



T.C.

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK SİGORTASI PLANINA GÖRE HASTALARIN SAĞLIK  
HİZMETİ KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ  
KARŞILAŞTIRILMASI: DİYABET HASTALARI ÖRNEĞİ**

MÜBİN MÜJDE ÇEBİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Haluk Özşarı

İSTANBUL- 2021





REPUBLIC OF TURKEY

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

**COMPARISON OF HEALTH SERVICES UTILIZATION OF  
PATIENTS ACCORDING TO HEALTH INSURANCE PLAN:  
DIABETIC PATIENT SAMPLE**

MÜBİN MÜJDE ÇEBİ, MD.

MASTER THESIS

DEPARTMENT of HEALTHCARE MANAGEMENT

SUPERVISOR

Haluk ÖZSARI, MD. Prof.

ISTANBUL- 2021

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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.

02.09.2021

Mübin Müjde ÇEBİ

## ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

“Sağlık Sigortası Planına Göre Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanım Alışkanlıklarının Karşılaştırılması: Diyabet Hastaları Örneği” adlı çalışmada, diyabetli hastaların özel veya sosyal sağlık güvenceleri kullanımlarına göre, sağlık kurumuna başvuruları ve sağlık kurumunda yaptıkları harcamalar karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmanın gerçekleşmesindeki destek ve sonsuz katkılarından dolayı danışmanım Prof. Dr. Haluk ÖZSARI’ya teşekkür ederim.

Yüksek lisans yapmam konusunda beni teşvik eden Prof. Dr. Ahmet ŞAHİN’e, her adımda desteğini hissettiren Dr. Öğr. Ü. Efe ONGANER’e, yüksek lisans sürecinde ufkumu açan başta Prof. Dr. Mesut ÇİMEN, Prof. Dr. Oğuz POLAT, Dr. Öğr. Ü. Berna EREN olmak üzere tüm hocalarıma ve çalışmamda yol gösterici olan Doç. Dr. Özlem Sezgin Meriçliler’e teşekkür ederim.

Hayatımın her anında olduğu gibi, tez çalışması sürecinde de yanımda olan ve beni motive eden aileme teşekkürü borç bilirim. Son olarak, tez yazımı konusundaki tecrübesini benimle paylaşan ve desteğini esirgemeyen sevgili Imri Grinberg’e teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

|                                                                                    |     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| BEYAN.....                                                                         | iii |
| ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....                                                             | iv  |
| İÇİNDEKİLER .....                                                                  | v   |
| KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....                                               | vii |
| TABLolar LİSTESİ.....                                                              | ix  |
| ÖZET.....                                                                          | 1   |
| SUMMARY .....                                                                      | 2   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                                             | 3   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                             | 4   |
| 2.1. Genel Olarak Sağlık Sigortası .....                                           | 4   |
| 2.1.1. Sağlık Sigortasının Tanımı.....                                             | 4   |
| 2.1.2. Sağlık Sigortası Modelleri.....                                             | 4   |
| 2.1.2.1. Beveridge Modeli: Tek Ödeyenli Ulusal Sağlık Güvencesi .....              | 4   |
| 2.1.2.2. Bismarck Modeli: Sosyal Sağlık Sigortası Modeli .....                     | 5   |
| 2.1.2.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli: Tek Ödemeli Ulusal Sağlık Sigortası ..... | 6   |
| 2.1.2.4. Cepten Model: Pazar Odaklı Sağlık Hizmetleri.....                         | 6   |
| 2.1.2.5. İşverene Dayalı Sigorta Modeli .....                                      | 7   |
| 2.1.2.6. Özel Sigorta Sistemi.....                                                 | 7   |
| 2.1.3. Türkiye’de Sağlık Sigortası .....                                           | 7   |
| 2.1.4. Sağlıkta Kamu Harcamaları ve GSS .....                                      | 10  |
| 2.1.5. Türkiye’de Özel Sigortacılık.....                                           | 11  |
| 2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı .....                               | 12  |
| 2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlığı ve Kapsayıcılığı .....                      | 14  |
| 2.3. Kronik Hastalıklar ve Tedaviye Uyum .....                                     | 15  |
| 2.4. Diabetes Mellitus ve Sağlık Hizmetleri .....                                  | 17  |
| 2.4.1. Dünyada ve Türkiye’de Diyabet .....                                         | 19  |
| 2.4.2. Diabetes Mellitus Hastalarının Sağlık Hizmetlerine Yaklaşımları .....       | 19  |
| 2.4.3. Kronik Hastalığı Olanların Sağlık Kurumuna Başvuruları .....                | 24  |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....                                                           | 26  |

|                                             |           |
|---------------------------------------------|-----------|
| 3.1. Araştırmanın Amacı .....               | 26        |
| 3.2. Araştırmanın Tipi .....                | 26        |
| 3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları .....      | 26        |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... | 28        |
| 3.5. İstatistiksel Analiz .....             | 28        |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                    | <b>29</b> |
| <b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>           | <b>40</b> |
| <b>6. KAYNAKLAR .....</b>                   | <b>52</b> |
| <b>7. ÖZGEÇMİŞ .....</b>                    | <b>59</b> |



## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

|                |                                                                                                    |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ABD</b>     | Amerika Birleşik Devletleri                                                                        |
| <b>AEP</b>     | Acil Eylem Planı                                                                                   |
| <b>AIDS</b>    | Acquired Immunodeficiency Syndrome                                                                 |
| <b>Bağ-Kur</b> | Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu                         |
| <b>bkz.</b>    | Bakınız                                                                                            |
| <b>β</b>       | Beta                                                                                               |
| <b>DPT</b>     | Devlet Planlama Teşkilatı                                                                          |
| <b>GSS</b>     | Genel Sağlık Sigortası                                                                             |
| <b>GSYH</b>    | Gayri Safi Yurtiçi Hasıla                                                                          |
| <b>HbA1c</b>   | Hemoglobin A1c                                                                                     |
| <b>HBYS</b>    | Hastane Bilgi Yönetim Sistemi                                                                      |
| <b>HIV</b>     | Human Immunodeficiency Virus                                                                       |
| <b>ICD10</b>   | International Classification of Diseases                                                           |
| <b>KHB</b>     | Kamu Hastaneleri Birliği                                                                           |
| <b>OECD</b>    | Organisation for Economic Co-operation and Development<br>(Ekonomik İşbirliği ve Gelişim Kuruluşu) |
| <b>OHSAD</b>   | Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği                                                      |
| <b>Ort.</b>    | Ortalama                                                                                           |
| <b>p</b>       | Probability Value                                                                                  |

|               |                                                 |
|---------------|-------------------------------------------------|
| <b>PTT</b>    | T.C. Posta ve Telgraf Teşkilatı Genel Müdürlüğü |
| <b>S</b>      | Sayfa No                                        |
| <b>SDP</b>    | Sağlıkta Dönüşüm Programı                       |
| <b>SGK</b>    | Sosyal Güvenlik Kurumu                          |
| <b>ss</b>     | Standart Sapma                                  |
| <b>SSK</b>    | Sosyal Sigortalar Kurumu                        |
| <b>SUT</b>    | Sağlık Uygulama Tebliği                         |
| <b>TBMM</b>   | Türkiye Büyük Millet Meclisi                    |
| <b>T.C.</b>   | Türkiye Cumhuriyeti                             |
| <b>TİTCK</b>  | Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu              |
| <b>TL</b>     | Türk Lirası                                     |
| <b>TSB</b>    | Türkiye Sigorta Birliği                         |
| <b>TÜİK</b>   | Türkiye İstatistik Kurumu                       |
| <b>TÜSİAD</b> | Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği       |
| <b>U</b>      | Mann-Whitney U Value                            |
| <b>USD</b>    | United States Dollar                            |
| <b>ÜTS</b>    | Ürün Takip Sistemi                              |
| <b>WHO</b>    | World Health Organization                       |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Cinsiyet Dağılımları .....                                                                                                 | 29 |
| <b>Tablo 4.2.</b> Hastaların Tanı Tipi Dağılımları .....                                                                                                | 29 |
| <b>Tablo 4.3.</b> Hastaların Sigorta Türü Dağılımları .....                                                                                             | 30 |
| <b>Tablo 4.4.</b> Hastaların Servislere Göre Dağılımları .....                                                                                          | 31 |
| <b>Tablo 4.5.</b> Hastaların Yaş ve Fatura Tutarlarına İlişkin Sayısal Veriler .....                                                                    | 32 |
| <b>Tablo 4.6.</b> Hastaların Cinsiyete Göre Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı* ve Fatura Tutarının Karşılaştırılması .....     | 34 |
| <b>Tablo 4.7.</b> Hastaların Tanı Tipine Göre Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı ve Fatura Tutarının Karşılaştırılması .....    | 35 |
| <b>Tablo 4.8.</b> Hastaların Sigorta Türüne Göre Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı ve Fatura Tutarının Karşılaştırılması ..... | 36 |
| <b>Tablo 4.9.</b> Hastaların Yaş, Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı ve Fatura Tutarının Aralarındaki İlişki .....              | 37 |

## ÖZET

Genel Sağlık Sigortası'ndan (GSS) faydalanan bireylerin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) anlaşmalı özel sağlık kurumlarından hizmet almaları halinde katılım payı ödedikleri bilinmektedir. Bu paylara rağmen faydalanan hizmet bedeli özel sektördeki bedelden düşük kalmaktadır. Sağlık hizmetinden sıklıkla faydalanan hasta gruplarından biri diyabetli hastalardır.

Çalışmanın amacı, özel sağlık kurumuna başvuran ve yalnız GSS'den faydalanan diyabet hastaları ile özel sağlık sigortasından faydalanan ve aynı sağlık risklerine sahip olan diyabetlilerin, sağlık hizmetlerini kullanma miktar ve sıklığının karşılaştırılmasıdır. Çalışmada, bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuran diyabetli kişilerin sağlık verileri anonim hale getirilerek, verilerin sağlık güvencesi, tanı tipi, yaş, cinsiyet gibi bağımsız değişkenlerin; başvuru sayısı, işlem sayısı, cepten ödeme tutarı, fatura tutarı olan bağımlı değişkenlere etkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, diyabetli hasta grubunda sağlık kurumuna başvuru sayısı, işlem adedi ve fatura tutarının hastanın cinsiyetinden etkilenmediği ( $p>0,05$ ), hastanın diyabet tanısının kesin tanı ise başvuru sırasında işlem sayının ön tanı alan hastalardan da fazla olduğu ( $p=0,016$ ), hasta SGK ile işlemlerini yapıyorsa başvuru sayısı, işlem adedi ve cepten ödeme tutarının daha fazla olduğu (sırasıyla  $p=0,000$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,01$ ) bulunmuştur.

Bu çalışmada, diyabetli hastalarda, tercih edilen sağlık sigortası tipinin sağlık hizmetlerinden faydalanma davranışına etkisi olduğu görülmüştür. Bireylerin sağlık hizmetinden faydalanırken, bir sonraki yıl sigorta primlerinin artacağı düşüncesiyle hareket etmeleri ve sağlık kurumlarına başvurmadan kaçınmalarını önlemek adına, sağlık finansman sistemlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık Sigortası, Sağlık Sektöründe Tüketici Davranışı, Davranışsal Ekonomi, Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Tedaviye Uyum

## SUMMARY

### **Comparison of Health Services Utilization Of Patients According to Health Insurance Plan: Diabetic Patient Sample**

It is known that individuals who benefit from the General Health Insurance (GSS) pay participation fee if they receive service from the private health institutions contracted by the Social Security Institution (SGK). Despite these fees, the service cost utilized remains lower than the price in the private sector. One of the patient groups that frequently benefit from healthcare is patients with diabetes. Aim of this study is to compare the amount and the frequency of the use of health services by diabetic individuals who apply to private health institution and who benefit from only GSS and those who benefit from private health insurance and have the same health risks. In the study, the health data of people with diabetes who applied to a foundation university hospital were anonymized and the effects of independent variables such as health insurance, type of diagnosis, age, gender; on the dependent variables of the number of applications, number of transactions, amount of out-of-pocket payments and invoice amount were evaluated. According to the results, the number of applications to the healthcare institution, the number of procedures and the invoice amount are not affected by the gender of the patient in the diabetic patient group ( $p > 0.05$ ), and if the diagnosis of diabetes is the definitive diagnosis, the number of procedures at the time of application is also higher than the patients who were pre-diagnosed ( $p = 0.016$ ). The number of applications, the number of transactions and the amount of out-of-pocket payments were found to be higher if the patient was performing their transactions with SSI ( $p = 0.000$ ;  $p = 0.001$ ;  $p = 0.01$ , respectively). In this study, it was found that in diabetic patients, the type of health insurance, individuals prefer, has an effect on the behavior of benefiting from health services. Health financing systems should be examined, considering that individuals act with the thought that their insurance premiums will increase the next year and become reluctant to benefit from health services.

**Keywords:** Adherence, Behavioral Economy, Health Insurance, General Health Insurance Consumer Behavior in Health Sector, Use of Health Services

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastalar özel sigorta poliçelerine karar verirken bir müşteri gibi davranmakta ve faydası en yüksek ürünü aramaktadır. Sigorta şirketleri ise sigortalılarının kronik hastalığa bağlı sağlık masrafları ne kadar yüksekse, poliçe fiyatını o ölçüde yüksek tutmaktadır (Burnaska, 2020). Diğer yandan, Genel Sağlık Sigortası'ndan (GSS) faydalanan bireylerin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) anlaşmalı özel sağlık kurumlarından hizmet almaları halinde katılım payı ödedikleri bilinmektedir (SGK, 2016). Bu bilgiler ışığında, yaygın görülen bir kronik hastalık olan Tip 2 diabetes mellitus hastalarının, bir yıl boyunca SGK anlaşmalı bir vakıf üniversitesi hastanesine başvuruları incelenmiş, yalnız GSS'den faydalanan bireyler ile özel sağlık sigortasından faydalanan bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma miktar ve sıklığının değişiklik göstereceği varsayılarak oluşturulan hipotez sorgulanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Genel Olarak Sağlık Sigortası**

#### **2.1.1. Sağlık Sigortasının Tanımı**

Sağlık sigortası, Türkiye Sigorta Birliği tarafından “Sağlık sigortası kişilerin, tıbbi yardım, tedavi ve ilaç harcamalarına karşı teminat veren sigorta türü” olarak tanımlanmıştır (TSB, 2020). Sağlık sigortası, kişilerin tıbbi masrafların tamamı veya bir kısmına maruz kalmasının önüne geçen, bunun için riski çok sayıda sigortalıya bölen bir sigorta türüdür. Sağlık sigortaları, sosyal güvence, özel sigorta, tamamlayıcı sigorta gibi farklı tiplerde olabilir.

#### **2.1.2. Sağlık Sigortası Modelleri**

Sağlık sistemleri için dört ana model bulunmaktadır (Chung, 2017): Beveridge Modeli, Bismarck modeli, Ulusal Sağlık Sigortası modeli ve cepten model. Teoride bu kategoriler birbirinden çok farklı politikalara sahipken, gerçekte çoğu ülke bu sigorta yaklaşımlarının en az bir veya birkaçından faydalanmaktadır.

##### **2.1.2.1. Beveridge Modeli: Tek Ödeyenli Ulusal Sağlık Güvencesi**

Beveridge Modeli ilk olarak 1948'de Sir William Beveridge tarafından geliştirildi. Birleşik Krallık'ta kurulan, Kuzey Avrupa ve dünyanın birçok bölgesine yayılan bu sistemde, hükümet piyasadaki rekabeti ortadan kaldıran ve genellikle fiyatları düşük tutan “tek ödeyen” olarak hareket etmektedir. Bu sistemde sağlık hizmetlerinin gelir vergileri yoluyla finanse edilir, sağlık hizmetleri hizmet noktasında ücretsizdir - randevu veya operasyondan sonra, hastanın vergiler yoluyla katkısı nedeniyle cepten ücret ödemesine gerek yoktur. Bu sistem kapsamında sağlık personelinin büyük çoğunluğu devlet çalışanlarından oluşmaktadır.

Bu modelin merkezi, bir insan hakkı olarak sağıktır. Böylece, evrensel kapsam hükümet tarafından garanti edilmektedir ve vatandaş olan herkes bakım hizmetlerine aynı erişime sahiptir. Hükümet, bu sağık sisteminde tek ödeyen olarak, maliyetleri düşük tutulabilir ve faydaları ülke çapında standartlaştırır. Ancak, bu sistemin ortak bir eleştirisi uzun bekleme listeleridir. Herkesin sağık hizmetlerine erişimi garanti edildiğinden, sistemin aşırı kullanımı maliyetlerin artmasına neden olabilir.

