

# SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARZIN TALEP YARATMASI VE HEKİMLERE GÜVEN: HASTALARIN GÖRÜŞLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA \*

Battal Burak TEMEL \*\*  
Fatih ŞANTAŞ \*\*\*

## ÖZ

Bu çalışmada, sağlık sektöründe arzın talep yaratması ile hekime güven konularının hasta algısı üzerinden incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca arzın gereksiz talep yaratması ve hekime güven algısının katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre farklılaşarak farklılaşmadığının belirlenmesi de çalışmanın amaçları arasındadır. Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki çalışmanın evrenini, Yozgat Bozok Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaşını doldurmuş kişiler oluşturmaktadır. Bu hastaneden günlük yaklaşık 400, aylık 12.500 poliklinik hastası hizmet almaktadır. Bu durumda araştırmanın örneklem büyüklüğü %99 güven düzeyi ve %1 hata ile 631 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ulaşılan kişi sayısı 650 olmuştur. Çalışma kapsamında yapılan literatür taramasında, çalışmanın amaçlarına uygun olduğu düşünülen "Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi Ölçeği" ve "Doktora Güven Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmanın hipotezlerinin testinde iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizinden yararlanılmıştır. Analizler sonucunda, arzın talep yaratması ve hekimlere güven ölçeklerinde katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerinden sağlık sigortası dışındaki tüm özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Hekime Güven Ölçeği ile Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı Ölçeğinin tüm alt boyutları arasında negatif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmuştur. Buna göre arzın talep yaratması algısı arttıkça hekime güven azalmaktadır. Bu durum regresyon analizinde de tespit edilmiş ve açıklanan varyans %85 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda tıp eğitiminde meslek etiğine daha fazla önem veren ders ve uygulamalara ağırlık verilerek hekimlerin çeşitli gerekçelerle gereksiz hizmet sunma davranışlarının önlenmesi, vatandaşların sağlık okuryazarlığının artırılarak gereksiz hizmet talep etmeme ya da gereksiz hizmetin teklif edilmesi durumunda bu hizmeti reddetme davranışlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca geçmişten beri kutsal kabul edilen hekimlik mesleğine güveni sarsıcı uygulama ve haberlerden mümkün olduğu ölçüde kaçınılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Arzın Talep Yaratması, Hekime Güven, Sağlık Çalışanları

## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında ve Battal BURAK TEMEL tarafından hazırlanan "Sağlık Hizmetlerinde Arzın Talep Yaratması ve Hekimlere Güven: Hastaların Görüşleri Üzerinden Bir Araştırma" (2023) başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

\*\* Yüksek Lisans., Yozgat Bozok Üniversitesi LEE Sağlık Yönetimi ABD, battalburak.temel@yobu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7701-7658>

\*\*\* Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü. fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

Gönderim Tarihi: 05.09.2023

Kabul Tarihi: 15.01.2024

## Atıfta Bulunmak İçin:

Temel, B.B. & Şantaş, F. (2024). Sağlık hizmetlerinde arzın talep yaratması ve hekimlere güven: Hastaların görüşleri üzerine bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 27(1): 91-120. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1355604>

# SUPPLIER- INDUCED DEMAND IN HEALTH SERVICES AND TRUST IN PHYSICIANS: A RESEARCH ON PATIENTS' OPINIONS \*

Battal Burak TEMEL \*\*

Fatih ŞANTAŞ \*\*\*

## ABSTRACT

*In this study, it is aimed to examine the unnecessary use of health services arising from the service provider in the health sector and the issues of trust in the physician through patient perception. In addition, it is also among the aims of the study to determine whether the supply creates unnecessary demand and whether the perception of trust in the physician differs according to the personal and demographic characteristics of the participants. The population of the study consists of people over the age of 18 (eighteen) who applied to the outpatient clinics of Yozgat Bozok University Hospital. Approximately 400 outpatients daily and 12,500 monthly outpatients receive service from this hospital. In this case, the sample size of the research was calculated as 631 with 99% confidence level and 1% error. The number of people reached in this research was 650 people. In the literature review conducted within the scope of the study, the "Scale of Evaluation of Unnecessary Supply-Based Health Service Use" and "Doctor Trust Scale" were used, which are thought to be suitable for the purposes of the study. Significance test of the difference between two means, one-way analysis of variance (ANOVA) and correlation analyzes were used to test the hypotheses of the research. As a result of the analyzes, it was determined that there was a statistically significant difference between the personal and demographic characteristics of the participants in the scales and all other characteristics except health insurance. In addition, a negative and strong relationship was found between all sub-dimensions of the Physician Trust Scale and the Unnecessary Supply-Based Health Care Use Scale. Accordingly, as the perception of supply creating demand increases, the perception of trust in the physician decreases. This situation was also confirmed in the regression analysis and the variance to the explained was found to be 85%. As a result of the study, it is recommended to prevent unnecessary service-providing behaviors of physicians for various reasons by focusing on courses and practices that give more importance to professional ethics in medical education, and to develop the behaviors of requesting unnecessary service or rejecting this service in case of unnecessary service by increasing the health literacy of citizens. In addition, practices and news that undermine confidence in the medical profession, which has been considered sacred since the past, should be avoided as much as possible.*

**Keywords:** Health Services, Supplier-Induced Demand, Physician Trust, Healthcare Professionals

## ARTICLE INFO

\* This study was carried out the dissertation titled "Supplier-induced demand in health services and trust in physicians" which was written by Battal BURAK TEMEL, at the Master Program of Health Management Department, Yozgat Bozok University, under the supervision of Assoc. Dr. Fatih ŞANTAŞ.

\*\*MSc, Yozgat Bozok University Department of Health Management, [battalburak.temel@yobu.edu.tr](mailto:battalburak.temel@yobu.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0002-7701-7658>

\*\*\*Assoc. Prof., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, [fatih.santas@bozok.edu.tr](mailto:fatih.santas@bozok.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

Received: 05.09.2023

Accepted: 15.01.2024

## Cite This Paper:

Temel, B.B. & Şantaş, F. (2024). Supplier-induced demand in healthcare services and trust in physicians: A research based on patients' opinions. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1): 91-120. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1355604>

## **I. GİRİŞ**

Sağlık hizmetleri, toplum ve bireyin yaşamında önemli bir yere sahiptir. Dünyanın birçok ülkesi; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaygınlaştırmak, sağlık hizmetlerinin üretimini, sunumunu ve düzeyini iyileştirmek için finansal kaynaklarının bir bölümünü sağlık sektörüne yönlendirmektedir. Türkiye’de de sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe ve sağlık harcamaları her geçen gün artmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda kamunun payı ağırlıktadır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’na göre ülkede yaşayan herkesin sağlık hizmeti almasını ve sağlıklı bir çevrede yaşamasını sağlamak devletin görevidir. Devlete verilen bu görev, Sağlık Bakanlığı tarafından yerine getirilmektedir.

Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri piyasası içerisinde sunulmakta olup, piyasanın iki ana unsuru olan arz ve talep farklı özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri piyasasının talep tarafı genellikle düzensiz ve tesadüfi olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle acil sağlık hizmeti talebinin ne zaman ve nasıl ortaya çıkacağı belli değildir ve dolayısıyla talep konusunda belirsizlik yüksektir. Sağlık hizmetleri piyasası, yapısı gereği diğer piyasalardan farklıdır ve bu nedenle piyasa koşullarıyla değerlendirilememektedir (Arrow, 1963). Talep konusundaki belirsizlik ve bu talebin karşılanması zorunluluğu, sağlık hizmetleri arzının her zaman hizmet sunumuna hazır olmasını gerektirmektedir (Folland vd., 2017).

