastane yöneticilerinin görüşlerini tespit etmeye yönelik bir alan çalışması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20, 174.
- Tıraşoğlu, M. & Yıldırım, B. (2012). Yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: Türkiye üzerine bir uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2, 111-117.
- Tiryaki, D. & Tatar, M. (2000). Sağlık sigortası: Teori ve uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5, 124-137.
- Tsai, T. C., Jha, A. K., Gawande, A. A., Huckman, R. S., Bloom, N. & Sadun, R. (2015). Hospital board and management practices are strongly related to hospital performance on clinical quality metrics. *Health Affairs*, 34, 1304-1311.
- Tuğsal, T. (2016). Kriz dönemlerinde uygulanan insan kaynakları politikalarının örgütsel bağlılıkla ilişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 4, 57-69.
- Tuncay, A.H. (2020). Pandemi döneminde hastane bilgi yönetim sistemleri ve tıbbi dokümanların önemi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2, 27-41.
- Tunçsiper, B., Mutlu, A. & Ertem, H. (2009). *Kobilerde Ekonomik Krizin Etkileri: Balıkesir İli Örneği*. Erişim 20.12.2021. Abaküs: <http://abakus.inonu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11616/12182/109.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tutar, H. (2016). *Kriz ve Stres Yönetimi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- TÜİK (2015, 9 Aralık). *Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 25.12.2020, <https://docplayer.biz.tr/21889482-Turkiye-de-katastrofik-saglik-harcamalari.html>
- TÜİK (2020, 19 Kasım). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 15.04.2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>

- Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı (2018). *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı. Erişim 15.02.2021, [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/Tuketim\\_ve\\_TasarrufEgilimleriOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/Tuketim_ve_TasarrufEgilimleriOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf)
- Türnüklü, A. (2000). Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilecek nitel bir araştırma tekniği: görüşme. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 24, 543-559.
- Uçan, O. & Atay, S. (2016). Türkiye'de sağlık harcamaları ve büyüme arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9, 216-222.
- Ural, M. (2003). Finansal krizler ve Türkiye. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18, 11-28.
- Uygur, E. (2001). *Krizden Krize Türkiye: 2000 Kasım ve 2001 Şubat Krizleri*. Ankara: Türkiye Ekonomi Kurumu.
- Ülman, Y. I. (2020). Covid-19 enfeksiyon hastalığı salgınına biyoetik açıdan bakış. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11, 365-371.
- Vincent, A. (2009). *Modern Political Ideologies*. John Wiley & Sons.
- WHO. (2020, 26 Ekim). *Rehabilitation*. WHO. Erişim 08.12.2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- WHO. (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. WHO. Erişim 01.03.2021, [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf)
- Wild, C. & Gibis, B. (2003). Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. *Health Policy*, 63, 187-196.
- Williams, A. (1987). Health economics: The cheerful face of the dismal science? *The British Association for the Advancement of Science*, 1-11.
- Williams, C. (2007). Research methods. *Journal of Business & Economics Research*, 5, 65-72.
- Yağcı, M. İ. & Duman, T. (2006). Hizmet kalitesi müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: Devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7, 218-238.
- Yalçın, A. Z. & Çakmak, F. (2016). Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30, 705-723.

- Yang, Z. & Xu, W. (2009). Optimization model of asset-liability portfolio based on controlling liquidity risk. *2009 International Conference on Management and Service Science*, 1-4.
- Yazgan, M. (2009). *Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan Ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Yeldan, E. (2010). *Küreselleşme Kim İçin?* İstanbul: Yordam Kitap.
- Yıldırım, M. & Kısakürek, M. (2012). *Kriz Dönemlerinde Finansal Risk Yönetimi*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2018). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, O. (2017). *Türk Bankacılık Sistemi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, S. (2010). 2008 yılı küresel ekonomi krizinin dünya ve Türkiye ekonomisine etkileri. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12, 47-55.
- Yıldırım, Z. & Polat, A. (2018). Türkiye'de sağlık harcamaları ve finansmanının yıllar itibariyle analizi. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, 550 - 563.
- Yıldız, Ö. (2008). Küreselleşme, sağlık ve toplum. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 30-34.
- Yılmaz, V. & Tuncay, M. (2012). Finansal liberalizasyonun tasarruf ve yatırım üzerine etkisi: Türkiye örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26, 345-363.
- Yokuş, T. & Ay, A. (2020). Kur krizleri tanımı ve Türkiye 2006-2018 dönemi kur krizleri. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18, 295-316.
- Yurdadoğ, V. (2007). Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi. *Çanakkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16, 591-610.