#### **2.1.2.2. Bismarck Modeli: Sosyal Sağık Sigortası Modeli**

Beveridge Modeline göre daha az merkezi olan Bismarck modeli, 19. yüzyılın sonlarında Otto von Bismarck tarafından oluşturulmuştur. İşverenler ve çalışanlar bu modelde sağık sigortasını finanse etmektedir. Çalışanlar zorunlu bordro kesinti payları tarafından oluşturulan “hastalık fonları”ndan faydalanmaktadır. Ayrıca, özel sigorta planları, mevcut sağık koşullardan bağımsız olarak, çalışan her bir kişiyi kapsar.

Sağık hizmeti sunucuları genellikle özel kurumlardır, ancak Sosyal Sağık Sigortası fonları da kabul edilmektedir. Bazı ülkelerde tek bir sigorta şirketi vardır (Fransa, Kore); diğer ülkelerde çok sayıda rakip sigorta şirketi (Almanya, Çekya) veya birden fazla rakip olmayan sigorta şirketi (Japonya) olabilir. Sigortacı sayısından bağımsız olarak, hükümet fiyatları sıkı bir şekilde kontrol ederken sigorta şirketleri kar etmemektedir. Bu önlemler hükümetin Beveridge modelinde görülen sağık hizmetleri fiyatlarını kontrol edebilmesine izin vermektedir.

Başlangıçta evrensel sağık kapsamı sağlamak için kurulmadığından, Bismarck modeli kaynakları finansal olarak katkıda bulunabileceklere odaklanmaktadır. Bu modelin geliştirilmesi gereken yanları çalışamayanlara nasıl hizmet verileceği, yaşlanan ve emekli olan nüfusun, çalışan nüfusu geçmesi durumuyla nasıl mücadele edileceği sorularının cevaplanmasıdır (Chung, 2017).

### **2.1.2.3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli: Tek Ödemeli Ulusal Sağlık Sigortası**

Ulusal Sağlık Sigortası modeli hem Bismarck hem de Beveridge modellerinin özelliklerini içerir. Beveridge modeli gibi, hükümet tıbbi prosedürler için tek ödeme yapan kişi olarak hareket eder ve Bismarck modeli gibi, sağlayıcılar özeldir (Chung, 2017). Bu modelde kamu sigortası ve özel sağlık hizmeti sunucuları arasındaki denge, hastanelerin bağımsızlığını korumasını sağlarken, sigorta poliçeleriyle ilgili sıkıntıları da azaltır. Tedavinin önündeki mali engeller genellikle düşüktür ve hastalar genellikle sağlık hizmeti sunucularını seçebilirler.

Beveridge modeli gibi, bu sistem de gelir düzeyine bakılmaksızın çoğu prosedürü kapsamaktadır. Model ayrıca, tüm talepleri işleme koyduğu ve hizmetlerin tekrarını azalttığı için sağlık sigortasının yönetimiyle ilgili maliyetleri de azaltabilir. Sistemle ilgili en büyük sıkıntı tedavi için uzun bekleme listeleri oluşmasıdır. Nöroşirürji gibi bazı alanlarda muayene olmayı bekleyen hastalar, genellikle bir doktor görene kadar uzun gecikmelerle karşılaşabileceğinden, bekleme listeleri elektif ameliyatlara veya acil olmayan diğer prosedürlerle sınırlı değildir.

### **2.1.2.4. Cepten Model: Pazar Odaklı Sağlık Hizmetleri**

Kalabalık nüfusa sağlık hizmeti verebilmek için çok az kaynağa sahip daha az gelişmiş yerlerde, hastalar aldıkları hizmetleri cepten ödemek zorundadır. Gelir eşitsizliğinin yüksek olması bu gibi yerlerde sağlık durumunda hakkaniyetsizliğe yol açabilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, sağlık hizmetlerinden faydalanmak birçok yönüyle gelir durumuna bağlıdır. ABD'deki yetişkinlerin hekime başvuru sıklığı düşüktür. Sosyoekonomik statü ve etnik kökene bağlı bakımdaki farklılıklar tüm ülkelerde bulunur, ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde Kanada gibi ülkelere göre daha belirgindir. Farklı eyaletler için sigortasız kişilerin yüzdesi, Massachusetts'te %

3,6 iken Teksas'ta% 20,6'ya yükselmektedir. 2015 yılında, ABD'de sigortasız kişilerin oranı % 13.0'dır. Sağlık hizmeti sunumunda kapsayıcılığın artırılması ve maliyetlerin en aza indirilmesi konusundaki tartışmalar sürmektedir (Chung, 2017).

#### **2.1.2.5. İşverene Dayalı Sigorta Modeli**

İşverene dayalı sistemde işverenler, sağlık kurumlarıyla veya sigorta kurumlarıyla kendisi anlaşarak, çalışanlar için gerekebilecek sağlık hizmetlerini kapsayan sağlık planları seçer ve gereken primin bir kısmını veya tamamını öder. Bu sistem, hem işveren hem de çalışan için vergi indirimleri sunularak teşvik edilir.

#### **2.1.2.6. Özel Sigorta Sistemi**

Kişinin kendi adına, özel sigorta şirketi ile sözleşme yaparak sözleşmedeki kapsam doğrultusunda sağlık hizmetlerinden yararlandığı sistemdir. Kişi, sağlık hizmeti sigorta poliçesinde bulunan hizmetlerin ödemesinde sigortasından faydalanır. Bu hakkı kullanmak için sözleşmede belirlenen sigorta primini ödemesi gerekir. Dolayısıyla kişiler sağlık hizmetlerinden ödedikleri prim ölçüsünde faydalanabilir. prim ödeme gücü olmayan kişiler, sağlık hizmetinden faydalanamaz (Er, 2011).

#### **2.1.3. Türkiye’de Sağlık Sigortası**

Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılan kanunlar ile kurulan emeklilik ve yardımlaşma sandıkları, çeşitli meslek gruplarını kapsayacak şekilde planlanmıştır (SGK, 2019). Türkiye’de sosyal sigortalara ilişkin temellerin atılması, ilk kez 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile gerçekleşmiştir. Fakat bu sistem, araya giren İkinci Dünya Savaşı nedeniyle 1945’e kadar yürürlüğe girememiştir. 27.06.1945 tarihinde İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunu kabul edilmiştir. 1961 Anayasası’nda, ilk kez “sosyal güvenlik” kavramı, çalışanlar ve sosyal politikalara

dair kullanılmıştır. 1961 Anayasasının 48'inci maddesinde yer alan sosyal güvenlikle ilgili hükme, 1982 Anayasasında 60'ıncı maddede değinilmiştir (Çavmak, 2017).

İşçi statüsünde çalışanları kapsayan sigorta kollarına dair düzenlemeler, 1961 Anayasasının yürürlüğe girmesi ile, Sosyal Sigortalar Kanununda birleştirilmiştir. 1965 yılında, Sosyal Sigortalar Kurumu ve İşçi Sigortaları Kurumu adlarını almış, işçi statüsünde çalışanların sosyal güvenceleriyle ilgili yeni haklar getirilmiştir. 1950 yılında, emekli sandıkları birleştirilerek tek çatı altında toplanmıştır. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) 1971 yılında kurulmuştur. 1979 yılında, hiç bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olmayan Türk vatandaşları ile ev kadınlarına isteğe bağlı Bağ-Kur sigortalı olma hakkı tanınmıştır. 1983 tarım kesiminde çalışanların sosyal güvenliklerinin sağlanmasına dönük düzenlemeler yapılmıştır (SGK, 2019)

1987 yılı Mayıs ayında yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası kapsamında, Milli Savunma Bakanlığı haricindeki tüm kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kurumlarının, kamu tüzel kişiliğine sahip birer sağlık işletmesine dönüştürülerek, hastanelerin piyasa koşullarında rekabet edebilir hale getirilmesi düşünülmüştür. Ancak yasanın birçok maddesi, Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 1989 yılında oluşturulan "Sağlık Sektörü Master Planı" 1990 yılında tamamlanmış, bu plan çerçevesinde, 1991 yılında Dünya Bankası yardımıyla 1. Sağlık Projesi gerçekleştirilmiştir. Projenin sonucunda, Türkiye'de sağlık hizmet sunucularıyla hizmeti satın alanların birbirinden ayrılacağı bir sistem önerilmiştir (Yılmaztürk, 2013).

1992 yılında, Sağlık Bakanı Dr. Yıldırım Aktuna döneminde, Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış ve Ulusal Sağlık Politikası Belgesi hazırlanmıştır. Belgede; sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kurumların birbirinden ayrılması; aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi; nüfusun tamamını kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması;

hastanelerin özerk işletmelere dönüştürülerek kendi gelir ve giderlerini karşılayabilecek kurumlara dönüştürülmesi üzerinde durulmuştur (SGK, 2019).

1990'lı yıllarda sağlıkla ilgili olarak atılan en somut adımlardan biri, 1992 yılında yürürlüğe girmiş olan 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” olmuştur (Er, 2011). Daha sonra, 1993'te hazırlanan Sağlık Reformu Yasa Tasarısı ile, aile hekimliği sistemiyle birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, kamu hastanelerinde özelleştirilmeye gidilmesi, genel sağlık sigortasına geçilmesi, sağlık hizmetlerinde yerel güçlerin yetkili kılınması esas alınmıştır (Keskin, 2013). Tasarı 1994 yılında TBMM'ye sunulmuştur. 1995 yılında, TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonunda görüşmeler sonucu İkinci Sağlık Projesi pilot uygulamaya sunulmuştur (Özsarı, 1998). Hem birinci hem de ikinci sağlık projesinin amaçları benzer şekilde; sağlık reformlarının planlanması, başlatılması, uygulanması ve bunlar için maddi, politik ve hukuksal olanakların sağlanması olmuştur (Belek, 2001). 1995 yılı Temmuz ayında onaylanan ve 1996-2000 yılları arasında uygulanan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na göre, sosyal sağlık güvencesinin tüm nüfusu kapsamı adına Sosyal Güvenlik yasasının çıkarılması gerektiği not düşülmüştür. 2000 yılına gelindiğinde, ilan edilen Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Sosyal Güvenlik Yasası'nın gerekliliği konusu tekrar edilmiştir (Er, 2011).

2002 yılında ‘Acil Eylem Planı’ açıklanmıştır. Bu planda ‘Herkese Sağlık’ başlığı altında ana prensipler belirlenmiş ve uygulanması için bir takvim oluşturulmuştur. Bunun sonucunda Sağlık Bakanlığı, 2003 yılı içinde ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ (SDP) uygulamaya başlamıştır (DPT, 2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektörünü bir bütün olarak ele almak üzere şekillendirilmiştir. Buna göre; Bağ- Kur, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tek sigorta kurumu şemsiyesi altında toplamıştır (OECD, 2008). SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek hizmet sunucusu ile alıcının ayrılması sağlanmıştır. Atılan bu adımlarla beraber sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sağlanmış ancak hizmete talep de aynı ölçüde artmıştır.

Bu nedenle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde “Performansa Dayalı Ödeme Sistemi”ne geçilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya konan politikalara göre, sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların etkin kullanımını sağlamak ve sağlık hizmetinin arzı ve bu hizmetlere olan talebi de artırmak hedeflenmiştir (Sülkü, 2011). Ancak GSS sisteminin sağlık hizmetini satın alan taraf olması nedeniyle, hizmetlerin üretimi ve finansmanı kesin olarak birbirinden ayrılmıştır. GSS sistemiyle oluşturulan modellemeye göre, özel sağlık kurumlarıyla anlaşmalar yapılabilmekte ve hasta sevk edilebilmektedir. Böylece özel sağlık kurumlarının tercih edilmesinin de önü açılmıştır (Ataay, 2011).

1 Nisan 2017 tarihinde yapılan düzenleme ile SGK primleri 53 TL’ye çekilmiş, farklı gelir seviyeleri için aynı uygulamaya geçilmiştir. Gelir seviyesi ne olursa olsun tüm vatandaşlar sigorta havuzuna aynı katkıyı sağlamakta ve aynı haklardan faydalanmaktadır (SGK, 2019). Aynı yıllarda hayata geçen şehir hastaneleri projeleri ise, kamu-özel ortaklığı ile finanse edilmiştir. Şehir hastanelerinin ihtiyaçlarının tek elden karşılanmaması nedeniyle, hizmet bedelleri hastaneden hastaneye değişiklik göstermektedir (Sayıştay, 2019). Bunun sonucunda, şehir hastanelerinin de sağlık sigortasına etkileri olacağı öngörülmektedir.

#### **2.1.4. Sağlıkta Kamu Harcamaları ve GSS**

31.05.2006 tarihinde kabul edilen 5110 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile birlikte, Sosyal Güvenlik Reformu başlamış; Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK, SGK çatısı altında birleşmiş; böylece sigortalıların hak ve yükümlülükleri eşitlenmiştir. Bunun doğrultusunda genel sağlık sigortası sistemi oluşturarak nüfusun tamamını kapsayan, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunumu amaçlanmıştır. Genel sağlık sigortasının finansman modeli, işçi ve işverenlerden alınan primlerle sağlanmaktadır. Primler; sigortalı işçilerden %5, işverenden %7.5

oranında alınmaktadır. Primler toplamda, prime esas gelirin %12.5'ini, bağımsız çalışanlar için ise %12' sini oluşturmaktadır. Prim ödemelerinin yanında sigortalılardan katkı payı alınabilmektedir (Er, 2011).

Türkiye’de toplam kamu sağlık harcaması Türk Lirası (TL) bazında yıldan yıla artış göstermekle birlikte, sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH) içindeki oranı ya azalmakta ya da sabit kalmaktadır. Örneğin; 2008 yılında 38 milyar TL (29 milyar USD) olan kamu sağlık harcaması, 2018 yılına gelindiğinde 120 milyar TL (25 milyar USD) olmuştur. Ancak TL bazında artmış görünse de, hem dolar bazında azalmış hem de GSYH’deki oranı 3,8’den 3,2’ye gerilemiştir (Başara, 2019).

OECD ülkeleri arasında 2017 yılında yapılan karşılaştırmaya bakıldığında, kamu sağlık harcamalarının GSYH’deki payının en düşük olduğu ülke Türkiye’dir. Kamu sağlık harcamalarının GSYH’ye oranına bakıldığında, 2000- 2009 yılları arasında %3’ten %4,7’ye yükselmiş, 2009’dan sonra ise düşüş görülmüş, 2016’ya gelindiğinde bu oran %3,6 olmuştur (Giray et al, 2019). TÜİK’in verilerine göre, toplam sağlık harcamalarının içinde, genel devlet sağlık harcamasının payı, 2017, 2018 ve 2019 yılında, 3 yıl art arda yaklaşık %78 olmuştur. Kişi başı sağlık harcamaları ise yıldan yıla TL bazında artarken USD bazında düşüş göstermektedir. Bu durumun nedeninin enflasyon ve sağlık hizmetlerinde kullanılan ürün ve teknolojilerin döviz bazlı ücretlendirilmesi olabileceği düşünülmüştür (TÜİK, 2020).

#### **2.1.5. Türkiye’de Özel Sigortacılık**

Türkiye Sigortalar Birliği ‘nin 2019 yılında yayımladığı Sektör Raporu’na göre Türkiye’de 41 şirket, sağlık sigortası hizmeti sunmaktadır (TSB, 2020). 2019 yılında özel sağlık sigortası prim üretimi, önceki yıla göre 1 milyar lira yükseliş göstermiştir. Bu artış %28 oranında büyümeye denk gelmektedir. Bununla beraber tamamlayıcı sağlık sigortası prim üretimi 2019 yılında, 2018’e göre %86 gibi olağanüstü bir artış göstermiştir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, son yıllarda giderek büyükmektedir. 2017 yılında, Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortalı sayısı 676 bin iken, 2018 yılı sonunda bu rakam 920 bin kişiyeye ulaşmıştır. 2019 yılına gelindiğinde ise bu rakam 1 milyon kişiyeye geçerek 1.354.318 olmuştur. 2018 yılında, özel sağlık sigortası toplam prim üretimi 4.112 milyon TL’den 5.212 milyon TL’ye yükselmiş; tamamlayıcı sağlık sigortası prim üretimi ise 493 milyon TL’den 535 milyon TL’ye ulaşmıştır. Tamamlayıcı ve özel sağlık sigortasına sahip kişi sayısı, 2019 yılında 3.704.596 ulaşmıştır. Bu rakam Türkiye nüfusunun %4,5’ine tekabül etmektedir (TSB, 2020).