Tıbbi hizmetlere ihtiyacı olan bir kişi, bu ihtiyacı başka bir hizmetle ikame edemez. Bu durum tıbbi hizmetlerin zorunluluğunu göstermektedir. Pek çok mal ve hizmet piyasada ikame edilebilir olsa da çoğu tıbbi hizmet için bu durum söz konusu olmayabilmektedir. Tıbbi bakıma ihtiyaç duyan kişiler, aldıkları tedaviyi değerlendirecek uzmanlığa sahip değillerdir. Bu nedenle hizmetten memnuniyetin değerlendirilmesi zordur (Tokalaş, 2006). Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal niteliğinde olması, hizmetin hem toplumsal hem de bireysel fayda ürettiği anlamına gelmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sunumunda uygulanan yeni teknolojiler, tedavi yöntemleri ve bağışıklama hizmetleri, bireysel sağlığı olumlu yönde etkilemekte ve toplum sağlığına önemli katkılar sağlamaktadır. Ancak bu durum sağlık hizmetlerinin emek-yoğun olma özelliğini azaltmamaktadır (Mutlu ve Işık, 2013).

Sağlık hizmetleri, genellikle zorunlu hizmetler arasında görülmekte ve bu hizmetin maliyeti ne olursa olsun ihtiyaç duyan kişilere verilmesi gerektiğine inanılmaktadır. Bu kapsamda ülkelerde öncelik belirlenmekte ve eldeki sınırlı kaynaklar neticesinde maksimum düzeyde sağlık hizmeti sunulmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetinin özellikleri arasında hizmeti sunan ile hizmeti alan arasındaki asimetrik bilgi durumu da söz konusudur. Buna göre hizmet sunumundaki en önemli aktör konumundaki hekimler ile hastalar arasında hekimler lehine önemli bilgi farklılığı bulunmaktadır. Her ne kadar özellikle internet teknolojisinin gelişmesiyle hastaların hastalıklarına ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgi seviyelerinde artış olsa da asimetrik bilgi durumunun devam ettiği söylenebilir. Asimetrik bilginin olduğu her alanda hizmet sunucu gerekli hizmetlerin yanında kişisel ve kurumsal çıkarları maksimize etmek için gerekli olmayan hizmetler de sunabilmektedir. Bu durum sınırlı kaynakların boşa gitmesine ve böylece tahsisat ve üretim verimliliğinin sağlanamamasına neden olmaktadır.

Literatürde arzın talep yaratması olarak ifade edilen duruma sağlık hizmetleri ve sektöründe de rastlanabilmektedir. Bunun önüne geçilmesi için hizmet sunuculara yapılan ödemelerde hizmet miktarı ile artmayan yöntemler, kullanım değerlendirmesi, kurumsal denetim gibi uygulamalar hayata geçirilmektedir. Ancak sağlık sektöründeki hekim otonomisinin yüksekliği ve kullanım değerlendirmesi ya da tedavi planlarına rağmen tedavi hizmetlerindeki heterojenleşme durumunun olması hizmet sunumunda istenmeyen durumların oluşmasına ve zaten sağlık sektörüne sınırlı olarak ayrılmış kaynakların amacı dışında kullanılmasına neden olabilmektedir (Çelik, 2016; Tengilimoğlu vd., 2018).

Hekimlik mesleği geçmişten günümüze kutsal kabul edilmiş ve hekimlerin her durumda hastanın iyiliğine hareket edeceği ve kendi kişisel çıkarı için yanlış, fazla ya da eksik hizmet sunmayacağına inanılmıştır. Buradan hareketle bu çalışmada hekime güven ve hekim tarafından gereksiz sağlık hizmeti sunumu olarak ifade edilebilen arzın talep yaratması olgusu sağlık sektörünün iki ana aktöründen birisi olan hastaların görüşleri üzerinden değerlendirilecektir.

Çalışma altı bölümden oluşmaktadır. İlk üç bölümde çalışmanın değişkenleri olan sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi ve güven kavramları ele alınmaktadır. Ardından materyal ve metod, bulgular ve son bölümde ise bulguların tartışması ve kuram ve uygulamaya yönelik öneriler yer almaktadır.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Sağlık Hizmetlerinde Arzın Talep Yaratması

Geleneksel talep teorisinde, tüketicilerin talepleri ile ilgili tutarlı ve eksiksiz bilgiye sahip oldukları ve sınırlı gelir ve zamanlarıyla faydalarını maksimize ettikleri varsayılmaktadır. Ancak sağlık piyasasında tüketicilerin bu davranışı gösterme, belirli bir durumda seçim yapabilme yeteneği birçok durumda sınırlıdır. Bunun temel nedeni, bireyin yaşadığı rahatsızlık için sağlık kuruluşuna gittiğinde kendisine sunulabilecek tanı ve tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamasıdır. Ayrıca diğer mal ve hizmetlere ilişkin geçmişteki tüketim deneyimleri, bu mal ve hizmetlere olan talebi etkileyebilmekte fakat sağlık ürünleri için durum bu şekilde gerçekleşmemektedir (Çalışkan, 2008).

Sağlık hizmetlerinin ihtiyaç doğduğu anda tüketilme zorunluluğunun bulunması ve ikamesinin olmaması sağlık hizmetleri piyasasını farklılaştırabilmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasının her alanında asimetrik bilgi görülmektedir. Bu asimetrik bilgi sağlık hizmetleri piyasasının arz tarafında bulunan hekim ve hastanenin, talep tarafında yer alan hastanın davranış ve tutumlarında etkili olmaktadır (Bilgili vd., 2008). Bilgi asimetrisi ile birlikte değerlendirildiğinde arzın; tüketici egemenliğinin olmadığı bir ortamda talep oluşturması, hizmet sağlayıcılar tarafından yaratılan "gereksiz talep" olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik talep düzeyi, hizmet sağlayıcıların davranışlarına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde arz tarafı, hastaların teşhis ve tedavi kararları için vekil olarak hekimlerin rol oynaması ile talebi yönlendirir. Böylece vekil olarak atanan hekimler, kendi çıkarlarını hastanın çıkarlarından önde tutarak, tedavi planında bu işlemler yer almasa bile bazı işlemlerin yapılması gerektiğini hastalarına kabul ettirebilmektedir (Çalışkan, 2008). Diğer bir açıklama ile hekimler, bilgi asimetrisini kullanarak kârı en üst düzeye çıkarmak için gerekli olmayan hizmetler sağlayabilir.

Arzın talep yaratması, "inşa edilmiş yatak doldurulmuş yataktır" şeklinde ifade edilmektedir. "Yatak varsa hasta vardır" kuralına göre işleyen bu yaklaşım, tıbbi hizmetlerde arz yönlü talebin varlığına işaret eder (Çelik, 2016). Bu nedenle kaynakların kendi menfaatleri doğrultusunda kullanılmasından kaynaklı gereksiz ve aşırı talep sorununa bağlı israf durumu ortaya çıkmaktadır (Ünal, 2013).

Hem arz eden hem de talep eden konumunda buldukları düşünüldüğünde hekimlerin performans kaygıları, yönetsel sorunlar ve ekonomik nedenlere bağlı olarak ellerinde bulunan karar verme gücünü bilgi dengesizliğinden de yararlanarak hasta için önem arz etmeyen sağlık hizmetlerinin kullanılmasına teşvik etmede kullanarak gereksiz talep oluşturabilmesi mümkündür (Temel ve Aydın, 2018). Hekim, hastaya aşırı ilaç yazabilir ya da gereksiz tıbbi tetkikler isteyebilir ve bu gereksiz ve aşırı talep kişiye olan özel maliyetleri ve toplumsal maliyetleri ortaya çıkarmaktadır (Kirmanoğlu, 2007).