**FORMLAR**

- Ekonomik kriz dönemlerinde malzeme stokları ne ölçüde etkileniyor?
- Ekonomide ani döviz artışı ile kriz yaşanması halinde ithal edilen tıbbi malzeme ve cihaz ödemelerinde meydana gelebilecek kayıplar için herhangi bir strateji planlaması yapıldı mı, yapıldı ise uygulamaya geçirildi mi?
- Ekonomik kriz halinde personel giderlerinizi nasıl yönetiyorsunuz, buna yönelik izlediğiniz politikalar veya hazırlanmış stratejiler var mı?
- Salgın hastalık durumunda ek harcamalar söz konusu oldu mu, eğer oldu ise bu harcamalar nelerdir?
- Salgın hastalık döneminde teşvikler, vergi iadeleri gibi devlet desteklerinden bahsedebilir misiniz? Bu desteklerden faydalanabildiniz mi?
- Salgın hastalık durumunda hastanenin asıl hizmetlerini verememesi halinde yaşanan hasta kaybı ve mali kayıplar nasıl önleniyor?
- Doğal afetler gibi ekonomi dışı faktörlerin dönemin ekonomisinde yaratmış olduğu negatif etkilerin, kurumunuza yansıyan olumsuz sonuçlarını önlemek için ne tür yöntemler izliyorsunuz?
- Ekonomik krizlerin hanehalkında yaratmış olduğu olumsuz etkiler taleplere ne ölçüde yansıyor? Buna yönelik gelir kalemlerinizde ne gibi değişiklikler gözlemlediniz?
- Kriz dönemlerinde hasta sayısında azalma meydana geliyor mu, eğer geliyorsa bunu önlemek ya da gelir kaybını telafi etmek için herhangi bir strateji uyguluyor musunuz?
- Hastaların bu dönemde kendi kendini tedavi yoluna başvurmaları hastanenizin hangi hizmet türüne olumsuz yansımaktadır?
- Ekonomik kriz dönemi hasta profilinde bir değişim söz konusu oldu mu?
- Gelir kaybının etkilerini azaltmak amacıyla fiyatlarda artış mı tercih ediliyor, daha düşük fiyatla hizmet satışını artırmak mı hedefleniyor?



- Sigorta şirketleri ile anlaşmalarda ne gibi değişiklikler hedefleniyor, sözleşmelerde fiyatlara yönelik yenilikler yapılıyor mu?
- Ekonomik kriz döneminde yönetim kararları için herhangi bir uzman görüşünden veya ilgili bölüm yöneticilerinin fikirlerinden yararlanıldı mı?

Bu çalışma, ekonomik kriz sürecinde hastane işletmelerinin süreçten olumsuz etkilenebileceği temel varsayımından yola çıkılarak, ekonomik kriz dönemine ilişkin yönetici görüşlerinin analizi amacıyla planlanmıştır. Bu doğrultuda, İstanbul ili sınırları içindeki 10 özel hastanenin yöneticileri ile derinlemesine görüşmeler yapılması hedeflenmektedir. Görüşmeler, daha verimli bir şekilde yorumlanabilmesi için ses kaydına alınacaktır. Çalışmada, kurumlara ve yöneticilere ait herhangi bir özel bilgi paylaşılmayacaktır.

Çalışmaya olan destekleriniz için teşekkür ederim.

EBRU SALMAN

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa – Sağlık Yönetimi

İletişim: ebrusalman@hotmail.com

## ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 14.03.2022-334567



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA  
REKTÖRLÜĞÜ  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu  
Başkanlığı



Sayı : E-74555795-050.01.04-334567  
Konu : 2021/300 sayılı Etik Kurul Onayı

14.03.2022

Sayın Ebru SALMAN  
İlç Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Bölümü  
Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

İlgi : 26.11.2021 tarihli proje başvurunuz.