2018 yılında 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun getirdiği düzenlemelerden etkilenen sektörlerin arasında, sağlık ve sağlık sigortacılığı sektörleri de yer almıştır. Sağlık verilerinin kişinin açık rızası alınmadan işlenmemesine dair düzenleme ile birlikte, hem sağlık verilerinin güvenliği hem de gerekli hallerde verilere erişimi sağlamak için Türkiye Sigorta Birliği, Sağlık Bakanlığı ve SGK bir çalışma grubu oluşturmuştur. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) ile özel ve tamamlayıcı sağlık sigortalarının geliştirilmesi hedeflenmiştir. Aynı zamanda, Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği (TÜSİAD) ve Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) ile çalışma grupları oluşturularak özel ve tamamlayıcı sağlık sigortalılık oranlarının artırılması amacıyla hazırlanan görüş ve öneriler, kurumlarla paylaşılmıştır. Aynı zamanda Türkiye’de üretilen veya Türkiye’ye ithal edilen tüm tıbbi cihazlar ve kozmetik ürünlerinin üretim bandından başlayarak son kullanıcıya kadar takibini sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı Türkiye Tıbbi İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) Ürün Takip Sistemi (ÜTS) geliştirilmiş, bu sisteme özel sağlık sigortası şirketlerini entegre etmek adına, Kurum ve Hazine ve Maliye Bakanlığı bünyesinde girişimlerde bulunulmuştur (TSB, 2019).

## **2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı**

OECD’nin yayınladığı 2018 verilerine göre Japonya ve Kore ile birlikte Türkiye, yılda ortalama 9,5 başvuru ile, kişi başına düşen hekime başvuru sayısı en yüksek ülkeler arasındadır. OECD ortalaması ise yıllık 6,6’dır. Türkiye’deki hekim

başvurularının çoğu, ikinci basamak hastane polikliniklerine yapılmaktadır. Verilere göre Kostarika, Meksika ve İsveç'te kişi başına düşen başvuru sayısı en azdır. Japonya ise ilk sırada yer almaktadır (OECD, 2016).

Türkiye'de kişi başına düşen hekime başvuru sayısındaki artış; GSS' nin oluşması, aile hekimliği sisteminin yaygınlaşması ve kamu personelinin özel sağlık kurumlarını da kullanılabılır hale gelmesi ile aynı yıllarda gerçekleşmiştir. 2018 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na bakıldığında, sağlık kurumlarına müracaat sayısı 2002 yılından 2018'e kadar düzenli bir artış göstermektedir. Birinci basamak kuruluşlara kişi başı müracaat sayısı 2002'den 2018'e yılda 1,1'den 3,2'ye; ikinci ve üçüncü basamakta ise bu sayı 2,0'dan 6,3'e ulaşmıştır. Yine aynı dönemde ağız ve diş sağlığı merkezleri ve özel tıp merkezlerine yapılan başvurularda artış gözlenmiştir. Buna dayanarak, yaygınlaşan aile hekimliği sistemi ile birinci basamak sağlık kuruluşlarının daha sık kullanılması sağlanmıştır. Ancak, özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına yıllık başvuru sayıları 2018'e gelindiğinde kişi başı 6,3'tür, birinci basamak başvuru sayısı olan 3,2'nin neredeyse iki katına ulaşmıştır. Bu durum sonucunda, sevk zincirinin ve sistemin hastaları süzme işlevini yerine getirmede oldukça yetersiz kaldığı söylenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların yıllar içinde artması beraberinde özel sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetlerin çeşitlenmesi ve bu hizmetlere talebin artmasını getirmiştir. Dolayısıyla bu kurumlardan alınan hizmetlerin büyük bölümünü, özel sigorta sektörü karşılamaya başlamıştır (TOBB, 2017). Hizmet sunucularının çeşitlenmesi ile, bireyler en iyi hastane ve en avantajlı sigortayı seçerek fayda maksimizasyonu sağlamaya çalışmakta, seçimlerinde sağlık güvencelerinin kapsayıcılığı önemli bir etken olmaktadır (Mosadeghrad, 2014).

### 2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlığı ve Kapsayıcılığı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıkta kapsayıcılığı 3 ana başlıkta değerlendirmiştir. Bunlar; sağlık sigortası olan nüfusun çoğunluğu, sağlık hizmetinin çeşitliliği ve sağlık harcamalarının ne ölçüde kamu tarafından karşılandığıdır (WHO, 2008).

GSS gibi kamu sigortalarının, evrensel kapsayıcı olması, yani nüfusun tamamını kapsaması, tüm sağlık hizmetlerini karşılamasıdır. Bu anlamda, Türkiye’de sağlıkta evrensel kapsayıcılık, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ancak belli ölçüde sağlanabilmiştir. Bunun nedenlerinden biri, GSS ile toplanan primlerin bireylerin geliri ile orantılı olmamasıdır. Sigorta primine esas kazancın aylık üst sınırı 22 bin 72,50 TL olarak belirlenmiş, yani bu miktar ve bu miktarın çok üzerinde kazancı olanlar aynı sağlık sigortası primini ödemekle mükelleftir. Bunun dışında gözlük reçeteleri ve yetişkin nüfus için diş tedavilerinde %50’ ye ulaşan katkı payları alınmaktadır (SGK, 2019). Bu sorunlara çözüm olarak “Tamamlayıcı Sigorta” paketleri sunulurken bu hizmetleri özel sigorta şirketlerinin karşılaması öngörülmüştür.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın en başarılı olduğu alanlardan biri, nüfusun tamamına yakınının sağlık güvencesi olmasıdır. Ancak hala sağlık güvencesi olmayan veya sigorta primlerini yatırmadığı için sağlık hizmetlerini ödeme ve emeklilik alanında sıkıntılar yaşayan bir kesim bulunmaktadır (Giray, 2019). SGK’nın her yıl yayınladığı istatistiklere göre, 2018 yılında Türkiye’deki aktif sigortalı sayısı, ilk kez azalma göstermesine rağmen, toplam sigortalı nüfus oranı %87,1 ile bugüne kadarki en yüksek orana ulaşmıştır (SGK, 2019). Öte yandan, özel sigorta kapsamındaki nüfus yıllar içinde giderek artmakta, ancak özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmeti sunumundaki payı son yıllarda sabit seyrekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Dolayısıyla, bireyler bir yandan kendilerini özel sağlık güvencesi altına alırken, diğer yandan bu güvence ile hizmet talepleri sınırlı kalmaktadır.

Sonuç olarak, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı, daha geniş bir nüfusa ulaşmak anlamında artmış; ancak sağlık harcamalarında kamunun payının artışı, hizmet çeşitliliği, katkı paylarının gelire oranı gibi alanlarda henüz istenilen noktaya ulaşmamıştır (Çavmak, 2017).

### **2.3. Kronik Hastalıklar ve Tedaviye Uyum**

Sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan “uyum” terimi, hekimin önerileri ile hastanın davranışlarının paralel, yani uyum içinde olmasını ifade eder. Hizmet sunucuların tavsiye ve görüşlerinin; hastanın yaşam tarzı, değerleri ve inançları ile örtüşmesi; böylece hasta ve hizmet sunucu arasında bir işbirliği duygusunun oluşmasını ifade eder (Wood, 2012). Anlaşıldığı üzere uyum kavramı; tedavi, diyet, egzersiz önerileri, yaşam tarzı değişikliği, randevuya vaktinde gelme gibi hastadan beklenen davranışlar bütünüdür.

Tedaviye uyumsuzluk, kronik hastalıklarda en sık rastlanan halk sağlığı sorunlarından biridir. Tedaviye uyumun tam tersi olan bu kavram, “görünmez epidemi” olarak da adlandırılmaktadır (Eze, 2011). Bu durumda, hasta hekimle olan randevularına geç kalmakta veya gelmemekte, hekimin uygun gördüğü tetkik ve tedavi süreçlerine katılmamakta veya uyum göstermemekte, ilaçlarını kullanmayı aksatmakta, uygun dozda kullanmamakta veya önerilen süre boyunca tedaviye devam etmemektedir (Jimmy, 2011).

Araştırmalara göre, hastaların tedaviye uyumsuzluğu olgusu, özellikle kronik hastalıklarda oldukça yüksektir. Kronik hastalıklarda uyumsuzluk oranı, en az %20 iken %80'lere kadar çıkabildiği gözlemlenmiştir (Jin, 2008). Kronik hastalıklardaki uyum oranları hastalıktan hastalığa değişiklik göstermektedir. Örneğin; kanser, gastrointestinal sistem hastalıkları, HIV ve artritlerde tedaviye uyum oranları yüksekken; diyabet, uyku bozuklukları ve pulmoner hastalıklarda tedaviye uyum oranları düşmektedir (Van Dulmen et al, 2007). Kişiler semptomlarını kontrol

edememekte, böylece günlük aktivitelere katılımları azalmakta, iş ve okul yaşamlarında gün kaybetmekte ve acil servis başvurularını tedaviye uyum gösteren kişilere oranla daha sık yapmaktadır (Baiardini et al, 2006).

Hastaların tedavi sürecine uyumunu etkileyen nedenlerden biri, ekonomik nedenlerdir. Kardiyo-vasküler hasta grubunda yapılan bir araştırmada, kişilerin sosyo-ekonomik durumunun tedaviye uyumlarına ve sağlık çıktılarına doğrudan etkili olduğu gösterilmiştir. Buna göre, özellikle ilaç uyumuna kişilerin ev veya iş sahibi olmaları, yıllık gelir düzeyleri gibi ekonomik faktörler etki etmektedir (Osborne, 2018). Sosyal güvencesi olup katkı payı alınan geriatric hastalarda yapılan bir araştırmada ise, hastaların %30'u katkı paylarını ödemekte zorlanmıştır. Buna göre, bu grubun özellikle ilaç kullanımını düzenli yapmakta zorlanacağı ve sağlığının finansal yük nedeniyle olumsuz etkileneceği öngörülmüştür (Dillon, 2018).

Ekonomik nedenler hastanın sağlık hizmetlerine yaklaşımını öyle etkilemektedir ki, bir literatür tarama çalışması; sağlık kurumlarında yapılan indirimlerin kişilerin başvuru sayısını ve tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilediğini göstermiştir (Giuffrida, 1997).

Her ne sebeple olursa olsun, hastanın tedaviye uyumsuzluğunun altında yatan nedenler belirlendikten sonra, hastanın tekrar uyumunun sağlanması veya artırılması, özellikle maliyet ve hastalık yükünün azaltılması, kişinin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi anlamında çok önemlidir. Bu nedenle, kronik hastalıkla yaşayan kişilerin tedaviye uyumunu sağlamak için, sağlık hizmeti sunucularının çeşitli müdahalelerde bulunması anlamlıdır. Bu müdahalelerden bazıları, hastaya kan şekeri düzeyini kendi kendine ölçmesinin öğretilmesi ve kan şekerinin ölçmekte kullanılan malzemelerin sigortalar tarafından geri ödenmesinde kolaylık sağlanması, hastanın tedaviye katılımının sağlanması, hastaya yazılı ve sözlü bilgilendirmelerin daha fazla yapılması, hastayla iletişim artırılması, telefon ve bilgisayar yardımıyla hasta izlemlerinin kayıt altına alınmasıdır (Taşkaya, 2014).

## 2.4. Diabetes Mellitus ve Sağlık Hizmetleri

Diyabet hastalığı, pankreastan insülin salınımındaki veya insülinin dokularda kullanımındaki yetersizlik sonucunda oluşan kronik bir metabolik hastalıktır. Bu hastalığın teşhisinde, kan şekeri düzeylerinin sürekli olarak yüksek seyretmesi tanı kriterlerinden en önemlisini oluşturmaktadır (Minet, 2010).

Diyabet hastalığının en belirgin özellikleri, kan şekerinin yüksek düzeylere ulaşmasıdır. Hastalığın diğer bazı özellikleri ise, çok su içme ve çok idrara çıkma (poliüri, polidipsi), çok yemek yeme (polifaji), kilo kaybı ve görmede bulanıklaşmadır. Gelişim bozuklukları ve enfeksiyonlara karşı yatkınlık, diyabet hastalığına eşlik edebilen sağlık sorunlarıdır. Dahası, hiperglikozun kontrol altına alınmadığı vakalarda, hastanın ketoasidoza girmesi de söz konusudur. Uzun dönem belirtilerde ise, diyabet hastalığına spesifik nöropati, retinopati, nefropati, ayak ülserleri, cinsel işlev bozukluğu, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar gibi vücudun tüm sistemlerini etkileyebilen komplikasyonlar görülebilir. Bunun yanı sıra, uzun dönem diyabet hastalarında, hipertansiyon, lipoprotein metabolizmasına bozukluklara bağlı vasküler problemler sıkça gözlenmektedir (ADA, 2012).

Diyabet hastalığının dört farklı tipi bulunmaktadır. Bu tiplerde ilki, genellikle gençlerde görülen “juvenil diyabet” yahut “insüline bağımlı diyabet” olarak anılan, Tip 1 Diabetes Mellitus’tur. Bu diyabet tipinde, pankreastaki  $\beta$  (beta) hücre hasarı ile, insülin salınımının tamamen ortadan kalması veya yetersiz olması söz konusudur (ADA, 2013). Tip 1 diyabetli kişiler, tüm diyabetlilerin %10’nu oluşturmaktadır. Hastalık çoğunlukla çocukluk ve genç erişkinlik çağlarında ortaya çıkmaktadır. Hipoglisemi ve ketoasidoz gibi ciddi komplikasyonların en sık görüldüğü diyabet tipi, Tip 1 diyabettir. (ADA, 2012).

Diyabetin ikinci tipi ise, “insüline bağımlı olmayan” Tip 2 Diabetes Mellitus’tur. Bu tipte, pankreasta insülin üretimi vardır ancak vücutta insülinin etkilerine karşı bir

direnç söz konusudur ve insülin vücutta yeterince kullanılamamaktadır (ADA, 2013). Tüm dünyadaki diyabetlilerin %90 kadarı bu tip diyabete sahiptir. Tip 2 diyabet tedavisinde, pankreasın beta hücrelerinde hasar olmadığı için çoğu vakanın tedavisinde insüline ihtiyaç duyulmamaktadır. Tip 2 diyabet, genellikle yaşlı kişilerde veya fiziksel aktivitesi az olan, obez bireylerde ortaya çıkmaktadır. Bu tipte, diyabet belirtileri tip 1'e göre daha hafiftir, ancak uzun vadeli komplikasyon gelişme oranı en yüksek olan tip yine tip 2'dir (ADA, 2012).

Üçüncü diyabet tipine gelince, yalnızca gebelik sürecinde ortaya çıkan ve doğum sonrasında belirtilerin gerilediği bit diyabet türüdür. Gebelik sürecinde görüldüğü için, “gestasyonel diyabet” olarak adlandırılmaktadır. Gebelerin yaklaşık %7'si gestasyonel diyabetten etkilenmektedir (Ada, 2012). Gestasyonel diyabetin, 25 yıl içinde Tip 2 diyabete görülme sıklığı fazladır (Phares, 2011).

Son olarak, diyabetin 4. tipinde ise, diyabetin diyabet tipleri yer almaktadır. İlaç veya madde kullanımı, organ nakli, HIV tedavisi, kistik fibrozis, pankreatit, enfeksiyonlar, diğer endokrin hastalıklar ve genetik beta hücre bozuklukları gibi durumlar da diyabete neden olmaktadır (ADA, 2013).

Diyabetin hangi tipi olursa olsun, insan sağlığı üzerinde yarattığı olumsuz etkiler görmezden gelinecek gibi değildir. Örnek vermek gerekirse, aynı yaş grubundaki diyabet hastalığı olan ve olmayan bireyler karşılaştırıldığında, diyabetli grupta inme riski iki kat, tüberküloz gelişme riski üç kat, alt ekstremitte amputasyon riski on kat daha fazladır (WHO, 2010). Bu nedenle diyabetin yönetimi toplum sağlığı için oldukça önemlidir.

#### **2.4.1. Dünyada ve Türkiye’de Diyabet**

Dünya genelinde diyabetin yaygınlaşmasının altında yatan ana nedenlerin, artan obezite oranları, fiziksel aktivitenin azalması, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler ve artan kentleşmesinin olduğu düşünülmektedir (Taşkaya, 2014). Uluslararası Diyabet Vakfı’nın 2019 verilerine göre 20-79 yaş arasındaki her 11 kişiden biri, toplamda 463 milyon kişi diyabet hastasıdır. Bu kişilerin yarısı ise tanı almadan hayatlarını sürdürmektedir. Dünya genelindeki tüm ölümlerin %11,3’ü diyabet ve komplikasyonlarına bağlıdır. Bu nedenle hayatını kaybeden kişilerin yaklaşık yarısı 60 yaşın altındadır. Öte yandan, diyabetle mücadele için her yıl, sağlık harcamalarının %10’u kullanılmaktadır. Diyabetli kişilerin dörtte üçünden fazlası, orta ve düşük gelirli, dolayısıyla sağlık harcamalarının da düşük olduğu ülkelerde yaşamaktadır.