Özcan ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmada hizmet verenler, eğer tam bir memnuniyet elde etmek istiyorlarsa hizmet alan hastanın tanı ve tedaviye ilişkin bilgi düzeyinin artırılması yönünde çalışma yapmalarının gerekliliğini vurgulamıştır. Hizmet alıcı konumundaki hastaların hem eğitim düzeylerinin hem de alacakları hizmet ile ilgili bilgi düzeylerinin hizmet alım şekillerinden tanı ve tedavi sürecine kadar tüm kademelerde etkisini gösterdiği ifade edilmektedir (Temel ve Aydın, 2018).

Sağlık hizmetlerinin üretimi, istek yerine ihtiyaca uygun olmalıdır. Hekimin kimin ne kadar tıbbi bakıma ihtiyacı olduğunu belirleme gücüne sahip olduğu bir sağlık sisteminde, bu ihtiyacın gerçek varlığını sorgulamak gerekir (Fuchs, 1966). Bir doktor, hastası adına sahip olduğu sağlık ihtiyacını belirleme yetkisini kötüye kullanarak hastasını gereksiz tıbbi bakım kullanmaya yönlendirebilir. Hemenway ve Fallon (1985) tarafından yapılan bir çalışma, "arz kaynaklı talep" bağlamında

hekimlerin yoğun olduğu bölgelerde daha fazla tıbbi bakım kullanıldığını ortaya koymakta ve çalışmada hekimlerin fazla talep yarattığı öne sürülmektedir. Çalışmada, sağlık hizmeti üretimi yoluyla hekimlerin gelirlerinin de arttığı sonucuna varılmıştır.

## 2.2. Hekime Güven

Güven, genellikle bağımlılık ve bir başkasına sadakat ile oluşur. Güven, bugünü ve geleceği birbirine bağlar. İnsanlar ne kadar çok seçeneğe sahip olursa, kararları o kadar az tahmin edilebilir olmaktadır. Bu durumda, kişisel koşulların belirsizliği artar ve toplumu etkilemek, kontrol etmek ve izlemek zorlaşır. İnsanların güven algısını etkileyen beş ana faktör vardır. Bu faktörler, bireylerin kişisel özellikleri, kurumsal olgular, bireyler arasındaki etkileşimler, diğerlerinin özellikleri ve kültürel özelliklerdir (Barbalet, 2009).

- ✓ *Bireyin kişilik özellikleri:* Yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik faktörler insanların güven algısını etkileyen kişisel özelliklerdir.
- ✓ *Kurum olgusu:* Örgütlerde yaşanan olumsuz durumları çözmek için uygun adımlar atıldığında çalışanların kuruma daha fazla güven duyması sağlanır.
- ✓ *Bireyler arası etkileşim:* İnsanlar arasındaki yüksek güvenin kişilerarası ilişkilere pozitif anlamda katkı sağladığı düşünülmektedir.
- ✓ *Karşı tarafın özellikleri:* Güven, karşımızdaki kişinin kişilik özelliklerine göre gelişen bir kavramdır. Karşımızdaki bireyin doğru davranışlar sergilemesi, davranışlarında istikrarlı olması güvenin tesis edilmesinde önem arz eder.
- ✓ *Kültür:* Güvenin kültürel etkisini incelemek için ülkenin diğer ülkelerden farklılıklarının bilinmesi gerekir. Kültürel yapı, bireylerin güven algısında farklılıklar oluşturabilir. Bu nedenle her ülke ve toplum kendi içerisinde değerlendirilmelidir.

Hekimlerin bilgi ve yeteneklerinin sınırları dâhilinde hastaları için en iyi olanı yaptıklarına dair genel bir inanış vardır (Dünya Hekimler Birliği, 2005). Diğer sağlık çalışanlarının ve doktorların yetkinliği geliştikçe tıbbi yeterliliğe olan güven artar. Tıbbi hizmetler, çeşitli kurum ve kuruluşlar tarafından verilmektedir. Hastalar geçmişe göre çok daha ciddi bir organizasyona, yoğun bilgi akışına ve yüksek teknolojiye sahip hem doktorlar hem de doktor dışındaki çalışanlar ile etkileşim içinde olan bir ortamla karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık sektörü için ayrıca önemli olan, hastaların sadece doktorlardan değil, tüm sağlık profesyonellerinden aldığı güvendir. Unutulmamalıdır ki sağlık hizmeti sunumu bireysel bir iş değil, tüm disiplinlerin bir ekip işidir (Okay, 2009).

Doktora güven, sağlık hizmetlerinde önemli bir konudur. Asil-vekil ilişkisinin sağlık hizmetlerinin doğasında var olması güven kavramını daha da önemli hale getirmektedir. Hasta-hekim ilişkisinde, hastanın hekime bağımlılığı özellikle belirgindir. Bu bağı güçlendirmek ve iyileşme sürecini olabildiğince etkili kılmak için hastanın doktora güveninin tam olması gerekir. Güven, hasta-hekim ilişkisi ve kaliteli bakım için ön koşuldur (Kutlu vd., 2010). Hastanın doktora güvenini sağlamak için şunlara özel dikkat gösterilmelidir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018):

- ✓ Hastaları bilgilendirerek tedavileri ile ilgili kararlara katılmaları sağlanmalıdır.
- ✓ Kendilerini daha güvenli bir ortamda hissetmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Her zaman doktorlarına ulaşım iletişim kurabilmeleri sağlanmalıdır.
- ✓ Hasta çok dikkatli bir şekilde dinlenmelidir.
- ✓ Hasta konuşurken sonuna kadar dinlenmeli sözü kesilmemelidir.
- ✓ Hastanın ihtiyaçlarına zaman ayrılmalıdır.
- ✓ Muayene esnasında aceleci tavır sergilenmemelidir.

### III. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran hastaları kapsayan, kesitsel ve tanımlayıcı türdedir.

#### 3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Türkiye sağlık sektöründe kullanılan malzeme, ilaç ve teknolojinin önemli bir kısmının ithal olması ve bu nedenle döviz kuru üzerinden satın alınması, sektörde başta hekimler olmak üzere maliyeti nispeten yüksek personelin çalışması, kronik ve tedavisi pahalı hastalıkların tedavisindeki beklentinin artışı, sağlık sektöründeki enflasyonun genel enflasyondan daha yüksek olması gibi nedenler sağlık harcamalarının kişi ve ülke bütçesindeki oransal ağırlığını artırmaktadır. Ekonomideki kıt kaynaklar hususu da göz önüne alındığında sağlık harcamalarının ihtiyaç duyulan ilaç, yöntem ve tedaviye yönlendirilmesi diğer bir anlatımla tahsisat ve üretim verimliliğinin yükseltilmesi zorunluluk halini almaktadır. Sağlık sektörü özelinde başta sosyal fayda konusu olmak üzere çeşitli gerekçelerle verimliliğin sağlanması zor olmakla birlikte kimi durumlarda hem hizmet sunan hem de hizmet alan taraftan kaynaklı sektörde verimliliği azaltıcı ve gereksiz harcamayı artırıcı durumlarla karşılaşılabilir.

Sağlık sektörünün diğer bir önemli özelliği bu alanda asimetrik bilginin mevcut olmasıdır. Doktor ve hasta arasındaki bilgi farkının doktor lehine fazla olması nedeniyle hastalar satın alacakları hizmetin miktarını ve kalitesini kendileri belirleyememektedir. Bu nedenle çoğunlukla doktor, hastası adına tıbbi hizmet alımına karar verme hakkına sahip olmaktadır. Böyle bir durumda, tıp etiği ve ahlaki açıdan istenirse de doktorlar gereksiz yere hastalarını kendi hizmetlerine talep yaratmak için tıbbi bakım kullanmaya teşvik edebilmektedir. Arzın talep yaratması olarak ifade edilen bu duruma asimetrik bilginin olduğu her alanda rastlanabilmektedir. Bu nedenle sağlık ekonomisi disiplininin gelişimi ile birlikte başta hekimler olmak üzere sağlık sektöründe maliyetin artışına yol açan kişilerin/birimlerin davranış ve uygulamaları takip edilmekte ve böylece gereksiz maliyetin önüne geçilmeye çalışılmaktadır.