Yürütücülüğünü üstlendiğiniz *Ekonomik Kriz Sürecinde İstanbul'daki Özel Hastane Yöneticilerinin İzledikleri Stratejiler: Nitel Bir Analiz*" başlıklı "Yüksek Lisans Tezi" başvurunuz etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

COVID-19 salgının Ülkemizde yayılması nedeniyle, Kurulumuz 06.12.2021 tarihinde on-line platformda gerçekleştirilen toplantısında yapılan değerlendirmeler sonucunda; elektronik belge sistemi (EBYS) ile uygunluğu bildirilen yazının ve eki formun ilgili makamlarca "Etik Kurul Onayı" belge olarak değerlendirilmesi hususunda;

Gereği için bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Selçuk HÜNERLİ  
Başkan

Ek:1 Onay Formu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSV1BYCEBZ Pin Kodu :95392

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-cerrahpasa-universitesi-ebys/?eD=BSV1BYCEBZ&eS=334567>

Adres:İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul  
Telefon:0212 404 03 00 Faks:0212 404 07 01  
Web:<https://www.istanbul.edu.tr>  
Kep Adresi:istanbul@hs01.kep.tr

Bilgi için: Canan SÖNMEZTÜRK  
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                   |                                                                                                                                              |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|  <b>T.C.</b><br><b>İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA</b><br><b>SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI</b><br><b>ETİK KURULU BAŞKANLIĞI</b><br><b>KARAR FORMU</b>  |                                                   |                                                                                                                                              |                       |
| <b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Proje Başlığı                                     | “Ekonomik Kriz Sürecinde İstanbul'daki Özel Hastane Yöneticilerinin İzledikleri Stratejiler: Nitel Bir Analiz” başlıklı “Yüksek Lisans Tezi” |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Proje Yürütücüsünün Ünvanı/Adı – Soyadı           | Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru SALMAN                                                                                           |                       |
| <b>KARAR BİLGİLERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Toplantı Tarihi                                   | 06.12.2021                                                                                                                                   |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Karar No                                          | 2021/300                                                                                                                                     |                       |
| <b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>UNVANI / ADI / SOYADI</b>                      | <b>KURUMU</b>                                                                                                                                | <b>KATILIM DURUMU</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Prof. Dr. Selçuk HÜNERLİ (Başkan)                 | IÜC Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi                                                                                                         | <b>Katıldı.</b>       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Prof. Dr. Mehmet AÇIKALIN (Başkan Yardımcısı)     | IÜC Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi                                                                                                         | <b>Katıldı.</b>       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU (Başkan Yardımcısı) | IÜC Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi                                                                                                 | <b>Katıldı.</b>       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Prof. Dr. Neşe KOCABAŞOĞLU                        | IÜC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi                                                                                                                 | <b>Katıldı.</b>       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Prof. Dr. Hülya AŞKIN BALCI                       | IÜC Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu                                                                                                       | <b>Katıldı.</b>       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Prof. Dr. Behiye AKÇAY                            | IÜC Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi                                                                                                         | <b>Katıldı.</b>       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Doç. Dr. Hanife Banu ATAMAN YANCI                 | IÜC Spor Bilimleri Fakültesi                                                                                                                 | <b>Katıldı.</b>       |

## İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

### EKONOMİK KRİZ SÜRECİNDE İSTANBUL'DAKİ ÖZEL HASTANE YÖNETİCİLERİNİN İZLEDİKLERİ STRATEJİLER: NİTEL BİR ANALİZ

#### ORJİNALLİK RAPORU

|                   |                     |            |                  |
|-------------------|---------------------|------------|------------------|
| % <b>17</b>       | % <b>16</b>         | % <b>5</b> | % <b>9</b>       |
| BENZERLİK ENDEKSİ | İNTERNET KAYNAKLARI | YAYINLAR   | ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ |

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

|          |                                                           |             |
|----------|-----------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1</b> | <b>acikbilim.yok.gov.tr</b><br>İnternet Kaynağı           | % <b>2</b>  |
| <b>2</b> | <b>dergipark.org.tr</b><br>İnternet Kaynağı               | % <b>1</b>  |
| <b>3</b> | <b>Submitted to Beykent Üniversitesi</b><br>Öğrenci Ödevi | % <b>1</b>  |
| <b>4</b> | <b>acikerisim.medipol.edu.tr</b><br>İnternet Kaynağı      | % <b>1</b>  |
| <b>5</b> | <b>docplayer.biz.tr</b><br>İnternet Kaynağı               | % <b>1</b>  |
| <b>6</b> | <b>9lib.net</b><br>İnternet Kaynağı                       | % <b>1</b>  |
| <b>7</b> | <b>Submitted to Anadolu University</b><br>Öğrenci Ödevi   | <% <b>1</b> |
| <b>8</b> | <b>www.sargutan.com</b><br>İnternet Kaynağı               | <% <b>1</b> |

[www.ekremculfa.com](http://www.ekremculfa.com)

## ÖZGEÇMİŞ