Dünya Diyabet Atlası’ nın 2019 verilerine göre, Türkiye’de 20-79 yaş arasında 6,592,400 diyabet tanısı almış kişi bulunmaktadır ve hastalığın prevalansı % 11,1 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca, iki buçuk milyondan fazla tanı almamış diyabetli olduğu kayda geçmiştir. Buna göre, tanı almamış diyabetliler, tüm diyabetlilerin % 38’ ini oluşturmaktadır. 4 milyon kişi, bozulmuş glukoz toleransına sahiptir ve bu kişiler gelecekte diyabet olma riski altındadır. Aynı rapora göre, 2019 yılında, 43,500 kişi diyabete bağlı nedenlerle yaşamını yitirmiştir. 60 yaş altı ölümlerin yaklaşık %30’unu diyabetle ilişkili ölümler oluşturmaktadır (IDF, 2019; Acemoğlu, 2006).

#### **2.4.2. Diabetes Mellitus Hastalarının Sağlık Hizmetlerine Yaklaşımları**

Diyabetli hastalar, tüm hayatları süresince, kendileri için planlanmış olan sağlık bakımını sürdürmek ve sağlık kurumlarına sıkça başvurmak zorundadırlar. Günümüzde, diyabet hastalığının tedavisi için pek çok etkili, çeşitli ve kolay kullanımlı tedaviler bulunmaktadır. Ancak, tedavilerin uzun süreli olmasının da katkısıyla, hastaların tedaviye uyum düzeyleri düşük seyretmekte, dolayısıyla tedavinin klinik etkinliği sınırlı kalmaktadır (Mann, 2009). Diyabeti olan bir hastanın,

hedeflenen glisemik değerlere ulaşabilmesi ve diğer hastalıklarına diyabetin etkisini minimize edebilmesi için, pek çok farklı ilaç kullanması gerekebilmektedir. Sonuçta, hedef hastanın yaşam kalitesini ve sağlığını iyileştirmektir, ancak hastalar çok sayıda ilacı uzun süre kullanmakta zorluk çekmektedir (Ahmad, 2013).

Çoğu zaman, kronik hastalıklarda tedaviye uyum gösterilmemesi, ilacın yan etkileri nedeniyle tedaviyi bırakma ya da ilacın etkisiz olduğu veya yeterince işe yaramadığı düşünceleri sonucunda gerçekleşmektedir. Diyabet hastalığında ise, belirtilerin düzeldiğı dönemlerde, hastanın artık ilaç kullanmasına gerek olmadığına inanması ile tedaviye uyumsuzluk gerçekleşir (Gimenes, 2009).

Tedaviye uyumsuzluk, diyabetli hastalarda sıkça görülebilen bir durumdur. Farklı ülkelere bakıldığında, tedaviye uyumsuzluk oranları %20 ila 60 arasında değişmektedir. Örneğin ABD’de yapılan bir çalışmada hastaların %28’inde uyumsuzluk görülürken, Meksika’da yapılan bir çalışmada tedaviye uyumsuzluk oranı, %36 olarak tespit edilmiştir (Mann, 2009).

Ülkemizde de konu ile ilgili 2003 yılında, Ulusal Hanehalkı Araştırması gerçekleştirilmiştir. Buna göre, katılımcılardan %4,75’ sinin hayatlarının herhangi bir döneminde, diyabet tanısı aldığı, yine %4,50’ sinin diyabet nedeniyle tedavi gördüğü tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan diyabet hastalarının %3,24’ünün son iki hafta içinde kan şekeri düşürücü bir ilaç veya insülin türevi kullandıkları tespit edilmiştir. Buna göre, diyabet hastalarının yalnızca %68’inin ilaçlarını kullanmaya devam ettiği bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Kronik hastalıklarda görülen tedaviye uyumsuzluk prevelansı ve maliyetlerindeki artışlar neticesinde, konuyla ilgili araştırmaların sayısı artmış ve iyileştirme konusundaki çalışmaların önemi artmıştır. Bu çalışmaların sonuçlarından, özellikle

kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumunu artıran tıbbi ve teknolojik yenilikler de nasibini almıştır (Haynes, 2008).

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, beş ana başlığa ayrılmıştır. Bunlar; hastayla ilgili faktörler, hastalıkla ilgili faktörler, tedaviyle ilgili faktörler, sağlık sistemiyle ve sağlık personeliyle ilgili faktörler, sosyal ve ekonomik faktörler olarak özetlenmiştir (WHO, 2003).

Ekonomik faktörlerle ilgili olarak, diyabet hastaları ve dahiliye uzmanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hekimler, hastaların tedaviye devam etmeme ve uyum göstermeme nedenlerini çoğunlukla ekonomik sebeplere bağlamışlardır (Oral et al, 2002).

Ülkemizde diyabet hastaları, estetik ve plastik cerrahi muayenesi dahil tüm muayeneleri SGK anlaşmalı hastanelerde ücretsiz veya katılım payı ödeyerek olabilmektedir. Ancak diyabetle ilgili ilaç ve cihazların SGK tarafından ödenmesi kısmi olarak gerçekleşmektedir. Tüm insülin türleri ve diyabet ilaçları, hastanın diyabet olduğunu raporlaması halinde, 2018 itibarıyla SGK tarafından katılım payı alınmadan karşılanmaya başlamıştır (SGK, 2018). Diyabetli hastaların kullandığı insülin pompaları, insülin pompası set ve rezervuarları için SGK tarafından Sağlıkta Uygulama Tebliğinde (SUT) belirtilen tutarda ödeme desteği verilir, ancak bu malzemelerin tamamı ödenmez. Şeker ölçümünde parmak delmek amaçlı kullanılan lansetler ve hastaların şeker yerine kullandığı tatlandırıcılar için ise SGK tarafından herhangi bir geri ödeme yoktur (SGK, 2021).

Diyabet hastalığının tipine göre, hastanın tedaviye uyumu farklılık gösterebilir. Yapılan bir meta-analize göre, Tip 1 diyabeti olanlarda tedaviye uyum düzeyi, Tip 2 diyabetli hastalara göre daha yüksektir (Dealmate, 2006). 11 ülkede yürütülmüş olan

başka bir araştırmaya göre, Tip 1 diyabetlilerin tedaviye uyumları %83 olarak bulunurken, Tip 2 diyabetlilerde bu oran %78 olarak bulunmuştur (Peyrot et al, 2010).

Diyabette, diğer hastalıkların bulunması da, hastanın çok sayıda ilaç alması nedeniyle, tedaviye uyumsuzluğa neden olmaktadır (Ahmad et al, 2013). Portekiz’de yapılan bir araştırma sonucunda, diyabet nedeniyle ortaya çıkan komplikasyonların, diyabetle ilişkisi olmayan diğer hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabileceği; hatta hastanın geçmişin ruh ve sinir hastalıkları öyküsü var ise diyabet tedavisine uyumsuzluğun artabileceği ortaya konmuştur (Galveia et al, 2012).

Hastanın psikolojik, demografik ve sosyal özelliklerinin ele alındığı, bunların hastalığın tedavi edilme sürecini inceleyen alana “biyopsikososyal model” adı verilmektedir (Zolnierek et al, 2009). Örneğin demografik özelliklerle ilgili olarak, hastaların yaşı arttıkça tedaviye uyumlarının azaldığına dair araştırma sonuçları mevcuttur. Portekiz’de yapılan bir araştırmada, diyabetlilerin tedaviye uyumunun yaşla ilişkili olduğunu ve hastalar yaşlandıkça tedaviye uyum gösterme oranının azaldığı bulunmuştur (Galveia et al, 2012).

Diyabet hastalarında tedavi uyumu ve sağlık hizmeti tüketimine cinsiyet penceresinden bakıldığında, karşılaşılan bulgular düşündürücüdür. Nijerya’da yaşayan Tip 2 diyabet hastaları üzerinde yapılan bir araştırmada, erkeklerin kadınlara göre ilaç kullanımına daha iyi uyum gösterdiği sonucuna varılmıştır (Uchenna, 2010). Buna rağmen, Nijerya’da ve Suudi Arabistan’da yapılan konuyla ilgili diğer araştırmalar ise, erkek diyabetlilerde kadın diyabetlilere göre ilaç uyumsuzluğunun daha yaygın olduğunu göstermiştir (Adisa, 2009; Khan, 2012).

Yine meslek sahibi kişilerde ve yüksek gelir grubundaki kişilerde tedaviye ulaşım avantajlarından dolayı tedaviye uyum artmaktadır (Brides at al, 2012). Nijerya’da yapılan bir araştırma, mesleği olan ve ayaktan tedavi gören diyabet hastalarının,

mesleği olmayanlara oranla ilaca uyumlarının daha fazla olduğu sonucunu ortaya koymaktadır (Adisa et al, 2009). Hindistan’da gerçekleşen bir çalışmada da, hastaların geliri ve sosyo-ekonomik statüleri arttıkça tedavi ve muayenelerine daha uyumlu oldukları görülmüştür (Rameswarapu et al, 2011).

Hastaların tedaviye uyumu ve sağlık hizmeti kullanımını belirleyen bir başka etken ise, hastanın sağlık okur-yazarlığı kavramıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 1998 yılında yaptığı tanıma göre, kişilerin sağlık ve iyilik halini korumak, geliştirmek amacıyla, sağlık bilgisine erişimi, bilgiyi anlama ve kullanma kabiliyetleri ile istekleri konusundaki bilişsel ve sosyal beceriler “sağlık okur-yazarlığı” olarak tanımlanır (Nutbeam, 1998). Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan kişilerin, sağlıkla ilgili bilgilerinin diğer kişilere göre daha az olduğu, hastalık ve tıbbi tedavilerle ilgili yönergeleri anlamakta zorluklar yaşadığı, dolayısıyla bu süreçleri yeterince kavrayamadıkları bilinmektedir. Bununla birlikte, bu kişilerin sağlık kontrollerini aksattığı; buna rağmen sağlık maliyelerinin, hastaneye yatış ve mortalite oranlarında artma görüldüğü belirtilmektedir (Kanj et al, 2009).

Hastaların tedavi uyumu ve sağlık hizmeti kullanım davranışıyla ilişkilendirilen başka bir kavram ise, Sağlık İnanç Modelidir. Model, 1950’li yılların başlarında, hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi ve erken tanı konulmasında yer alan aşı ve tarama programlarının hem ücretsiz hem de kullanımı kolay olduğu halde, insanların programlara katılım düzeylerinin yetersizliğini açıklamak amacıyla, ABD Halk Sağlığı Hizmetleri bünyesindeki sosyal psikologlar tarafından ortaya atılmıştır (Cook, 2002).

Sağlık inanç modeli ile ilgili 26 çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında, kişinin algıladığı yarar arttıkça diyabet ilaçlarını kullanmadaki uyumunun arttığı, algıladığı engellerin ise tedaviye uyumda düşük düzeylere neden olduğu ortaya konmuştur (Harris et al, 1987; Nagasawa, 1990).

Tüm bunlara ek olarak sağlık sigortasının varlığı ve kapsamının kişinin tedaviye uyumuna etkisi çarpıcıdır. Buna göre, sağlık sigortası olan ve yıllık geliri 50,000\$ ve üzeri olan diyabetik kişilerde, ilaç uyumsuzluğunun sigortasız ve geliri 50,000\$ altından olanlara göre çok daha az olduğu bulunmuştur (Kang et al, 2018).

#### **2.4.3. Kronik Hastalığı Olanların Sağlık Kurumuna Başvuruları**

Hastaların sağlık kurumlarına başvurularını etkileyen etkenlerden biri, tedaviye uyumsuzluğun sonucunda gelişen komplikasyonlar ile hastaneye yatış, acil servise başvuru gibi sağlık hizmeti kullanım ihtiyacının artmasıdır. ABD’de Medicare sağlık güvencesi olan hastalarla gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, diyabet tedavisinde %10 kadar bir uyum artışının, hastaneye yatışların %6,6 kadar azalmasını sağladığı tespit edilmiştir (Balkrishnan, 2007). Diyabetli hastalarla yapılan benzer bir retrospektif kohort çalışmasında da, yine tedaviye uyum göstermeyen hastaların daha sık ve çok sayıda hastaneye yatışları olduğu görülmüştür (Ho, 2006).

Hastaların tedavileriyle ilgili gösterdikleri tavır, hastaların polikliniklere ve acil servise başvurularına da etki etmektedir. Tip 2 diyabetlilerle yapılan bir çalışmada, tedavilerine uyum göstermeyen hastaların, hem hastaneye yatış sayılarının hem de poliklinik ve acil servis ziyaret sayılarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Colombi et al, 2006).

Diyabet hastalığında hastalarında tedavi süreci boyunca yapacakları hastaneye ulaşım maliyeti, poliklinik muayenesi maliyeti, ilaçların maliyetleri gibi maliyetler doğrudan maliyet olarak adlandırılmakta ve tedaviye uyumsuz diyabetlilerde, tedaviye iyi uyum gösterenlere göre 3-4 kat fazla olmaktadır. Hastalık iznleri nedeniyle iş günü kaybı, erken emekli olma, hastalığa bağlı erken ölüm ise, diyabet hastalığı için dolaylı maliyetlerdir. Tedaviye uyumsuzluk söz konusu olduğunda dolaylı maliyetler de doğrudan maliyetlerle aynı doğrultuda artış göstermektedir (WHO, 2003).

Diyabet hastaların sağlık hizmetlerine yaklaşıminın, maliyetler üzerine etkisini diyabetli yaşı hasta grubunda inceleyen bir araştırmada, diyabette tedaviyi doğru şekilde uygulamada %10 kadar bir artışın, toplam yıllık sağlık hizmeti maliyetlerinde %8,6 azalışı sağlayabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Balkrishnan, 2007). Benzer bir çalışmada, ABD'deki diyabetli siyahi hasta grubunda, hastanın tedavi uyumunda %10 kadar bir artışın, sağlıkla ilgili harcamalarda %2, doğrudan diyabetle ilgili harcamalarda ise %4 azalış sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (Shenolikar, 2006). Diğer yandan, yine ABD'de yapılan başka bir çalışma, diyabet hastalarında, tedavi uyumuyla sağlık harcamaları arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Ancak aynı zamanda, tedaviye uyum arttıkça hem yıllık toplam sağlık maliyetlerinin hem de diyabetle ilgili tıbbi maliyetlerin arttığı ortaya çıkmıştır (Hepke et al, 2004).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, diyabetli hastalarda, özel sigorta veya GSS ile sağlık hizmeti almanın, sağlık hizmetlerini kullanımına etkisini incelemektir. Böylece, diyabet hastalarının sağlık güvencelerinin, sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışına etkisine; dolaylı olarak ise tedaviye ve takiplere gösterdikleri uyuma etkilerine dikkat çekmektir.

### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Araştırma gözlemsel araştırmalardan kesitsel nitelikte tanımlayıcı ve nicel bir araştırmadır.

### **3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma sırasında tespit edilen ve araştırmanın sonuçlarını sınırlayan bazı etmenler şunlardır:

- Araştırmanın verilerinin 1 Ocak 2019 ve 1 Ocak 2020 tarihleri arasındaki hastane ziyaretlerini kapsaması, kesitsel niteliğini ve sınırlılığını teşkil etmektedir.
- Araştırmaya bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi' ne başvuran ve herhangi bir tarihte ICD10 kodlama sistemine göre Tip 2 Diabetes Mellitus tanısı almış olan tüm hastalar dahil edilmiştir. Buna göre, yalnızca bu tanıya sahip hastaların sağlık hizmetinden faydalanma alışkanlıkları değerlendirilmiştir. Buna göre, bu grubun dışındaki kronik hastalıklarda başvuruların sigorta tipine göre dağılımı, araştırmanın sonuçlarına göre farklı olabilir.