Bilindiği gibi hastanın tedavisindeki başarıda ilaç ve uygulamalar kadar önem arz eden bir husus da hastanın hekimine güvenmesidir. Hekimine güven duyan bir hasta genellikle ilaçlarını düzenli kullanmakta, kendisinden beklenen davranışları yerine getirmekte ya da yapmaması gerekenlerden uzak kalmaktadır. Sonuç olarak hekime güvenin sağlık üzerine olumlu etkisi söz konusu olmaktadır. Ancak kimi durumlarda bu güven durumu kötüye kullanılabilir ve çeşitli gerekçelerle hastaya faydası olmayan ya da gereksiz tedavi ve uygulamalar sunulmaktadır. Arzın gereksiz talep yaratması sadece ekonomik olarak değil hastanın klinik sonuçları üzerinde de olumsuz etki yaratabilmektedir. Görüldüğü gibi tedavinin başarısında hekime güvenin önemli işlevi olabilmekle birlikte sektörde arzın talep yaratması durumuna rastlanmakta ve bu durumun çeşitli araştırmalarla ortaya konulması önemli olmaktadır.

Bu çalışmada, sağlık sektöründe hizmet sunucudan kaynaklanan sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı ve hekime güven konularının hasta algısı üzerinden incelenmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca arzın gereksiz talep yaratması ve hekime güven algısının katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre farklılaşmış farklılaşmadığının belirlenmesi de çalışmanın amaçları arasındadır. Yüksek örneklem ile gerçekleştirilmesi ve bu iki değişkenin ilk kez bir çalışmada ele alınması nedeniyle bu çalışmanın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışma sonucunda elde edilecek bilgilerle uygulamaya yönelik önerilerin de sunulacak olması bu çalışmanın önemi ve katkısı olarak ifade edilebilir.

Araştırmanın amacı ve alanyazın incelemesi sonucunda oluşturulan üç araştırma hipotezi şu şekildedir:

**Hipotez 1:** Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık sigortası, iş durumu, aylık gelir, kronik hastalık ve son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayısı) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Bu kapsamda alt hipotezler şu şekilde oluşturulmuştur:

H1a: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.

H1b: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

H1c: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H1d: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların sağlık sigortası durumlarına göre farklılaşmaktadır.

H1e: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların iş durumlarına göre farklılaşmaktadır.

H1f: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların aylık gelirlerine göre farklılaşmaktadır.

H1g: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre farklılaşmaktadır.

H1h: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayılarına göre farklılaşmaktadır.

**Hipotez 2:** Hekime güven algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık sigortası, iş durumu, aylık gelir, kronik hastalık ve son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayısı) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Bu kapsamda alt hipotezler şu şekilde oluşturulmuştur:

H2a: Hekime güven algısı, katılımcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.

H2b: Hekime güven algısı, katılımcıların cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

H2c: Hekime güven algısı, katılımcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

H2d: Hekime güven algısı, katılımcıların sağlık sigortası durumlarına göre farklılaşmaktadır.

H2e: Hekime güven algısı, katılımcıların iş durumlarına göre farklılaşmaktadır.

H2f: Hekime güven algısı, katılımcıların aylık gelirlerine göre farklılaşmaktadır.

H2g: Hekime güven algısı, katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre farklılaşmaktadır.

H2h: Hekime güven algısı, katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayılarına göre farklılaşmaktadır.

**Hipotez 3:** Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısının hekime güvene istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

### **3.3. Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Yozgat Bozok Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaşını doldurmuş kişiler oluşturmaktadır. Bu hastaneden araştırmanın yapıldığı tarihte günlük ortalama 400, aylık 12.500 hasta poliklinik hizmeti almaktadır. Bu durumda araştırmanın örneklem büyüklüğü %99 güven düzeyi ve %1 hata ile 631 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G-Power 3.1. programı yardımıyla güç analizi yapılmıştır. Bilindiği gibi testin gücü arttıkça gerçekte var olan farklılıkların tespit edilmesi kolaylaşmaktadır. Ancak gücün aşırı artırılması ise önemsiz olan farklılıkların bile istatistiksel olarak anlamlı hale gelmesine neden olmaktadır. Genellikle %80 civarında güç yeterli kabul edilmektedir. Bu çalışmada 0,85 güç, 0,01 hata ( $\alpha$ ) ve 0,20

etki büyüklüğü için hesaplanan örneklem büyüklüğü 650 olmuştur. Bu araştırmada ulaşılan kişi sayısı 650 olup, belirlenen örneklem sayısına ulaşıldığı söylenebilir.

Veri toplama, hastanede hafta içi her gün ve mesai saatleri içerisinde poliklinik sırası bankolarında sıra almak ya da randevusunu aktifleştirmek isteyen poliklinik hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Anketler yüz yüze doldurulmuş ve veri toplama tarafızsızlığı ve güveni sağlamak adına araştırmanın amacı dışında katılımcılara ölçek maddeleri ile ilgili herhangi bir açıklama yapılmamıştır. Katılımcılar, araştırmaya gönüllülük esasına göre katılım sağlamıştır. Kişilere istekleri halinde araştırmanın başlangıcında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılacakları ifade edilmiştir. Veri toplama aracı, 01 Ekim – 01 Aralık 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır.

### 3.4. Veri Toplama Aracı

Çalışmada kullanılan veri toplama aracı üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim vb. gibi kişisel ve demografik özellikleri ile ilgili bilgilerin olduğu anket soruları yer almaktadır.

Çalışma kapsamında yapılan literatür taramasında, çalışmanın amacına uygun olduğu düşünülen “Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi Ölçeği” ve “Doktora Güven Ölçeği” kullanılmıştır. Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi Ölçeği, Durmaz ve Erdem (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 22 ifadeden ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin geneli olumsuz ifadelerden oluşmaktadır ancak ölçekte 3 madde olumlu ifade şeklindedir. Bu maddeler analize dahil edilirken ters çevrilmiştir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça arz kaynaklı talep algısı artmaktadır.

Tablo 1’de “Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Değerlendirilmesi Ölçeği”nin geçerliğinin test edilmesi için yapılan açıklayıcı faktör analizi ve güvenilirliğini test etmek için gerçekleştirilen Cronbach Alpha katsayıları verilmektedir.

Ölçeğin açıklanan toplam varyansı %85’e yakındır. Ölçek 5 boyuttan oluşmakta ve ölçeğin boyutları Durmaz ve Erdem (2017)’nin çalışmasında olduğu gibi isimlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliğinin saptanması için çeşitli analizler yapılmıştır. Ölçeğin geneli için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 0,93 iken boyutlar için hesaplanan değerler ise 0,87 ve üzerindedir.

Gerçekleştirilen madde analizi sonucunda maddelerin birbirleriyle pozitif ilişkili olduğu ve korelasyon katsayılarının 0.30’un üzerinde olduğu belirlenmiştir. Madde-toplam korelasyon katsayılarına bakıldığında 22. madde için hesaplanan katsayının 0.320 olduğu ve diğer maddelerin ise 0.60 ve daha yüksek korelasyona sahip olduğu görülmüştür.

Ölçeğin güvenilirliğini incelemeye ayırt edicilik analizi de yapılmıştır. Ölçeğin tamamından alınan toplam puanlar doğrultusunda bireyler en yüksekte en düşüğe doğru sıralanmış ve en üst %27 ile en alt %27 için bağımsız t-testi uygulanmıştır. Yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı olup ( $t=-40,581$ ;  $p=0.000$ ), bu durumda ölçeğin bireyleri güvenilir olarak birbirinden ayırt edebildiği saptanmıştır.