- Araştırmaya yukarıda ifade edilenlere ek olarak özel sigorta sahibi olan ve SGK'lı olan hastalar dahil edilmiştir. Fatura tutarının tamamını cepten ödeyen ve işlem ödemesi için sigortadan yararlanmayan hastalar araştırmanın dışında tutulmuştur. Fatura tutarının tamamını cepten ödeyen diyabet hastalarının sağlık hizmetlerinden ne ölçüde yararlandığı ölçülmemiştir.
- Kurum ve şirketlerin çalışanlarına yaptığı sağlık sigortaları, araştırmanın özel sigortalı grubu içinde değerlendirilmiştir. Bu tip sigortaya sahip olan kişiler ayrı bir grupta incelenmemiştir. Dolayısıyla, kendi imkanlarıyla özel sigorta prim ödemesi yapan, özel sigortalı kişilerle sağlık hizmeti kullanımları karşılaştırılamamıştır.
- Örneklemdaki kişiler, araştırma süreci boyunca, araştırmaya konu olan sağlık kurumu dışındaki kurumlara başvurmuş olabilirler. Bu başvurular araştırmaya dahil edilmemiştir. Dolayısıyla kişilerin sağlık kurumuna başvuru sayıları ve sağlık hizmetlerini kullanma miktarları, yalnızca bu kurumdan aldıkları fayda ile sınırlı olarak değerlendirilmiştir.
- Bireysel veya kurumsal olarak özel sigortalı kişilerde, diyabet gibi kronik hastalık tanılarının kesin tanı olarak kişinin sağlık kaydına işlenmesi bir sonraki yıla sürprim uygulanmasına neden olacağından dolayı, HBYS'de kesin tanı zorunluluğu bulunmamaktadır. Buna göre, kişiler tıbben kesin olarak diyabetli de olsa, HBYS'de diyabet kesin tanı değil, ön tanı olarak yer alabilir.
- Diyabet tanısı konmadan önce kan şekeri düzeyi ölçümü, HbA1c ölçümü gibi testlerin yapılması gerekmektedir. Bunun yanı sıra günümüzde pre-diyabet adı verilen ve diyabetten hemen önceki safha olarak da kabul edilen bir hasta grubu da bulunmaktadır. Bu nedenle her diyabet ön tanısı, kesin tanıya dönüşmemektedir. Bu durum, diyabet tanılarının çoğunun ön tanı olarak kalmasını bir ölçüde açıklamaktadır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırma bir Vakıf Üniversitesi Hastanesi' nde 01.01.2019- 01.01.2020 tarih aralıklarında ICD10 kodlama sistemine göre E11 Tip 2 Diabetes Mellitus tanı kodu grubu işaretlenmiş kesin tanı ve ön tanı alan 807 hastaya uygulanmıştır. Veriler hastane sisteminden araştırma sınırlılıkları göz önünde bulundurularak alınmış olup belirlenen tarih aralıklarındaki tüm başvurulara uygulanmıştır. Buna göre evrenin tamamına ulaşılmış ve örneklem seçimine gidilmemiştir.

### 3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri SPSS 22.0 programıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizlerden frekans ve yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmada verilerin dağılımı; yaş, hastanın başvuru sayısı, işlem sayısı, (provizyon sonrası kalan hasta payını) cepten ödeme tutarı ve fatura tutarına göre değerlendirilmiştir. Normallik sınaması Kolmogrov Smirnov testi ile incelenmiş olup tüm verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır ( $p=0,000>0,05$ ). Normallik sınamasının normal dağılım göstermemesine binaen iki grup parametresi barındıran nominal değişkenlerin sayısal verilere göre fark analizinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi için ise non-parametrik ilişki testlerinden spearman korelasyon analizi kullanılmış ve %5 hata payı %95 güven aralığında değerlendirmeye gidilmiştir.

#### 4. BULGULAR

Çalışmada değerlendirmeye alınan verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgular ve yorumlar bu bölümde yer almaktadır.

**Tablo 4.1.** Hastaların Cinsiyet Dağılımları

| Cinsiyet      | n          | %            |
|---------------|------------|--------------|
| Kadın         | 438        | 54,3         |
| Erkek         | 369        | 45,7         |
| <i>Toplam</i> | <i>807</i> | <i>100,0</i> |

- Hastaların cinsiyet dağılımları incelendiğinde kadın ve erkek katılımcı sayılarının benzer olduğu görülmüştür. Katılımcılar arasında, kadınların %54,3; erkeklerin ise %45,7'sini temsil ettiği görülmüştür (Tablo 1).

**Tablo 4.2.** Hastaların Tanı Tipi Dağılımları

| Tanı Tipi     | n          | %            |
|---------------|------------|--------------|
| Kesin Tanı    | 34         | 4,2          |
| Ön Tanı       | 773        | 95,8         |
| <i>Toplam</i> | <i>807</i> | <i>100,0</i> |

- Hastaneye başvuran ve Tip 2 Diabetes Mellitus tanısı alan hastaların bir kısmı ön tanı, bir kısmı ise kesin tanı almıştır. Buna göre, açlık kan şekerinin 126 mg/dL olması kesin tanı için yeterlidir. Hastaların tanı tipi dağılımları incelendiğinde %95,8'inin ön tanı; %4,2'sinin kesin tanı tipinde olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Ön tanı alan hasta grubunun %88'inin kesin tanı için yeterli kriteri sağlayan, son on yıl içinde yapılmış, açlık kan şekeri tahlil sonucu, ilgili hastanenin hastane bilgi yönetim sisteminde kayıtlı bulunmaktadır.

**Tablo 4.3.** Hastaların Sigorta Türü Dağılımları

| Sigorta Türü  | n          | %            |
|---------------|------------|--------------|
| SGK           | 670        | 83,0         |
| Özel          | 137        | 17,0         |
| <i>Toplam</i> | <i>807</i> | <i>100,0</i> |

- Çalışmaya sosyal güvencesi olan ve özel sigortalı olan hastalar dahil edilmiştir. Cepten ödeyen hastalar çalışma dışında tutulmuştur. Hastaların sigorta türü dağılımları incelendiğinde SGK'lı olanların %83,0; özel sigortalı olanların ise %17,0'ı temsil ettiği görülmüştür (Tablo 3). Özel sigortalı oranı, SGK'lı oranının %20,4'ü civarındadır. Bu fark, örneklemin değerlendirilmesi için bir engel teşkil etmemiştir.

**Tablo 4.4.** Hastaların Servislere Göre Dağılımları

| <b>Tani Tipi</b>                                       | <b>n</b>    | <b>%</b>   |
|--------------------------------------------------------|-------------|------------|
| <b>Kardiyoloji</b>                                     | 292         | 24,13      |
| <b>Acil Servis</b>                                     | 101         | 8,35       |
| <b>İç Hastalıkları</b>                                 | 85          | 7,02       |
| <b>Nöroloji</b>                                        | 70          | 5,79       |
| <b>Endokrinoloji</b>                                   | 57          | 4,71       |
| <b>Tıbbi Onkoloji</b>                                  | 55          | 4,55       |
| <b>Gastroenteroloji</b>                                | 53          | 4,38       |
| <b>Ortopedi Ve Travmatoloji</b>                        | 51          | 4,21       |
| <b>Nefroloji</b>                                       | 40          | 3,31       |
| <b>Göğüs Hastalıkları</b>                              | 35          | 2,89       |
| <b>Üroloji</b>                                         | 27          | 2,23       |
| <b>Kulak Burun Boğaz</b>                               | 26          | 2,15       |
| <b>Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon</b>                  | 23          | 1,9        |
| <b>Hematoloji</b>                                      | 23          | 1,9        |
| <b>Göz Hastalıkları</b>                                | 20          | 1,65       |
| <b>Deri Hastalıkları</b>                               | 17          | 1,4        |
| <b>Psikiyatri</b>                                      | 17          | 1,4        |
| <b>Ağız Ve Diş Sağlığı</b>                             | 16          | 1,32       |
| <b>Endoskopi</b>                                       | 16          | 1,32       |
| <b>Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji</b> | 12          | 0,99       |
| <b>Genel Cerrahi</b>                                   | 11          | 0,91       |
| <b>Kardiyovasküler Cerrahi</b>                         | 11          | 0,91       |
| <b>Beyin Ve Sinir Cerrahi</b>                          | 10          | 0,83       |
| <b>Radyasyon Onkolojisi</b>                            | 10          | 0,83       |
| <b>Romatoloji</b>                                      | 9           | 0,74       |
| <b>Radyoloji</b>                                       | 8           | 0,66       |
| <b>Meme Kliniği</b>                                    | 7           | 0,58       |
| <b>Diş Servis</b>                                      | 6           | 0,5        |
| <b>Beslenme Ve Diyet</b>                               | 5           | 0,41       |
| <b>Check-Up Merkezi</b>                                | 5           | 0,41       |
| <b>Çocuk Nefrolojisi</b>                               | 5           | 0,41       |
| <b>Yoğun Bakım</b>                                     | 5           | 0,41       |
| <b>Girişimsel Radyoloji</b>                            | 4           | 0,33       |
| <b>Diğer*</b>                                          | 23          | 1,9        |
| <b>Toplam</b>                                          | <b>1210</b> | <b>100</b> |

\*Diğer: Böbrek Nakil Merkezi, Çocuk Endokrinolojisi, Estetik, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Tüp Bebek ve Üreme Sağlığı Merkezi, Anesteziyoloji, Çocuk Hastalıkları, Dermatolojik Lazer Uygulamaları, Genetik Tanı Merkezi, İşyeri Hekmi, Odyoloji, Perinataloji, Varis ve Damar Cerrahisi, Yara Bakım Servisi

- Hastaların servis kullanımlarına göre dağılımları incelendiğinde, en çok kullanılan servisin %24,13 ile kardiyoloji servisi olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla Acil Servis, İç Hastalıkları, Nöroloji ve Endokrinoloji takip etmektedir.
- Örneklemdaki hastaların en az kullandıkları servisler ise, Yara Bakım Servisi, Varis ve Damar Cerrahisi, Odyoloji, İşyeri Hekimi, Genetik Tanı Merkezi, Anesteziyoloji ve Çocuk Hastalıkları olmuştur.

Hastaların servislere göre dağılımlarının hasta sayısından fazla olmasının nedeni aynı hastanın birden fazla servise başvurmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 4).

**Tablo 4.5.** Hastaların Yaş ve Fatura Tutarlarına İlişkin Sayısal Veriler

|                         | <b>n</b> | <b>Ort. ± ss</b>      | <b>Min.</b> | <b>Maks.</b> |
|-------------------------|----------|-----------------------|-------------|--------------|
| Yaş                     | 807      | 60,73±14,09           | 4           | 91           |
| Hastanın Başvuru Sayısı | 807      | 1,42±1,07             | 1           | 12           |
| İşlem Sayısı            | 807      | 435,85±1674,73        | 1           | 37044        |
| Cepte Ödeme Tutarı (TL) | 807      | 153,198±562,91        | 0,00        | 11.663,97    |
| Fatura Tutarı (TL)      | 807      | 171.052,52±183.136,36 | 0,00        | 1.292.907,84 |

- Hastaların yaş durumu incelendiğinde ortalama 60,73±14,09 yaşında oldukları saptanmıştır. Hastaların başvuru sayısı incelendiğinde ortalama 1,42±1,07 olduğu görülmüştür. Buna göre en fazla başvuruda bulunan hasta ortalama her ay bir kez hastaneye gelmiştir.
- İşlem sayısı incelendiğinde her hastaya ortalama 435,85±1674,73 işlem yapılmıştır. En az işlem yaptıran hasta, yalnızca bir adet işlem yaptırmış olup en fazla işlem yaptıran hasta ise 37 bin 44 işlem yaptırmıştır. En fazla işlem

yaptıran hastaların tıbbi verilerinde girişim ve ameliyatların olduğu görülmüştür.

- Hasta başına provizyon sonrası ortalama cepten ödeme tutarı TL bazında  $153,198 \pm 562,91$  olduğu bulunmuştur. Provizyon sonrası cepten ödeme tutarı, sıfır TL ile 11 bin TL arasında değişmektedir. SGK ödemesinden faydalanan hastalar, SGK tutarının %200'ü kadar katılım payı ödemektedirler. Bu ödeme cepten ödeme olarak yapılır. Bu nedenle yalnızca özel sigortalı hastalarda cepten ödeme tutarı sıfır olmaktadır. Ancak en yüksek cepten ödeme yapan ilk 10 hasta SGK'dan faydalanmıştır. Bu ödemeler organ nakli, onkolojik tedaviler ve girişimsel kardiyolojik işlemler için yapılmış olup SGK ödemesi üzerine alınan %200 farka tekabül etmektedir.
- Ortalama fatura tutarlarına bakıldığında, TL bazında  $171.052,52 \pm 183.136,36$  olduğu görülmüştür. En yüksek fatura tutarı 1.292.907,84 TL olmuştur. Bu faturaya sahip hastanın mükerrer yatışları olmuş ve Robotik İnfüzyon Kemoterapisi almıştır. Hizmetlerin ödemeleri, SGK tarafından tamamen karşılanmıştır. (Tablo 5).

**Tablo 4.6.** Hastaların Cinsiyete Göre Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı\* ve Fatura Tutarının Karşılaştırılması

|                                         | Cinsiyet | n   | Ort. ± ss             | U      | p     |
|-----------------------------------------|----------|-----|-----------------------|--------|-------|
| <b>Hastanın<br/>Başvuru<br/>Sayısı</b>  | Kadın    | 438 | 1,39±0,89             | -0,411 | 0,681 |
|                                         | Erkek    | 369 | 1,44±1,24             |        |       |
| <b>İşlem Sayısı</b>                     | Kadın    | 438 | 369,65±0,876          | -1,451 | 0,147 |
|                                         | Erkek    | 369 | 514,42±2284,69        |        |       |
| <b>Cepten<br/>Ödeme<br/>Tutarı (TL)</b> | Kadın    | 438 | 129,44±312,68         | -1,957 | 0,050 |
|                                         | Erkek    | 369 | 181,38±7.59,24        |        |       |
| <b>Fatura Tutarı<br/>(TL)</b>           | Kadın    | 438 | 165.697,87±174.375,22 | -0,606 | 0,545 |
|                                         | Erkek    | 369 | 177.408,44±193.067,16 |        |       |
|                                         | Toplam   | 807 |                       |        |       |

\*Provizyon sonrası kalan hasta payının cepten ödenmesini ifade eder.

- Hastaların cinsiyete göre hasta başvuru sayısına bakıldığında, başvuru sayıları arasında %8 oranında bir fark olduğu görülmektedir. Bu farkın incelenen değişkenler olan, işlem sayısı, cepten ödeme tutarı ve fatura tutarı karşılaştırıldığında hiçbir değişkende anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 4.7.** Hastaların Tanı Tipine Göre Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı ve Fatura Tutarının Karşılaştırılması

|                                         | Tanı Tipi  | n   | Ort. $\pm$ ss               | U      | p             |
|-----------------------------------------|------------|-----|-----------------------------|--------|---------------|
| <b>Hastanın<br/>Başvuru<br/>Sayısı</b>  | Ön Tanı    | 773 | 1,43 $\pm$ 1,08             | -1,699 | 0,089         |
|                                         | Kesin Tanı | 34  | 1,11 $\pm$ 0,32             |        |               |
| <b>İşlem Sayısı</b>                     | Ön Tanı    | 773 | 427,62 $\pm$ 1700,03        | -2,337 | <b>0,019*</b> |
|                                         | Kesin Tanı | 34  | 622,79 $\pm$ 924,75         |        |               |
| <b>Cepten<br/>Ödeme<br/>Tutarı (TL)</b> | Ön Tanı    | 773 | 148,96 $\pm$ 5683           | -2,414 | <b>0,016*</b> |
|                                         | Kesin Tanı | 34  | 249,47 $\pm$ 4168           |        |               |
| <b>Fatura Tutarı<br/>(TL)</b>           | Ön Tanı    | 773 | 170.111,37 $\pm$ 182.316,16 | -0,608 | 0,543         |
|                                         | Kesin Tanı | 34  | 192.449,93 $\pm$ 202.669,54 |        |               |
| Toplam                                  |            | 807 |                             |        |               |

Hastaların tanı tipine göre hasta başvuru sayısı, işlem sayısı, cepten ödeme tutarı ve fatura tutarı karşılaştırılmıştır. Hastaların tanı tipine göre; hasta başvuru sayısı ve fatura tutarı (TL) değişkenlerinde anlamlı farklılık görülmemiştir.

İşlem sayısı bakımından ise hastaların tanı tipine göre anlamlı farklılık saptanmıştır (U=-2,337; p=0,019<0,05). Buna göre; kesin tanı alan hastalar, ön tanı alan hastalara göre daha fazla hastaneye başvurmuş ve daha fazla işlem yaptırdıkları görülmüştür. Cepten ödeme tutarı (TL) bakımından da hastaların tanı tipine göre anlamlı farklılık saptanmıştır (U=-2,414; p=0,016<0,05). Buna göre; kesin tanı alan hastalar, ön tanı alanlara göre daha yüksek cepten ödeme tutarına sahiptirler (Tablo 8).

Kesin tanı alan hastaların işlem sayısı ve cepten ödeme tutarının daha yüksek olması, sağlık güvenceleri ile ilişki bulunmamıştır. Buna göre; SGK'lı ve kesin tanısı olan hastalar, özel sağlık sigortalı ve kesin tanılı hastalarda daha fazla sayıda hizmet

almış, aynı zamanda daha çok cepten ödeme yapmış, fakat bu fark anlamlı bulunmamıştır ( $U=-0,827$ ;  $p=0,435>0,05$ ).

**Tablo 4.8.** Hastaların Sigorta Türüne Göre Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı ve Fatura Tutarının Karşılaştırılması

|                                 | Sigorta Türü | n   | Ort. $\pm$ ss               | U             | p             |
|---------------------------------|--------------|-----|-----------------------------|---------------|---------------|
| <b>Hastanın Başvuru Sayısı</b>  | SGK          | 670 | 1,48 $\pm$ 1,15             | <b>-4,599</b> | <b>0,000*</b> |
|                                 | Özel         | 137 | 1,10 $\pm$ 0,39             |               |               |
| <b>İşlem Sayısı</b>             | SGK          | 670 | 475,04 $\pm$ 1803,88        | <b>-3,456</b> | <b>0,001*</b> |
|                                 | Özel         | 137 | 244,13 $\pm$ 755,54         |               |               |
| <b>Cepten Ödeme Tutarı (TL)</b> | SGK          | 670 | 166,39 $\pm$ 605,05         | <b>-3,302</b> | <b>0,001*</b> |
|                                 | Özel         | 137 | 88,67 $\pm$ 268,47          |               |               |
| <b>Fatura Tutarı (TL)</b>       | SGK          | 670 | 171.713,70 $\pm$ 178.821,82 | -0,818        | 0,413         |
|                                 | Özel         | 137 | 167.818,99 $\pm$ 203.604,88 |               |               |
|                                 | Toplam       | 807 |                             |               |               |

- Hastaların sigorta türüne göre hasta başvuru sayısı, işlem sayısı, cepten ödeme tutarı ve fatura tutarı karşılaştırıldığında; fatura tutarı (TL) değişkeninde anlamlı farklılık görülmemiştir.
- Hastanın başvuru sayısı bakımından ise sigorta türüne göre anlamlı farklılık saptanmıştır ( $U=-4,599$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre sigorta türü SGK olan hastaların başvuru sayısı özel sigortalı hastalara göre daha fazladır.
- İşlem sayısı bakımından ise hastaların sigorta türüne göre yine anlamlı farklılık saptanmıştır ( $U=-3,456$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Buna göre sigorta türü SGK olan hastaların işlem sayısı özel sigortalı hastalara göre daha fazladır.

- Cepten ödeme tutarı (TL) bakımından da hastaların tanı tipine göre anlamlı farklılık saptanmıştır ( $U=-3,302$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Buna göre sigorta türü SGK olan hastaların provizyon sonrası çıkan hasta payını cepten ödeme tutarları, özel sigortalı hastalara göre daha fazladır. Sonuç olarak SGK'dan faydalanarak hizmet alan hastaların, başvuru sayısı, işlem sayısı ve cepten ödeme tutarı özel sigortalı hastalardan daha fazla bulunmuştur (Tablo 9).

**Tablo 4.9.** Hastaların Yaş, Hastanın Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı ve Fatura Tutarının Aralarındaki İlişki

|                          | Yaş   |        | Hastanın Başvuru Sayısı |        | İşlem Sayısı |        | Cepten Ödeme Tutarı (TL) |        | Fatura Tutarı (TL) |       |
|--------------------------|-------|--------|-------------------------|--------|--------------|--------|--------------------------|--------|--------------------|-------|
|                          | R     | p      | r                       | p      | r            | p      | r                        | p      | r                  | p     |
| Yaş                      | -     | -      | 0,073                   | 0,037* | 0,049        | 0,164  | 0,045                    | 0,200  | 0,050              | 0,156 |
| Hastanın Başvuru Sayısı  | 0,073 | 0,037* | -                       | -      | 0,349        | 0,000* | 0,338                    | 0,000* | 0,000              | 0,997 |
| İşlem Sayısı             | 0,049 | 0,164  | 0,349                   | 0,000* | -            | -      | 0,986                    | 0,000* | -0,019             | 0,590 |
| Cepten Ödeme Tutarı (TL) | 0,045 | 0,200  | 0,338                   | 0,000* | 0,986        | 0,000  | -                        | -      | -0,017             | 0,624 |
| Fatura Tutarı (TL)       | 0,050 | 0,156  | 0,000                   | 0,997  | -0,019       | 0,590  | -0,017                   | 0,624  | -                  | -     |

Hastaların Yaş, Hasta Başvuru Sayısı, İşlem Sayısı, Cepten Ödeme Tutarı ve Fatura Tutarı Durumlarının aralarındaki ilişki Tablo 9'da incelenmiştir. Buna göre aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- Yaş ile hastanın başvuru sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde %7,3 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=0,073$ ;  $p=0,037<0,05$ ). Buna göre; hastanın yaşı ilerledikçe, hastane başvurusu ve başvurduğu servis çeşitliliği artmaktadır.

- Yaş ile işlem sayısı, cepten ödeme tutarı (TL) ve fatura tutarı arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ).
- Hastanın başvuru sayısı ile işlem sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde %34,9 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $r=0,349$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Daha sık başvuruda bulunan hastalara, hastaneye gelişlerinde daha fazla işlem yapılmıştır.
- Benzer şekilde, hastanın başvuru sayısı ile hastanın cepten ödeme tutarı (TL) arasındaki ilişki incelendiğinde %33,8 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hasta ne kadar sık hastaneye başvurdu ise işlem sayısı ile birlikte, cepten ödeme miktarı da artmıştır.
- Diğer yandan, hastanın başvuru sayısı ile fatura tutarı (TL) arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Fatura tutarı az sayıda başvurusu olan hastalarda yüksek olabilirken, çok sayıda başvurusu olanlarda düşük olabilmektedir.
- İşlem sayısı ile cepten ödeme tutarı (TL) ve fatura tutarı (TL) arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ). İşlem sayısı ve başvuru sayısı birbirine paralel olduğu halde fatura tutarları hizmetin tipinden ve hastanede yatarak tedavi görülüp görülmediğinden etkilenmektedir.
- Hastanın cepten ödeme tutarı (TL) ile fatura tutarı (TL) arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 9). En yüksek fatura tutarlarının tamamı SGK tarafından karşılanmış olup, değişen tutarlardaki faturalarda cepten ödeme yapıldığı görülmüştür.

- Bazı özel sigortalı hastaların sigorta anlaşmaları çalıştıkları kurum tarafından yapılmaktadır. Bu hastaların, bireysel olarak sağlık sigortası prim ödemesi yapan hastalara göre sağlık hizmetleri kullanmakta çekincelerini azaltabilir, buna bağlı sağlık hizmeti kullanımlarında özel sigortadan faydalanma oranları arttırmış olabileceği düşünülmüştür. Bu durum, araştırmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir.
- Araştırmada, katılımcıların yalnızca bir sağlık kurumundan hizmet aldıkları var sayılmıştır. Oysaki örneklem grubundaki kişiler, araştırma verilerinin toplandığı süreçte farklı sağlık kurumlarına başvuruda bulunmuş olabilirler. Katılımcıların diğer sağlık kuruluşlarına olan başvuruları takip edilmemiş olup, bununla ilgili veriler incelenmiş olması durumunda araştırmanın sonuçlarında farklılık yaratması mümkündür. Bu durum da yine, araştırmanın bir kısıtlılığı olarak kabul edilebilir.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Diyabetli hastalar, hayatları boyunca kendileri için planlanmış olan bakımı sürdürmek, düzenli şekilde şeker ölçümü yapmak, uzman yardımı almak zorundadır. Diğer bir deyişle, sağlık hizmeti kullanımının sürekliliğini gerektiren bu hastalıkta, özellikle gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde hastaların tanı ve tedavi hizmetlerine ulaşmaları ile aynı zamanda bu hizmetlerin süreklilik göstermesi de oldukça güçtür. Diyabet gibi kronik hastalığı olanların ne kadarının yeterli ve sürekli hizmetlere ulaşabildiğinin bilinmesi, sağlık yöneticileri ve sağlık hizmetlerinin sunumunu planlayan kurumlar için çok önemlidir. Diğer yandan, sağlık hizmeti ödeyici kurumların poliçe kapsamı üzerinden kısıtlandığı algısı, bilinçli veya bilinçsiz olarak, kronik hastalığı olanların sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Bu çalışmada amaçlanan, Tip 2 Diyabetes Mellitus hastalarının SGK veya özel sigorta anlaşması üzerinden hizmet almasının, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına etkisini işlem adedi ve başvuru sayıları aracılığıyla saptamak ve karşılaştırmaktır.

Diabetes Mellitus, hastaların düzenli tedavi olmasını gerektiren bir hastalıktır. Bu nedenle, diyabetli hastaların sağlık hizmetlerinden gerektiği şekilde yararlanmaları oldukça önemlidir. Araştırmanın örneklemi, sağlık kurumuna başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bu hastaların %83 'ünün sosyal sağlık güvencesinden yararlandığı bilinmektedir. Kalan gruptaki kişiler özel sigortalı olup, aldıkları sağlık hizmetlerinin tamamını cepten ödeyen kişiler, karıştırmacı sonuçlar yaratabileceklerinden dolayı, değerlendirmenin dışında tutulmuşlardır. Öte yandan araştırmanın yürütüldüğü sağlık kurumuna başvuran ve SGK'dan faydalanan kişiler, aldıkları hizmetler için kuruma fark ödemektedir. İlave ücretler, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 73. Maddesinin ikinci fıkrasında düzenlenmiştir (2). Buna göre, vakıf veya özel sağlık kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, %200 tavanına kadar ilave ücret alabilmektedir.

Çalışmanın gerçekleştiği Vakıf Üniversitesi Hastanesinin, SGK anlaşmalı bir hastane olması nedeniyle ödemelerde SGK anlaşmasını kullanan hastalar fark ödemektedir. Bu fark cepten ödemeye yol açtığı için hastaların, sağlık hizmetlerini kullanma davranışına etki edebileceği öngörülebilir.

Araştırma örnekleminin, %54,3'ünün kadın, %45,7'sinin erkek olduğu görülmüştür. Dünya genelinde ise, bu oran daha çok erkekler lehinedir. NICE 2020 Diyabet Yönetimi Rehberi'ne göre, erkek nüfusun %2,3'ü, kadın nüfusun ise %1,4'ünün diyabetli olduğu kaydedilmiştir (NICE, 2000). Diyabetli ve diyabeti olmayan erkeklerin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, diyabetle beraber bel çevresinde yağlanma, sigara kullanımı gibi koagülan ve inflamatuvar hastalık risk faktörlerinin de erkeklerde daha sık görüldüğü ortaya konmuştur (Wannamette et al, 2012).

Hastaların cinsiyete göre sağlık hizmeti kullanımlarının incelendiği bir araştırmada, kadınların erkeklerden daha çok sağlık hizmeti kullandıkları; özellikle de birinci basamak sağlık hizmeti kullanımlarının anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür (Bertakis et al, 2000). Araştırma örnekleminde ise, hem başvuru sayısı hem de işlem sayısı olarak kadınların daha fazla sağlık hizmetinden yararlandığı; buna paralel olarak cepten harcama ve toplam fatura tutarlarının da daha yüksek olduğu görülmekle birlikte, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aynı araştırma, kadınların erkeklerden önemli ölçüde daha kötü sağlık durumuna ve daha düşük ortalama eğitim ve gelire sahip olduğunu bulmuştur. Kadınların birinci basamak sağlık hizmetlerine erkeklerden önemli ölçüde daha sık başvuruda bulundukları, aynı zamanda hastaneye yatış dışındaki tüm ücret kategorileri için daha yüksek masraflara sahip olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise, örneklemdaki kadın sayısı daha fazladır, ancak kadın ve erkeklerin sağlık hizmeti kullanımında ve fatura tutarlarında anlamlı bir farklılık yoktur.

2018 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na bakıldığında, Türkiye'de sağlık kurumlarına başvuruların üçte ikisinden fazlasının, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, pek çok diyabet hastasının ilk tanılarını aldığı ve tedavilerini sürdürdüğü yerler hastaneler olmaktadır. Bu durum, diyabet tanılarının ön tanı olması veya kesin tanı olmasını etkilemektedir. Bunun nedeni ise, komplikasyonu olan veya komorbiditesi olan hastaların tedavi ve takipleri için hastaneleri tercih etmesi, aynı zamanda, acil hizmetler için de hastaneleri kullanmasıdır.

Araştırmada, katılımcılardan 34 kişinin diyabet için kesin tanı aldığı, kalan 773 kişinin ise ön tanı aldığı görülmüştür. Kesin tanı ve ön tanı arasındaki farkın büyüklüğünün sorgulanması amacıyla, hekimler ve yöneticilerle görüşülmüştür. Buna göre, hastane bilgi sistemine muayene notları eklenirken, tanı girişi yapıldığında; tanının otomatik olarak ön tanı geldiği, hekimin tanıyı kesin tanı olarak değiştirmek için tekrar tıklama yapması gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu durumda, ön tanı grubundaki hastaların bir kısmının kesin tanı hastalar olduğu var sayılabilir. Araştırmada, kesin tanı alan diyabetli hasta grubunda, yıllık işlem sayısı ortalama 622 iken, ön tanı grubunda bu sayı ortalama 427 olarak bulunmuştur. Cepten ödeme miktarı da yine kesin tanı grubunda daha fazla olarak bulunmuştur. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer yandan, kesin tanı hastaların komplikasyonları ve acil sağlık hizmeti ihtiyaçlarının, ön tanı grubuna göre daha fazla olacağı düşünülebilir. Ancak, ön tanı alan grubun içinde kesin diyabet tanısı olan ve sisteme ön tanı olarak girilmiş hastaların da olduğu düşünülünce verilerdeki bu fark anlamını yitirmektedir. Hastaneye başvuru sayılarına baktığımızda, kesin tanı ve ön tanı grubu arasında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Hastaneden alınan hizmetlerin nasıl ödendiği, hastaların hastane hizmetlerini kullanmaktaki davranışlarını etkilemektedir. Örneğin; Tayvan'da yapılan bir araştırmada, herhangi bir sigortası bulunmayan kişilerin, özel veya sosyal sağlık güvencesi olanlara göre sağlık kurumlarına daha az başvurduğu ve daha az işlem yaptırdığı ortaya konmuştur. Ancak, sosyal sağlık güvencesi olanların başvurularına

bakıldığında, diyabetlilerin %29'unun düzenli olarak sağlık kuruluşuna başvurmadığı, düzenli olarak sağlık hizmeti alanların %13'ünün zamanla hizmet almayı bıraktığı görülmüştür (Tsai et al, 2019).

Hem özel hem sosyal sağlık güvencesi olan hastalar, sağlık hizmeti kullanırken daha fazla seçeneğe sahip olduklarından, özel hastanelere başvurabilir, aynı zamanda hastanede kuyruk beklemeden hizmet alabilirler. İspanya'da çift sigortaya sahip kişilerde sağlık hizmeti kullanımı daha sık gerçekleşmekte ve toplam fatura tutarları daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Cantarero-Prieto et al, 2017). Ancak, Şili ve Tanzania'da yapılan araştırmalara göre, kişinin çoğunlukla özel sigorta üzerinden hizmet alıyor olması, sigortası primlerinde artışa sebep olacağı için özel sigortalıların hastaneye başvuruları, yalnızca sosyal sağlık güvencesi olanlara oranla daha az sayıda olabilmektedir (Pardo ve Shutt, 2012; Chomi et al, 2014). Bu verilere göre hem GSS hem özel sigorta güvencesi olanların hangi güvencelerinden daha çok yararlandıklarının Türkiye için de araştırılması, sağlık hizmeti alanların davranışlarını incelemek ve geri ödeme sistemlerinde iyileştirme çalışmaları yapmak adına anlamlı olabilir.

Bunun yanı sıra, özel sigortaya sahip kişilerin sağlık hizmeti kullanımını azaltan bir başka neden de bireylerin genel sağlık durumunun gelir grubuyla ilişkisi olabilir. Buna göre; yapılan bir çalışmada yüksek gelir grubundaki ülkeler incelendiğinde, bireylerin geliri arttıkça özel sağlık sigortası yaptırma oranının arttığı görülmüştür (Rice et al 2018). Aynı şekilde yüksek gelir grubundaki kişilerin sağlık durumu ve morbidite oranlarının daha iyi olduğu başka bir çalışmayla ortaya konmuştur (Larrimore et al, 2011). Bu durumun sağlık hizmeti kullanımına etki etmesi olasıdır, zira bu olasılığı doğrulayan farklı bir çalışma ile sağlık durumu iyi olan kişiler koruyucu sağlık hizmetleri dışında kalan sağlık hizmetlerine çoğu zaman ihtiyaç duymamakta, dolayısıyla sağlık kurumuna başvuru sayıları da sağlık sorunu olan kişilere göre daha az olmaktadır (Ekman, 2007).

Özel sigortalıların bir bölümünün kurumsal olarak sigortalandıkları, yani iş yerinin onları sigortaladığı bilinmektedir. Kurumsal sigortalılarda işveren, çalışanlarına sunacağı poliçeleri seçer. Günümüzde, prim maliyeti genellikle işveren ve çalışan arasında bölünür ve işverenin prime katkıda bulunması gereken asgari bir yüzde bulunur (TOBB, 2017).