Yapılan analizler sonucunda elde edilen yüksek faktör yükleri, açıklanan varyans ve güvenilirlik analizleri sonucunda bu araştırmada kullanılan ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



**Tablo 1. Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Analiz Sonuçları**

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliği Testi		0,967
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-kare	17930,033
	df	231
	p	0,000
Açıklanan Toplam Varyans (%)		84,283
Cronbach Alpha		0,936
<b>Faktör/İfadeler</b>	<b>Faktör Yüğü</b>	<b>Cronbach Alpha</b>
<b>Gereksiz Tetkik</b>		
1. Hekimlerin, ihtiyacım olmadığı halde benden gereksiz yere kan, idrar vs. tahlil istediğini düşünüyorum.	0,810	0,870
2. Tedavi sürecindeki gereksiz tetkiklerin sağlık harcamalarını artırdığını düşünüyorum.	0,799	
3. Hekimin benden istediği ultrason, MR, tomografi, mamografi vs. tetkiklerin tümünün gerçekten gerekli olduğunu düşünüyorum.	0,823	
4. Tedavi sürecimde tekrar istenen bazı tetkiklerin gereksiz olduğunu düşünüyorum.	0,711	
<b>Haksız Gelir</b>		
5. Hekimlerin, tedavi sürecini planlarken maddi kazançları doğrultusunda karar verdiklerini düşünüyorum.	0,857	0,932
9. Hekimlerin, daha fazla gelir elde etmek için hastalarını sezaryenle doğum yapmaya teşvik ettiğini düşünüyorum.	0,652	
10. Daha fazla gelir elde etmek amacıyla hastaların gereksiz yere yoğun bakıma yatırıldığını düşünüyorum.	0,754	
14. Hekimlerin, çalıştığı kuruma para kazandırmak amacıyla gereksiz teşhis ve tedavi işlemleri yaptığını düşünüyorum.	0,820	
18. Hastanenin daha fazla gelir elde etmek için, hekimleri yönlendirdiğini düşünüyorum.	0,693	
20. Hekimin benim için uygun gördüğü tedavi sonrası izlem (kontrol) işlemini, hastanenin para kazanması açısından uygulanan bir strateji olarak görüyorum.	0,829	
<b>Gereksiz Sağlık Hizmeti</b>		
6. Hekimlere güvenmiyorum çünkü hastalarını gereksiz sağlık hizmeti kullanmaya yönlendiriyorlar.	0,893	0,926
7. Hekimlerin, kullanacağım sağlık hizmetini şahsım adına belirlerken başka faktörlerin etkisi altında kalmayıp; tamamen dürüst davranarak beni önemseydiğini düşünüyorum.	0,767	
8. Genellikle, hekimin benim için uygun gördüğü tedavi kararından şüpheye düşerim ve başka bir hekime daha gözükme ihtiyacı hissedirim.	0,745	
11. Bazı hekimlerin, ileride başka sağlık problemlerini doğuracak gereksiz tıbbi işlemler (ameliyat vs.) yaptığını düşünüyorum.	0,733	
13. Geçmişte gördüğüm bazı tedavilerin gereksiz olduğunu ve bir işe yaramadığını düşünüyorum.	0,646	
16. Hekimlerin reçeteme yazdıkları ilaçların çoğunun gereksiz olduğunu düşünüyorum.	0,556	
<b>Tıbbileştirme</b>		
19. Hastane reklamlarının gereksiz sağlık hizmeti kullanımına sebep olduğunu düşünüyorum.	0,728	0,880
21. Hastalık olarak kabul edilemeyecek basit sağlık problemlerinin hastalıklı gibi tedavi edilmeye çalışılmasıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımının arttığını düşünüyorum.	0,879	
22. Doktora gittikçe hastalık çıkıyor” düşüncesine katılıyorum.	0,882	
<b>Sağlık Sistemi</b>		
12. Hekimlere maaşları haricinde daha fazla gelir elde etme imkânı tanıyan yasal düzenlemelerin; hekimleri gereksiz tedaviye yönlendirdiğini düşünüyorum.	0,802	0,878
15. Hekimlerin ilaç yazarken tamamen dürüst davrandığını, başka faktörlerin (ilaç firmalarının hediye vs.) etkisi altında kalmadığını düşünüyorum.	0,654	
17. Hekimlerin, ilaç firmalarının promosyonlarından (tanıtım, hediye vs.) etkilenecek hastalarını gereksiz ilaç kullanmaya teşvik ettiğini düşünüyorum.	0,826	

Çalışmanın bir diğer veri toplama aracı, “Doktora Güven Ölçeği”dir. Ölçek, Şengül ve Bulut (2020) tarafından geliştirilmiş ve ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Ölçek, tek boyutludur. On bir maddeden oluşan ölçekte 4 ifade ters madde niteliğindedir. Bu maddeler analize ters çevrilerek dahil edilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde “Doktora Güven Ölçeği” için yapılan analiz sonuçları verilmektedir. Açıklanan varyans %75 olup, Cronbach Alpha katsayısı 0,92’dir. Ölçek için madde analizleri uygulanmış ve maddelerin tamamının birbirleriyle pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Madde analizi sonucunda madde-toplam korelasyon katsayılarının 2. madde için 0.630 ve diğer maddelerin ise 0.80 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğinin incelenmesi için ayrıca ayırt edicilik güvenilirlik analizi de uygulanmıştır. Yapılan analiz istatistiksel olarak anlamlı olup ( $t=69,367$ ;  $p=0.000$ ), bu durumda ölçeğin bireyleri güvenilir olarak birbirinden ayırt edebildiği saptanmıştır. Bu sonuçlara göre bu araştırmada kullanılan Doktora Güven Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir.

**Tablo 2.** Hekime Güven Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analiz Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliği Testi		0,926
Bartlett’s Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-kare	8475,818
	df	55
	p	0,000
Açıklanan Toplam Varyans (%)		75,058
<b>Faktör/İfadeler</b>	<b>Faktör Yüğü</b>	<b>Cronbach Alpha</b>
1. Doktorların bir insan olarak benimle ilgilendiğinden şüpheliyim.	0,871	0,926
2. Doktorlar genelde ihtiyaçlarımı düşünür ve onlara öncelik verirler.	0,690	
3. Doktorlara çok güvenirim, onların tavsiyesine hep uyarım.	0,929	
4. Eğer doktor bana bir şey söylerse, bu mutlaka doğru olmalıdır.	0,867	
5. Bazen doktorların fikirlerine güvenmem ve başka görüşlere başvururum.	0,897	
6. Sağlığım konusunda doktorların görüşlerine güvenirim.	0,870	
7. Doktorların sağlığım hakkında yapması gereken her şeyi yapmadığını hissediyorum.	0,898	
8. Doktorların tıbbi ihtiyaçlarıma her şeyden daha öncelik vereceği konusunda güveniyorum.	0,876	
9. Doktorlar sağlık problemlerimi çözebilecek (teşhis, tedavi veya sevk edecek) kadar niteliklidir.	0,860	
10. Doktorlara tedavim konusunda bir hata yapıldığında bana söyleyeceği konusunda güvenirim.	0,900	
11. Bazı zamanlar doktorların hakkımdaki bilgileri gizli tutmadığına dair endişelerim oluyor.	0,848	

### 3.5. Analiz Yöntemi

Çalışmada, SPSS 27.0 paket programı kullanılarak anket formları aracılığıyla elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin analizi yapılmadan önce veriler eksik ya da hatalı giriş olup olmaması açısından kontrol edilmiş ve verilerin analizinde ölçeklerdeki ters sorular dikkate alınmıştır.