Kurumsal poliçelerinin primleri, genellikle, çalışan grubunun önceki yılın sağlık harcamalarına bağlı olarak her yıl artar. Kurumsal sağlık sigortası ile risk yalnızca ilgili şirkete yayılır, bu da oranların kapsanan çalışan sayısına bağlı olarak önemli ölçüde artabileceği anlamına gelir. Buna göre eğer şirketin çalışan profili genç ise, yıllık prim artışının az olması beklenir. Diğer yandan, çalışan grubu içinde bulunan ve daha çok harcama yapan kişiler sürprim uygulamasında avantajlı hale gelebilir. Zira, sağlıkla ilgili maliyetler tüm çalışanlara paylaştırılır ve sürprim uygulaması da tüm çalışanlara yapılır. Bu durum, kurumsal sigortalılarda, özel sigorta ile hizmet alımında teşvik edici olabilir (KFF, 2019).

Öte yandan, diyabette şeker takibinde kullanılan dijital cihazlar, diyabetlilerin hastalık süreç takibinde ve komplikasyonların önlenmesinde büyük avantaj sağlamakta ve giderek daha çok sayıda diyabetli bu cihazları satın almaktadır. Üstelik bu tip şeker takip cihazları on yılı aşkın süredir piyasada bulunduğu için sahip oldukları teknoloji de giderek ilerlemektedir. Bu ürünlere erişim kişilerin cepten harcamasına bağlıdır ve özel veya genel sağlık güvencelerince tamamen karşılanmamaktadır. Dolayısıyla, özel sigortalı bireyler ve/veya maddi durumu uygun olan bireyler bu cihazlara ulaşabilirken maddi durumu yeterli olmayan bireyler bu cihazları satın alamamakta veya almakta zorlanmaktadır. Bu durumda, maddi durumu olmayan bireylerin, eski usul parmak delerek kan şekeri ölçümü yaptığı ve bu yöntemle uyumun ise zorlukları olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu bireylerin genel sağlık sigortası vasıtasıyla hekim kontrolünde olmaları, daha da önem kazanmaktadır (Wilf- Miron, 2010).

Sağlık hizmeti ihtiyacı ve sağlık hizmeti kullanımı çok sayıda faktöre göre değişkenlik göstermektedir. Bu faktörler incelendiğinde, gelir durumu ve ödeme yöntemleri kişilerin sağlık hizmetini ne ölçüde kullanacağını belirleyen önemli unsurlar olarak öne çıkmaktadır. “Sağlık Sigortası Planına Göre Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanım Alışkanlıklarının Karşılaştırılması: Diyabet Hastaları Örneği” araştırmasının sonucunda, kişilerin cinsiyetinin sağlık kurumuna başvuru sayısı ve işlem sayısını etkilemediği gibi cepten ödeme ve fatura tutarlarına da etkisi olmadığı görülmüştür. İngiltere ve ABD’de de yapılan çalışmalarda aksi yönde sonuçlar olmasına rağmen, cinsiyetin bu çalışmadaki diyabetli ve sigortalı hasta grubu özelinde, sağlık kurumundan hizmet alım alışkanlıklarına etki etmediği söylenebilir (Wannamette, 2012; Bertakis, 2000).

Kişilerin sağlık durumlarının ve sağlık taleplerinin maddi güçleri doğrultusunda olması, sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet kavramlarını yeniden düşündürmektedir. Bu çalışmanın verileri, her ne kadar sağlık hizmetleri kullanımı ve geri ödeme sistemleri arasındaki ilişki ve hizmet alıcıların kararları hakkında fikir vermekte kısıtlı sonuçlara sahip olsa da; geniş bir hasta grubunun farklı sağlık kurumlarında, uzun bir zaman diliminde hizmet alımlarının sağlık güvencesi ile ilişkisi incelenirse, daha anlamlı ve genellenebilir sonuçlara ulaşılabilecektir.

Diyabetli kişilerin, hastalıklarını anlaması ve bu konuda bilgilenmesi oldukça önemlidir. Zira; obezite, sigara ve sağlıksız diyetlerden kaçınmak için yeterince bilgi sahibi olmaları, egzersiz yapmak ve kan şekeri kontrol etmek gibi konularda yetkin olmaları gerekmektedir. Diyabetli kişilerin iyi düzey sağlık okuryazarlığına sahip olması, kronik bir hastalıkla beraber hayatlarını sürdürürken komorbiditelerden korunmaları ve mümkün olan en iyi hayat kalitesine sahip olmaları adına teşvik edilmelidir.

Diğer yandan, diyabetli hasta grubunun ortalama yılda kaç kez sağlık hizmeti alması gerekeceğine dair bir konsensüs olmadığından çalışmada elde edilen ortalama

başvuru sayısı olan  $1,42 \pm 1,07$ 'nin diyabetli bir hastanın takibi için yeterli olduğunu söylemek güçtür. Zira, diyabetle ilgili kuruluşlar, diyabetlilerin yılda en az 2 kez HbA1c ölçümü yaptırmalarını, düzenli göz dibi muayenesi, kardiyovasküler komorbiditeler için takip ve diyabetik ayak için hekim tarafından muayene gibi nedenlerle sık sık sağlık kurumuna başvurmalarını ve hekim kontrolünde olmalarını önermektedir (ADA, 2013).

Diyabetlilerin bu kadar sık kontrol muayenelerine gitmeleri ve gerekli tetkikleri yaptırabilmeleri için sağlık güvencelerine ihtiyaçları vardır. Kişiler bu güvencelerini mümkünse en iyi hizmeti alacaklarına inandıkları kurumlarda kullanmak isteyebilirler. Tekirdağ'da sağlık hizmeti alan vatandaşlarla yapılan bir anket çalışmasında, katılımcıların %61'i "Hastalara, kamu hastanelerinde özel hastaneler kadar ilgi gösterilmiyor." sorusuna "Katılıyorum." veya "Tamamen katılıyorum." cevabını vermiştir (Yıldız, 2015). Bu durum, toplumda özel ve kamu sağlık kuruluşlarına olan bakış açısını göstermektedir.

Üst ve orta gelir düzeyindeki nüfusun artması ile birlikte, 2023'e kadar özel hizmet sunucularına talebin artması beklenmektedir (TOBB, 2017). Dolayısıyla, toplumdaki daha iyi hizmet alma beklentisi ve hizmet alıcıların masraflarını SGK ve cepten ödeme arasında paylaştırabilme şansı nedeniyle, SGK anlaşmalı özel kurumların giderek daha fazla tercih edileceği öngörülebilir.

Sağlık kurumlarına başvuruları, bireylerin sağlık ihtiyacı algısını, sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde kullanılan farklı sistemlerin incelenmesi sonucunda, aşağıdaki görüş ve öneriler sıralanmıştır;

1. Bireylerin hastayken bakım ihtiyaçları için nasıl karar aldıklarının anlaşılması, bu kararların nelerden etkilenebileceğine dair fikir edinilmesi adına yapılan bu gibi çalışmaların sayıca artarak konuya dair bütüncül bir bakış yakalanması, literatürdeki konuyla ilgili kaynakların

sayısına bakıldığında gerekli görülmektedir. Ülkemizde sosyal güvence altındaki bireylerin oranının yüksek, özel sigortalı kişilerin oranının ise düşük olması her ne kadar prim artışının sağlık hizmeti talebi üzerine etkisini araştırmak için örnekleme daralrsa da SGK anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular giderek artmaktadır. Bu artış özel sigortalı sayısındaki artışa paraleldir ve araştırmacılar için konuya eğilmek adına bir fırsat yaratabilir. Bu ve bu gibi çalışmaların, özellikle farklı sağlık sigortası türlerinin kullanılmakta olduğu ülkelerde, sağlık politikasını belirleyen kişilere yol göstericiliği göz önünde tutulmalıdır.

2. Bireylerin sağlık hizmetinden faydalanırken, bir sonraki yıl sigorta primlerinin artacağı düşüncesiyle hareket etmeleri ve sağlık kurumlarına başvurmadan kaçınmalarını önlemek adına, sistemlerin yeniden gözden geçirilmesi gereği dikkate alınmalıdır. Zira, araştırmada özel sigortalı bireylerin SGK'lı bireylerden daha az sıklıkta sağlık kurumuna başvurduğu ve daha az işlem yaptırdığı görülmüştür. Bunun altında yatan ekonomik nedenlerin anlaşılması, geri ödeme sistemlerinin planlanma sürecine etki edebilir.
3. Sağlık hizmetleri doğası gereği ertelenemediği, iptal veya ikame edilemediği gibi, sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan kaynaklar da kısıtlıdır. Sağlık hizmetine erişebilirlik ve hizmetten tatmin, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümünde bir kriter olarak yer almalıdır. Buradan gerek ödeme sistemleri gerekse hizmet sunumuyla ilgili alınacak geri bildirimler, hizmet sunumunun yeterliliği ve gerekli kaynakların sağlanması adına yol gösterici olarak değerlendirilmelidir. Örneğin, bu araştırmada incelenen hasta grubunun katılım paylarını fazla bulup bulmadığı veya sigortanın prim artışına neden olacak tanılarının tıbbi kayıtlarda olması nedeniyle hastanın sağlık hizmetlerini cepten ödeme miktarının artıp artmadığı gibi bilgiler açık uçlu sorularla öğrenilebilir.

4. Sağlık hizmeti sunucuları ile hizmeti alanların arasındaki bilgi asimetrisi, kişinin uygulanan tanı ve tedavi hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle hekime bağımlı olmasına neden olmakta ve bu da kişi sağlık hizmeti alırken ihtiyaç bazlı ve akılcı hareket edememesiyle sonuçlanabilmektedir. Diyabet örneğine baktığımızda, başvuru sayısının az olmasının bir nedeni de hastanın ne sıklıkta sağlık kurumuna başvuruda bulunması ve hangi işlemleri yaptırması gerektiği konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması olabilir. Dolayısıyla, kişilerin sağlık eğitim düzeylerini yükseltecek çalışmalar yapılması, sağlık eğitiminin küçük yaşlardan itibaren başlayarak hayat boyu sürmesi, sağlık çalışanlarının hastalara sağlıkla ilgili bilgiyi aktaran kişiler olması, toplumun sağlık okur-yazarlığını artırmaya yardımcı olacağı unutulmamalıdır.
5. Bireylerin sağlık ve sağlık hizmeti sunucularıyla ilgili olan inançlarının ölçülmesi ve varsa yanlış inançların ortaya çıkarılarak doğru bilginin paylaşılması gerekmektedir. Örneğin, özel sağlık kurumlarına olan başvurulardaki artış ve özel sigorta ile hizmet alan hastaların kronik hastalığa bağlı yüksek prim ödemeyi göze alması, özel sağlık kuruluşlarının sağlık hizmeti sunumunun daha memnun edici olduğu algısına (Yıldız, 2015) bağlı olabilir. Bu algı doğru ise, bunun nedenleri sorgulanarak tüm sağlık hizmeti sunucularının hizmet sunumunun iyileştirme çalışmaları ile memnun edici hale getirilmesi sağlanmalıdır.
6. TÜİK verilerine göre, Türkiye nüfusu giderek yaşlanmaktadır (TÜİK, 2020). Yaşlanmanın beraberinde getirdiği kronik hastalıkların sağlık hizmetine talebi artıracakı öngörülmektedir. Araştırmada yaş arttıkça sağlık kuruluşuna başvuru sayısının da arttığı görülmüştür. Bu anlamda, ileri yaş grubundakilerin sağlık hizmeti alırken güvence altında olması, özel sağlık kuruluşlarına baş vurduğunda sigorta nedenli dezavantaj yaşamaması adına özel sigortacılık sektörünün yaşlanan nüfusu hesaba katan düzenlemeler yapması gündeme getirilmelidir.

7. Ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine karşı olumlu bir inanç varlığından söz edilebilir. Bu nedenle de bu kurumlarda, yoğunluk ve bekleme sürelerinin uzun olması söz konusudur. Çalışmada en sık başvuru servisin kardiyoloji olduğu görülmüştür. Oysa ki, diyabetli bir hastanın takibinde birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olan aile hekimlerinin de yer alması ve hastayı bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmesi gerekir. Özel sağlık kuruluşlarında aile hekimliği hizmeti daha çok check-up hekimleri üzerinden verilmekte, branşlar ön plana çıkarılmaktadır. Özel kurumlardan hizmet alan kişiler için de sevk sisteminin değerlendirilmesi, diyabet takip ve tedavisinde aile hekimliğinin ön plana çıkması, aile hekimi muayenesi için katılım payı alınamaması ve özel geri ödeme sistemlerince de avantajlı hale getirilmesi, diyabetli hastaların başvuru sayısında olumlu bir artış sağlayabilir.
8. Hastane bilgi yönetim sistemlerinde hastaların öntanı veya kesin tanı olarak işaretlenmesinin diyabet hastalarının tedavi süreçlerinde çoğu zaman fark yaratmasa da, SGK'nın insülin pompası gibi bazı ürünlere ödeme yapması için gereklidir. Çalışmada, kesin tanı diyabetlilerin işlem sayısı ve cepten ödemeleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur, bu nedenle ön tanı grubunun daha iyi değerlendirilmesi için tanı tipi seçmeli olmalı, kendiliğinden seçilmiş olarak sistemde gelmemelidir.

Türkiye ve dünyada, yaşlanan nüfusla birlikte kronik hastalıklar yaygınlaşmakta, bu durum beraberinde sağlık hizmetlerine olan talep artışını getirmektedir (Hajat, 2018). Bireyler sosyal sağlık güvencesine sahip olmalarına rağmen, özel sağlık kurumlarını sıra beklememek, istedikleri hekimi seçebilmek, lojistik avantajlar, otelcilik hizmetlerinden faydalanmak gibi çeşitli nedenlerle tercih edebilmektedir (Kruse, 2018). Bu nedenle, günümüzde özel sağlık sigortalı sayısı yıldan yıla artış göstermektedir (TSB, 2019). Diğer yandan, özel sağlık sigortalıları, sigorta havuzuna alacakları hastaları dikkatle seçmekte ve en sağlıklı bireyleri sigortalamaya çalışmakta, dolayısıyla sigortaya en çok ihtiyacı olan kronik hasta grubuna sunulan poliçeler, yeterince avantajlı olamamaktadır. Bununla beraber, bireylerin özel sigorta

primleri, poliçelerindeki hizmetlerden yararlandıkları ölçüde, sonraki yıl artış göstermektedir.

Bu çalışma ile kronik bir hastalık olan diyabete sahip kişilerde, özel sigorta poliçesine sahip kişilerin, sosyal güvence ile sağlık hizmeti alanlara göre, daha az hastaneye baş vurduğu ve daha az sağlık hizmetinden yararlandığı sonucuna ulaşılmıştır. SGK güvencesindeki hastaların, bir yıl boyunca hastaneye başvuru sayısı, yapılan işlem sayısı ve cepten ödeme tutarı daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Fatura tutarlarına bakıldığında ise, SGK güvencesinde olanlarla özel sigortalılar arasında belirgin bir fark görülmemiştir. Hastaların kesin tanı almış olması, hastaneye başvuru sayısı ve fatura tutarını etkilemezken yapılan işlem sayısı ve cepten ödeme tutarını arttırdığı ortaya konmuştur ( $p < 0,05$ ). Hastaların yaşı arttıkça hastaneye başvuru sayıları artmış; ancak işlem sayısı, cepten ödeme tutarı veya fatura tutarı anlamlı bir fark göstermemiştir. Hastaların cinsiyeti ise bağımlı değişkenlerden hiç birini anlamlı olarak etkilememiştir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 60 olarak bulunmuştur. Bu hastaların en çok baş vurduğu bölümlerin başında, başvuruların %24'ünü oluşturan kardiyoloji gelmiştir. Kardiyolojiyi sırasıyla Acil Servis, İç Hastalıkları, Nöroloji, Endokrinoloji takip etmiştir. Diyabet takibi ve ileri yaş ile yakın ilişkili olan bu bölümlerin yanında, diyabette yine önemli olan Göz Hastalıklarına başvurulara bakıldığında, başvuran hasta oranının %1,65 ile geri planda kaldığı görülmüştür. Ortalama başvuru sayısı, bir yıl içinde 1,42 olarak bulunmuştur. HbA1c ölçümü, retinopati muayenesi gibi diyabet takibinde yer ması gereken işlemler göz önünde bulundurulduğunda, diyabetli hastaların tedavi sürecine uyumunun, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi bu araştırmada da düşük bulunduğu söylenebilir (Jin, 2008). Dolayısıyla, diyabetli hastalarda yıllık hastaneye başvuru sayısının örneklem genelinde düşük olması, özel sigortalıların başvuru sayısının ise, SGK güvencesinden yararlanan hastalardan dahi düşük bulunması şu sonuca işaret etmektedir: Sağlık güvencesinin sağlık hizmetlerinden faydalanmada önemli nedenlerden biri olduğu;

başvuru sayısındaki genel düşüklüğün nedeninin anlaşılması için ise sigorta dışındaki nedenlerin de mutlaka araştırılması gerektiği açıktır.

Sonuçlardan yola çıkarak, özel sigortalıların sağlık hizmeti kullanımında GSS'den faydalananlara kıyasla kaçınan davranışına bakıldığında şu sorular akla gelebilir: Sağlık hizmeti ihtiyacının bireylerin ekonomik durumunda göre şekillenmesi, sağlık harcamalarını kısıtlayabilir mi? Harcamalarını kısıtlayan ve kontrollerini aksatan kişiler daha sonra geç tanı alarak yıkıcı sağlık harcamalarıyla karşılaşmakta mıdır? Bu harcamalar karşılıklarına çıktığında kamu sektörüne mi baş vurmaktadır? Bu soruların cevapları, sağlık ekonomisinin aktörleri olan hizmet sunucuları ve ödeyicileri için strateji belirlerken oldukça kritik olabilir. Zira, her zaman talebin ana odağı olan kamu sağlık sektörü önemini korurken, özel sağlık sektörünün geleceği, talebi belirleyen nedenlerin daha iyi anlaşılması ve doğru yönetilmesinden geçmelidir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Acemoğlu H, Ertem M, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. *Eurasian J Med.* Aralık 2006;38(1):89-95.
2. ADA (American Diabetes Association). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.* *Diabetes Care.* 2012; 35(1): 64-71.
3. ADA (American Diabetes Association). *Standards of Medical Care in Diabetes Diabetes Care.* 2013; 36(1): 11-66.
4. Adalet ve Kalkınma Partisi Devlet Planlama Teşkilatı. T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı. Rapor No: 58. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara. 2003.
5. Adisa R, Alutundu MB, Fakeye TO. Factors contributing to nonadherence to oral hypoglycemic medications among ambulatory type 2 diabetes patients in southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice.* 2009;7(3):163-169.
6. Ahmad NS, Ramli A, Islahudin F, Paraidathathu T. Medication adherence in patients with Type 2 diabetes mellitus treated at primary health clinics in Malaysia. *Patient Preference and Adherence.* 2013;7: 525–530.
7. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Kararname No: 663, Başbakanlık Basımevi; Kasım 2011.
8. Ataay F. Devlet hastaneleri için yeni bir model: Kamu Hastane Birlikleri. *Sağlık-Sen Dergisi.* 2011; 16:18-27.
9. Bahar Z, Beşer A, Aydoğdu NG. Kronik hastalıklarda toplum temelli kültürel yaklaşım: AIDS örneği. *J Public Health Nurs-Special Topics.* 2015;1(3):28-33.
10. Baiardini I, Braidò F, Giardini A, Majani G, Cacciola C, Rogaku A, Scordamaglia A, Canonica GW. Adherence to treatment: Assessment of an unmet need in asthma. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2006; 16(4): 218-223.
11. Balkrishnan R, Arondekar BV, Camacho FT, Shenolikar RA, Horblyuk R, Anderson RT. Comparisons of rosiglitazone versus pioglitazone monotherapy introduction and associated health care utilization in medicaid enrolled patients with type 2 diabetes mellitus. *Clin Ther.* 2007;29:1306–1315.
12. Belek L. Sağlık reformları kriz ve sağlık paradigmasında liberal ve yeniden yapılanma. *Toplum ve Hekim.* 2001;16(6):430-437.
13. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Callahan EJ, Robbins JA. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.* 2000 Feb;49(2):147-52.
14. Bora Başara B, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Uzun SB, ve Diğerleri. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.* Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sistemleri Genel Müdürlüğü; 2019.

15. Brides V, Rapadas JAM, Sabella WR, Sanchez A, ThelShorette JM, Tan L. Compliance of treatment management among diabetes patients. *Nursing Research Journal*. 2012;4:143-167.
16. Burnaska K, Healthcare Administrative Workflow: Costs and Savings Opportunities. Kansas City (MO): NAIC Central Office Center for Insurance Policy and Research; 2020. S2-S12.
17. Cantarero-Prieto D, Pascual-Saez M, Gonzalez-Prieto N. Effect of having private insurance on the use of health services: the case of Spain. *BMC Health Serv Res*. 2017;17:716.
18. Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 2017 Temmuz;1(1):48-57.
19. Chomi EN, Mujinja PGM, Enemark U, Hansen K, Kiwara AD. Health care seeking behavior and utilisation in a multiple health insurance system: does insurance affiliation matter? *Int J for Equity in Health*. 2014;13:25.
20. Chung M. Health care reform: learning from other major health care systems. *Princeton Public Health Review* 2017;12(2) [Electronic Journal] <https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/>
21. Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. Aile hekimliği birinci basamak sağlık ortamını nasıl dönüştürdü? Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2013 Ekim. S11-S18.
22. Colombi AM, Yu-Isenberg K, Priest J. The effects of health plan copayments on adherence to oral diabetes medication and health resource utilization. *J Occup Environ Med*. 2008;50:535–541.
23. Cook CL. Validation of the transtheoretical model in medication compliance behavior. University of Georgia, Faculty of Pharmacy, Doctorate Dissertations, Athens, Georgia, 2002 (Advisor: Prof. Mathew Perri, III).
24. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*. 2006; 26(2): 71-77
25. Dillon P, Smith SM, Gallagher P, Cousins G. Impact of financial burden, resulting from prescription co-payments, on hypertensive medication adherence in an older publically insured population. *BMC Public Health*. 2018; 18(1).
26. Ekman B. The impact of health insurance on outpatient utilization and expenditure: evidence from one middle-income country using national household survey data. *Health Res Pol Sys*. 2007;5:6.
27. Er Ü. Sağlıkta dönüşümün aracı Genel Sağlık Sigortası. Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
28. Eze UIH, Ojicabu,WA, Femi-oyewo MN, Martin OO. evaluation of adherence in elderly diabetic hypertensive patients. *AJOPRED*. 2011; 1(4): 38-46.
29. Galveia A, Cruz S, Deep C. Impact of social demographic variables on adherence to diabetes treatment and in the prevalence of stress, anxiety and depression. *Adv Res Sci Areas*. 2012; 1:2145-2152.

30. Gimenes HT, Zanetti ML, Haas VJ. factors related to patient adherence to antidiabetic drug therapy. *Rev Latinoam Enfermagem*. 2009;17(1): 46-51.
31. Giray F, Çimen G. Sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörler: Türkiye ve OECD ülkeleri analizi. *Sayıştay Dergisi*. 2019 Aralık; 111: 143.
32. Giuffrida A, Torgerson DJ. Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance compliance. *BMJ*. 1997;315(7110):703-707.
33. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. 2018 Dec;12:284-293.
34. Harris P, Mann L, Phillips P, Webster C. *Diabetes Management in General Practice*. 18'inci baskı . Avustralya: Diabetes Australia Limited; 2012.
35. Harris R, Linn MW, Skyler JS, Sandifer R. Development of the diabetes health belief scale. *Diabetes Educ*. 1987;13:292-297.
36. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; 2: 1-166.
37. HealthCare.gov. How health insurance marketplace plans set your premiums [Internet]. Health Insurance Marketplace; 2019. Şu adresten edinilebilir: <https://www.healthcare.gov/how-plans-set-your-premiums/>
38. Hepke KL, Martus MT, Share DA. Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic population. *Am J Manag Care*. 2004;10:144–151.
39. Ho P, Rumsfeld JS, Masoudi FA. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med*. 2006;166:1836–1841.
40. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas 9<sup>th</sup>: Turkey* [Internet]. Brüksel; 2019. Şu adresten edinilebilir: <https://diabetesatlas.org/data/en/country/203/tr.html>
41. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011; 26(3): 155-159.
42. Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: a review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 2008; 4(1): 269–286.
43. Kang H, Lobo JM, Kim S, Sohn MW. Cost-related medication non-adherence among U.S. adults with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018;143:24–33.
44. Kanj M, Mitic W. Promoting health and development: Closing the implementation gap. 7.Global Conference on Health Promotion Nairobi, Kenya. 2009.
45. Keiser Family Foundation. 2019 Employer Health Benefits Survey. California, KFF; 2019.
46. Khan AR, Al-Abdul Lateef ZN, Al Aithan MA, Bu-Khamseen MA, Al Ibrahim I, Khan SA. Factors contributing to non-compliance among diabetics attending primary health centers in the al Hasa district of Saudi Arabia. *J Fam Community Med*. 2012;19:26-32.
47. Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PPT. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *INT J Health Plann Manage*. 2018 Apr-Jun;33(2):434-453.

48. Larrimore J. Does a higher income have positive health effects? Using the earned income tax credit to explore the income-health gradient. *Millbank Q.* 2011;89(4):694-727.
49. Mann DM, Ponienman D, Leventhal H, Halm EH. Predictors of adherence to diabetes medications: The role of disease and medication beliefs. *J Behav Med.* 2009;32: 278–284.
50. Minet LKR. Self-Management in Diabetes Care: The importance of self-care management intervention in chronically ill patients diagnosed with diabetes. SDU, Faculty of Health Sciences, Doctorate Dissertation, Denmark, 2010 (Advisor: Prof. Jan Erik Henriksen).
51. Mosadeghrad AM. Patient choice of a hospital: Implications for health policy and management. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(2):152-164.
52. Nagasawa M, Smith MC, Barnes JH, Fincham JE. Meta-analysis of correlates of diabetes patients' compliance with prescribed medications. *Diabetes Educ.* 1990;16:192–200.
53. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Type 2 diabetes in adults: Management [Internet]. NICE; 2015. Şu adresten edinilebilir: [www.nice.org.uk/guidance/ng28](http://www.nice.org.uk/guidance/ng28)
54. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promot.* 1998;13:349–364.
55. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health Care Utilisation [Internet]. OECD; 2016. Şu adresten edinilebilir: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)
56. Oral ET, Şahin Ş, Akman B, Verimli A. İki uçlu duyudurum bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum: "Farz edelim ki, şeker hastasıysın." demek yeterli mi?. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2002; 3: 212-222.
57. Osborn CY, Kripalani S, Goggins KM, Wallston KA. Financial strain is associated with medication nonadherence and worse self-rated health among cardiovascular patients. *J Health Care Poor Underserved.* 2017;28(1): 499-513.
58. Özşarı SH. Sağlık ve milli güce etkisi. Milli Güvenlik Akademisi. Ankara, Sağlık Bakanlığı; 1998.
59. Pardo C, Schott W. Public versus private: Evidence on health insurance selection. *Int J Health Care Finance Econ.* 2012;12(1):39-61.
60. Peyrot M, Rubin RR, Kruger DF, Travis LB. Correlates of insulin injection omission. *Diabetes Care.* 2010; 33: 240-245.
61. Phares PL. Predictors of Readiness to Initiate Insulin Therapy in Patients with Type 2 Diabetes When Oral Medications Fail to Control Hyperglycemia. UKY, Department of nursing, Doctorate Dissertation, USA, 2011 (Advisor: Dr. Sharon Lock).
62. PricewaterhouseCoopers (pwc). 2020 Yılı Asgari Ücreti ve Asgari Ücrete Bağlı Tutarlar [Internet]. pwc Vergi Bülteni; 2019. Şu adresten edinilebilir: <https://www.pwc.com.tr/2020-yili-asgari-ucreti>
63. Rameswarapu R, Bodhare TN, Bele SD, Valsangkar S. Social class differentiation and its impact on quality of life among diabetic patients. *National Journal of Community Medicine.* 2011;2(3):362-365.

64. Rice T, Quentin W, Anell A, Barnes AJ, Rosenau P, Unruh LY, Van Ginneken E. Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial Access barriers and policy in ten high-income countries. BMC Health Services Research. 2018;18:371.
65. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2013.
66. Shenolikar RA, Balkrishnan R, Camacho FT, Whitmire JT, Anderson RT. Comparison of medication adherence and associated health care costs after introduction of pioglitazone treatment in African Americans versus all other races in patients with type 2 diabetes mellitus: A retrospective data analysis. Clin Ther. 2006;28:1199–1207.
67. Sülkü SN. Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Ankara, 2011; 414.
68. Taşkaya S. Diyabet hastalarının tedaviye uyum düzeyler ile sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. HÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2014 (Danışman: Prof. Dr. Bayram Şahin).
69. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara, 2019.
70. T.C. Sayıştay Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Sayıştay Düzenlilik ve Denetim Raporu. Sayıştay Raporları. Ankara, Eylül 2019.
71. T.C. Resmi Gazete. Milletvekillerine, Yasama Organı Eski Üyelerine, Dışarıdan Atandıkları Bakanlık Görevi Sona Erenlere Tedavi Yardımı Yapılmasına Dair Yönetmelik. Sayı: 29879, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 2 Mayıs 2012.
72. T.C. Resmi Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Sayı: 31468, Başbakanlık Basımevi, Ankara. 28 Nisan 2021.
73. The Organization For Economic Cooperation and Development (OECD). OECD Annual Report 2008. Paris: OECD; 2008.
74. Tsai TH, Huang N, Lin IF, Chou YJ. Variation in the 11-year trajectories of medical care seeking behaviors in diabetes patients under a single payer system: persisting gaps to be filled. BMC Health Serv Res. 2019;19:580.
75. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Tarihçe [Internet]. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015. Şu adresten edinilebilir: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
76. Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde Yapılan Düzenlemeler Hakkında Duyuru 2019/4 [Internet]. Ankara: SGK; Nisan 2019. Şu adresten edinilebilir: [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana\\_hizmet\\_birimleri/gss\\_genel\\_mudurlugu/anasayfa\\_duyurular/duyuru\\_23012019](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/duyuru_23012019)
77. Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Muayene Katılım Payı [Internet]. Ankara: SGK; 2016. Şu adresten edinilebilir: [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik\\_hizmetleri/muayene\\_katilim\\_payi](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi)
78. Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar [Internet]. Ankara: SGK; 2018. Şu adresten edinilebilir:

[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/ilac\\_ve\\_eczacilik/hasta\\_katilim\\_payindan\\_mu\\_af\\_ilaclar](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/ilac_ve_eczacilik/hasta_katilim_payindan_mu_af_ilaclar)

79. Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). Tarihçe [Internet]. Ankara: SGK; 2019. Şu adresten edinilebilir: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>
80. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Sağlık Harcamaları İstatistikleri [Internet]. Ankara: TÜİK; 2020. Şu adresten edinilebilir: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>
81. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB). Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış. Ankara: TOBB; 2017.
82. Türkiye Sigorta Birliği (TSB). Mali Tablolar ve İstatistikler [Internet]. İstanbul: TSB; 2020. Şu adresten edinilebilir: <https://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi.aspx?pageID=625>
83. Türkiye Sigorta Birliği (TSB). Sigorta Tanımları [Internet]. İstanbul: TSB; 2020. Şu adresten edinilebilir: <https://www.tsb.org.tr/sigorta-tanimlari.aspx?pageID=648>
84. Uchenna O, Ijeoma E, Pauline E, Sylvester O. contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. World Acad Sci Eng Technol. 2010;45:735-742.
85. Van Dulmen S, Sluijs E, V Dijk L, De Ridder D, Heerdink R, Bensing J. patient adherence to medical treatment: A review of reviews. BMC Health Serv Res. 2007; 7(55): 1-6.
86. Vuong PA, Ho QH, Thu-Trang TV. Health care payments in Vietnam: patients' quaqmire of caring for health versus economic destitution. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(10):1118.
87. Wannamethee SG, Papacosta O, Lawlor DA, et al. Do women exhibit greater differences in established and novel risk factors between diabetes and non-diabetes than men? The British Regional Heart Study and British Women's Heart Health Study. Diabetologia. 2012;55:80–87.
88. World Health Organization (WHO). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: WHO Press; 2003.
89. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
90. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008: Now More Than Ever. Geneva: WHO; 2008 .
91. Wilf-Miron R, Peled R, Yaari E, Shem-Tov O, Weininger VA, Porath A, Kokia E. Disparities in diabetes care: role of the patient's socio-demographic characteristics. BMC Public Health. 2010;729(10).
92. Wood B. Medication adherence: The real problem when treating chronic conditions. US Pharm. 2012; 37(4): 3-6.
93. Yıldız B. Sağlık işletmelerinde karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri. NKU, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015 (Danışman: Prof. Dr. Ahmet Kubaç).
94. Yılmaztürk A. Türkiye'de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın küresel niteliğinin değerlendirilmesi. SBAD. 2013;1:176-188.

95. Zolnierek KBH, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-834.



## 7. ÖZGEÇMİŞ