Verilerin dağılımının normal olup olmadığının belirlenmesi için yapılan Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda verilerin normal dağılmadığı görülmüştür ( $p<0.05$ ). Ancak merkezi limit teoremi gereği örneklem sayısının 384’ün üzerinde (650 kişi) olması ve basıklık-çarpıklık istatistiklerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olması (-1 ile +1) nedeniyle verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir. Bu

nedenle analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Tanımlayıcı bilgilerin analizi için aritmetik ortalama, standart sapma, sıklık ve yüzde hesaplamaları yapılmıştır. İki grup arasındaki farklılıkların test edilmesinde iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıkların test edilmesinde ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve tek yönlü varyans analizinde farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla Tukey testi kullanılmıştır. Çalışmada araştırmanın iki ölçeği arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ayrıca korelasyon analizinin ardından çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için  $\alpha=0,05$  olarak esas alınmıştır.

### **3.6. Sınırlılık ve Varsayımlar**

Araştırma, çalışmaya katılan kişilerin görüşleri ve araştırmacı tarafından düzenlenen ve uygulanan ölçme aracından elde edilen veriler ile sınırlıdır. Diğer bir sınırlılık olarak veri toplama sürecinin yalnızca bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmesi söylenebilir. Bu nedenle çalışma sonuçlarının Yozgat ya da Türkiye'ye genellenmesi mümkün değildir. Ayrıca veri toplama sürecinin olağan dışı bir süreç olan pandemi sürecine denk gelmesi, çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yeterli olduğu ve araştırmaya katılan kişilerin verdikleri cevapların gerçeği yansıttığı kabul edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Etik Durumu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 29.09.2021 tarihli E-55135017-770-30983 sayılı ve 25/04 Karar No'lu Etik Komisyonu onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın gerçekleştirildiği Yozgat Bozok Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinden 30.09.2021 tarihli araştırma izni alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler için, araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri alınmıştır

## **IV. BULGULAR**

### **4.1. Katılımcılara ve Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler**

Tablo 3'te görüldüğü üzere katılımcıların %65'i 46 yaşın üzerinde, %56,6'sı kadın, yaklaşık 3'te 2'si (%75) lise ve üzeri düzeyde eğitim derecesine sahiptir. Araştırma kapsamında yer alan kişilerin büyük kısmının (%92,8) sigortalı olduğu, yaklaşık yarısının (%45) çalıştığı, %44,6'sı asgari ücret ve altında gelire sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %30,3'ü kronik bir hastalığa sahip olduğunu ve yaklaşık %55'i son bir yılda sağlık kurumuna başvuru sayısının 3 ve daha fazla olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı (n=650)

<b>Değişkenler</b>	<b>Frekans</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Yaş</b>		
18-45	223	34,3
46-59	227	34,9
60-95	200	30,8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	368	56,6
Erkek	282	43,4
<b>Eğitim</b>		
Okuryazar	35	5,4
İlkokul	31	4,8
Ortaokul	95	14,6
Lise	298	45,8
Üniversite	151	23,2
Yüksek Lisans/Doktora	40	6,2
<b>Sigorta</b>		
Var	603	92,8
Yok	47	7,2
<b>İş Durumu</b>		
Çalışıyor	298	45,8
İşsiz/Ev hanımı	174	26,8
Emekli	178	27,4
<b>Gelir</b>		
Asgari ücretin altında	209	32,2
Asgari ücret (2800 TL)	81	12,5
2851-5000 TL	193	29,7
5001 TL +	167	25,7
<b>Kronik Hastalık</b>		
Var	197	30,3
Yok	453	69,7
<b>Sağlık Kurumuna Başvuru</b>		
1	165	25,4
2	130	20,0
3-4	154	23,7
5+	201	30,9
<b>Toplam</b>	<b>650</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4’te araştırma ölçeklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler verilmektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algıları düşük iken hekime güven algılarının yüksek olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle katılımcılar hekimlere güvenmekte ve hekimlerin hastaları gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yöneltmediklerini düşünmektedir.

**Tablo 4.** Araştırma Ölçeklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler (n=650)

Boyutlar	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
<b>Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı</b>	2,06	0,80	1,00	5,00
Gereksiz Tetkik	2,16	0,85	1,00	5,00
Haksız Gelir	2,03	0,83	1,00	5,00
Gereksiz Sağlık Hizmeti	2,03	0,81	1,00	5,00
Tıbbileştirme	1,99	0,81	1,00	5,00
Sağlık Sistemi	2,11	0,91	1,00	5,00
<b>Hekime Güven</b>	3,91	0,80	1,00	5,00

#### 4.2. Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi Ölçeği İçin Yapılan Fark Analizlerinin Sonuçları

Tablo 5'te katılımcıların yaşları için yapılan analiz sonuçları verilmektedir. Analiz sonuçlarına göre tüm boyutların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Boyutlara katılım en yüksek  $\leq 45$  yaş grubunda iken en düşük ise 60+ yaş grubundadır. Yaş ilerledikçe arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımına ilişkin ortalama istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaktadır.

**Tablo 5.** Katılımcıların Yaşlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	YAŞ						F	p	Post-Hoc
	$\leq 45$		46-59		60+				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Gereksiz Tetkik	2,41	0,91	2,15	0,80	1,90	0,75	20,000	<0,001	1-2: p=0,002 1-3: p=0,000 2-3: p=0,008
Haksız Gelir	2,27	0,93	1,99	0,78	1,81	0,68	17,391	<0,001	1-2: p=0,001 1-3: p=0,000
Gereksiz Sağlık Hizmeti	2,27	0,90	2,00	0,77	1,81	0,69	17,247	<0,001	1-2: p=0,001 1-3: p=0,000 2-3: p=0,039
Tıbbileştirme	2,21	0,89	1,97	0,79	1,75	0,67	17,814	<0,001	1-2: p=0,003 1-3: p=0,000 2-3: p=0,015
Sağlık Sistemi	2,37	0,98	2,07	0,86	1,87	0,81	17,390	<0,001	1-2: p=0,001 1-3: p=0,000 2-3: p=0,044
Tüm Boyutlar	2,30	0,89	2,03	0,76	1,83	0,68	19,421	<0,001	1-2: p=0,001 1-3: p=0,000 2-3: p=0,022

Tablo 6'da görüldüğü üzere cinsiyet değişkeni için yapılan analiz sonuçlarının tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre erkekler kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde hekim kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının oluştuğuna daha fazla katılmaktadır.

**Tablo 6.** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	CİNSİYET				t	p
	Kadın		Erkek			
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S		
Gereksiz Tetkik	2,10	0,81	2,25	0,89	-2,234	<b>0,026</b>
Haksız Gelir	1,96	0,79	2,13	0,87	-2,581	<b>0,010</b>
Gereksiz Sağlık Hizmeti	1,96	0,77	2,12	0,86	-2,476	<b>0,014</b>
Tibbileştirme	1,92	0,79	2,07	0,83	-2,190	<b>0,029</b>
Sağlık Sistemi	2,03	0,87	2,22	0,96	-2,511	<b>0,012</b>
Tüm Boyutlar	1,99	0,76	2,15	0,85	-2,527	<b>0,013</b>

Katılımcıların eğitim düzeyleri için yapılan analiz sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Tablo incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça boyutların ortalamalarının arttığı görülmektedir. Buna göre eğitim düzeyi arttıkça hekimlerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açtığı algısı artmaktadır (bkz. Tablo 7).

**Tablo 7.** Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	EĞİTİM DÜZEYİ												F	p	Post-Hoc
	Okuryazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Yüksek Lisans/ Doktora				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Gereksiz Tetkik	1,75	0,75	1,79	0,57	1,98	0,75	2,17	0,86	2,37	0,89	2,42	0,87	6,341	<0,001	1-5: p=0,001 1-6: p=0,008 2-5: p=0,007 2-6: p=0,023 3-5: p=0,006
Haksız Gelir	1,67	0,71	1,65	0,52	1,85	0,70	2,04	0,81	2,18	0,90	2,40	0,94	6,337	<0,001	1-5: p=0,010 1-6: p=0,002 2-5: p=0,012 2-6: p=0,002 3-5: p=0,025 3-6: p=0,006
Gereksiz Sağlık Hizmeti	1,69	0,70	1,77	0,57	1,83	0,68	2,05	0,80	2,18	0,89	2,34	0,92	5,422	<0,001	1-5: p=0,013 1-6: p=0,006 2-6: p=0,037 3-5: p=0,011 3-6: p=0,010
Tıbbileştirme	1,57	0,65	1,65 59	0,51	1,82	0,70	1,99	0,81	2,16	0,87	2,33	0,90	6,712	<0,001	1-4: p=0,041 1-5: p=0,001 1-5: p=0,001 2-5: p=0,016 2-6: p=0,011
Sağlık Sistemi	1,73	0,84	1,89	0,73	1,90	0,80	2,12	0,88	2,28	1,00	2,45	1,02	4,784	<0,001	1-5: p=0,016 1-6: p=0,008 3-5: p=0,018
Tüm Boyutlar	1,68	0,70	1,74	0,51	1,87	0,68	2,07	0,79	2,23	0,88	2,38	0,89	6,323	<0,001	1-5: p=0,004 1-6: p=0,002 2-5: p=0,0024 2-6: p=0,010 3-5: p=0,009 3-6: p=0,009

Tablo 8’de katılımcıların sigorta durumları için istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Sağlık sigortası olmayanlarda tüm boyutlarda ve ölçeğin genelinde ortalama daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasındaki farklılık anlamlı değildir.

**Tablo 8.** Katılımcıların Sağlık Sigorta Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	SAĞLIK SİGORTASI				t	p
	Var		Yok			
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S		
Gereksiz Tetkik	2,15	0,84	2,37	1,00	-1,744	0,082
Haksız Gelir	2,01	0,81	2,26	0,98	-1,940	0,053
Gereksiz Sağlık Hizmeti	2,02	0,80	2,23	0,96	-1,730	0,084
Tıbbileştirme	1,98	0,81	2,11	0,91	-1,066	0,287
Sağlık Sistemi	2,09	0,89	2,36	1,10	-1,895	0,059
Tüm Boyutlar	2,05	0,79	2,26	0,95	-1,796	0,073

Tablo 9’da görüldüğü üzere katılımcıların iş durumları için yapılan analizler istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre ölçeğin geneli ve tüm boyutlarında en yüksek ortalama çalışanlarda, en düşük ortalama ise emeklilerdedir. Post-hoc analizlerine göre emeklilerde gereksiz sağlık hizmeti sunumu algısı çalışan ve işsiz/ev hanımlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktür.

**Tablo 9.** Katılımcıların İş Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	İŞ DURUMU						F	p	Post-Hoc
	Çalışıyor		İşsiz/Ev Hanımı		Emekli				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Gereksiz Tetkik	2,30	0,86	2,22	0,88	1,87	0,73	15,944	<0,001	1-3: p=0,000 2-3: p=0,000
Haksız Gelir	2,14	0,86	2,09	0,87	1,79	0,66	11,096	<0,001	1-3: p=0,000 2-3: p=0,001
Gereksiz Sağlık Hizmeti	2,15	0,85	2,08	0,84	1,79	0,67	11,488	<0,001	1-3: p=0,000 2-3: p=0,002
Tıbbileştirme	2,10	0,85	2,03	0,86	1,75	0,66	10,741	<0,001	1-3: p=0,004 2-3: p=0,004
Sağlık Sistemi	2,23	0,94	2,21	0,93	1,82	0,78	12,837	<0,001	1-3: p=0,000 2-3: p=0,000
Tüm Boyutlar	2,18	0,83	2,12	0,83	1,80	0,66	13,258	<0,001	1-3: p=0,000 2-3: p=0,001

Katılımcıların aylık gelirleri için yapılan analiz sonuçlarının tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre aylık geliri 5001 TL ve daha fazla olanlarda hekim kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı daha fazladır (bkz. Tablo 10).



**Tablo 10.** Katılımcıların Aylık Gelirlerine Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	AYLIK GELİR								F	p	Post-Hoc
	Asgari Ücretten Az		Asgari Ücret		2851-5000 TL		5001 TL ve daha fazla				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Gereksiz Tetkik	2,10	0,85	2,31	0,79	2,04	0,81	2,32	0,90	4,659	<b>0,003</b>	3-4: p=0,008
Haksız Gelir	2,01	0,83	2,02	0,77	1,92	0,76	2,19	0,91	3,332	<b>0,019</b>	3-4: p=0,010
Gereksiz Sağlık Hizmeti	2,00	0,81	2,10	0,75	1,91	0,76	2,18	0,89	3,668	<b>0,012</b>	3-4: p=0,009
Tıbbileştirme	1,97	0,81	1,99	0,77	1,86	0,75	2,15	0,89	3,814	<b>0,010</b>	3-4: p=0,005
Sağlık Sistemi	2,12	0,91	2,14	0,80	1,96	0,85	2,27	1,00	3,669	<b>0,012</b>	3-4: p=0,006
Tüm Boyutlar	2,03	0,80	2,11	0,72	1,94	0,74	2,22	0,89	3,893	<b>0,009</b>	3-4: p=0,005

Tablo 11 incelendiğinde kronik hastalığı olmayanlarda arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısının anlamlı şekilde daha fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 11.** Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	KRONİK HASTALIK				t	p
	Var		Yok			
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S		
Gereksiz Tetkik	1,90	0,66	2,28	0,90	-5,247	<b>&lt;0,001</b>
Haksız Gelir	1,78	0,61	2,14	0,89	-5,070	<b>&lt;0,001</b>
Gereksiz Sağlık Hizmeti	1,79	0,60	2,14	0,87	-5,212	<b>&lt;0,001</b>
Tıbbileştirme	1,73	0,61	2,10	0,87	-5,301	<b>&lt;0,001</b>
Sağlık Sistemi	1,83	0,72	2,24	0,96	-5,297	<b>&lt;0,001</b>
Tüm Boyutlar	1,81	0,59	2,17	0,86	-5,426	<b>&lt;0,001</b>

Tablo 12 incelendiğinde katılımcıların sağlık kurumuna başvurma durumuna ilişkin yapılan analiz sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Sağlık kurumuna gitme sayısı arttıkça arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımına ilişkin algı azalmaktadır. Diğer bir ifadeyle son bir yılda sağlık kurumuna daha fazla gidenlerde hekimlerin gereksiz sağlık hizmeti sunduğuna ilişkin algı daha azdır.

**Tablo 12.** Katılımcıların Son Bir Yılda Sağlık Kurumuna Başvuru Sayılarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUTLAR	SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURU								F	p	Post-Hoc
	1 kez		2 Kez		3-4 Kez		5+ Kez				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Gereksiz Tetkik	2,60	1,00	2,19	0,83	2,00	0,70	1,91	0,68	24,468	<0,001	1-2: p=0,000 1-3: p=0,000 1-4: p=0,000 2-4: p=0,010
Haksız Gelir	2,50	0,99	2,05	0,82	1,86	0,64	1,77	0,63	29,784	<0,001	1-2: p=0,000 1-3: p=0,000 1-4: p=0,000 2-4: p=0,007
Gereksiz Sağlık Hizmeti	2,47	0,97	2,06	0,82	1,87	0,64	1,79	0,63	26,800	<0,001	1-2: p=0,000 1-3: p=0,000 1-4: p=0,000 2-4: p=0,011
Tıbbileştirme	2,41	0,95	2,01	0,84	1,84	0,65	1,73	0,63	25,631	<0,001	1-2: p=0,000 1-3: p=0,000 1-4: p=0,000 2-4: p=0,010
Sağlık Sistemi	2,59	1,07	2,14	0,94	1,91	0,74	1,86	0,69	25,116	<0,001	1-2: p=0,000 1-3: p=0,000 1-4: p=0,000 2-4: p=0,018
Tüm Boyutlar	2,51	0,97	2,08	0,81	1,89	0,63	1,81	0,60	29,225	<0,001	1-2: p=0,000 1-3: p=0,000 1-4: p=0,000 2-4: p=0,006

#### 4.3. Hekime Güven Ölçeği İçin Yapılan Fark Analizlerinin Sonuçları

Katılımcıların yaşları için yapılan analiz sonucunda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $F=13,956$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi amacıyla yapılan post-hoc analizine göre farklılığın  $\leq 45$  grubundan

kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre yaşı 46-59 ve 60+ olanlarda hekime güven, yaşı  $\leq 45$  olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (bkz. Tablo 13).

**Tablo 13.** Katılımcıların Yaşlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	YAŞ						F	p	Post-Hoc
	$\leq 45$		46-59		60+				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Hekime Güven	3,70	0,87	3,95	0,74	4,10	0,74	13,956	<0,001	1-2: p=0,003 1-3: p=0,001

Tablo 14’te görüldüğü üzere kadınların hekime güveni erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 14.** Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	CİNSİYET				t	p
	Kadın		Erkek			
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S		
Hekime Güven	4,00	0,78	3,80	0,82	3,054	0,002

Katılımcıların eğitim düzeyleri için yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $F=4,523$ ;  $p < 0,05$ ). Eğitim düzeyi yükseldikçe hekime güven ortalamasının azaldığı görülmekte ve farklılık yüksek lisans/doktora grubunun ortalamasının okuryazar grubunun ortalamasından anlamlı şekilde düşük olmasından kaynaklanmaktadır (bkz. Tablo 15).

**Tablo 15.** Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	EĞİTİM DÜZEYİ												F	p	Post-Hoc
	Okuryazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		Yüksek Lisans/ Doktora				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Hekime Güven	4,27	0,74	4,17	0,65	4,05	0,77	3,91	0,78	3,77	0,86	3,64	0,82	4,52 3	<0,001	1-6: p=0,008

Tablo 16 incelendiğinde katılımcıların sağlık sigortası durumu için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 16.** Katılımcıların Sağlık Sigorta Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	SAĞLIK SİGORTASI				t	p
	Var		Yok			
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S		
Hekime Güven	3,92	0,79	3,81	0,90	0,933	0,351

Tablo 17’de görüldüğü üzere katılımcıların iş durumu için hesaplanan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $F=9,645$ ;  $p < 0,05$ ). Hekime güven, çalışanlarda daha düşüktür.

**Tablo 17.** Katılımcıların İş Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	İŞ DURUMU						F	p	Post-Hoc
	Çalışıyor		İşsiz/Ev Hanımı		Emekli				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Hekime Güven	3,80	0,82	3,88	0,82	4,13	0,72	9,645	<0,001	1-3: p=0,001 2-3: p=0,009

Aylık gelir grupları arasında hekime güven açısından anlamlı şekilde fark olduğu belirlenmiştir. Hekime güven en düşük 5001 TL+ grubunda iken en yüksek ise 2851-5000 TL grubundadır (bkz. Tablo 18).

**Tablo 18.** Katılımcıların Aylık Gelirlerine Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	AYLIK GELİR								F	p	Post-Hoc
	Asgari Ücretten Az		Asgari Ücret		2851-5000 TL		5001 TL ve daha fazla				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Hekime Güven	3,96	0,80	3,85	0,75	4,00	0,78	3,77	0,84	2,922	0,033	3-4: p=0,033

Tablo 19 incelendiğinde kronik hastalığı olanlarda hekime güven istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

**Tablo 19.** Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	KRONİK HASTALIK				t	p
	Var		Yok			
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S		
Hekime Güven	4,15	0,66	3,81	0,84	5,032	<0,001

Tablo 20’de görüldüğü üzere katılımcıların sağlık kurumuna başvurma durumu ile Hekime Güven Ölçeği’nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (F=25,919; p<0,05). Sağlık kurumuna gitme sayısı arttıkça hekime güvenin arttığı görülmektedir.

**Tablo 20.** Katılımcıların Son Bir Yılda Sağlık Kurumuna Başvuru Sayılarına Göre Analiz Sonuçları

BOYUT	SAĞLIK KURUMUNA BAŞVURU								F	p	Post-Hoc
	1 kez		2 Kez		3-4 Kez		5+ Kez				
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S			
Hekime Güven	3,48	0,91	3,91	0,81	4,08	0,67	4,14	0,64	25,919	<0,001	1-2: p=0,002 1-3: p=0,001 1-4: p=0,002 2-4: p=0,042

#### 4.4. Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 21 incelendiğinde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Hekime güven ölçeği ile arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ölçeğinin tüm alt boyutları arasında ise negatif yönlü ve güçlü bir ilişki

bulunmaktadır. Buna göre gereksiz sağlık hizmeti kullanımına ilişkin algı arttıkça hekime güven azalmaktadır.

**Tablo 21.** Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı ile Hekime Güven Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
<b>Arzın Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı</b>	1						
Gereksiz Tetkik	0,945**	1					
Haksız Gelir	0,979**	0,895**	1				
Gereksiz Sağlık Hizmeti	0,980**	0,910**	0,951**	1			
Tıbbileştirme	0,916**	0,829**	0,898**	0,862**	1		
Sağlık Sistemi	0,952**	0,885**	0,911**	0,934**	0,832**	1	
<b>Hekime Güven</b>	-0,919**	-0,886**	-0,887**	-0,904**	-0,805**	-0,906**	1

\*\* p<0,01

#### 4.5. Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 22 incelendiğinde regresyon analizleri için ön şart niteliğindeki Durbin-Watson değerlerinin 4'ün, çoklu bağlantıyı gösteren Tolerance ve VIF değerlerinin 10'un ve condition index değerlerinin ise 30'un altında olması (CI= 5,296 ile 22,593 arasında) koşullarının karşılandığı görülmektedir. Ayrıca regresyon analizi için ön koşullar arasında yer alan değişkenlerin tamamının sürekli değişken olması, değişkenlerin normal dağılması, değişkenler arasındaki doğrusallık, gözlem değerlerinde uç değerlerin olmaması, tahminlere ilişkin hataların normal dağılması ve eş varyanslılık koşulları incelenmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizi için gerekli olan koşulların sağlandığının tespit edilmesinin ardından regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir.

Tablo 22'de yapılan iki regresyon analizi için hesaplanan F değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır. Modeller için hesaplanan açıklayıcılık katsayısı ( $R^2$ ) %80'in üzerindedir. Birinci model incelendiğinde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı boyutlarından tıbbileştirme dışındaki diğer boyutların anlamlı olduğu ve b değerlerinin negatif olduğu görülmektedir. Buna göre boyut puanları arttıkça hekime güven azalmaktadır. Ayrıca en yüksek beta değerine sahip olması nedeniyle modele en fazla katkının sağlık sistemi boyutunda olduğu söylenebilir.

Oluşturulan ikinci model incelendiğinde ise açıklanan varyans %85 olup, buna göre arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti algısı arttıkça hekime güven anlamlı ve güçlü şekilde azalmaktadır.

**Tablo 22.** Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hekime Güvene Etkisine Yönelik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	b	S.H.	$\beta$	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	p	Durbin - Watson	Çoklu Bağlantı	
												Toleranc e	VIF
Hekime Güven	(Sabit)	5,789	0,033		174,847	0,000	0,928	0,862	804,122	0,000	1,038		
	Gereksiz tetkik	-0,256	0,035	-0,272	-7,309	0,000						0,154	6,479
	Haksız Gelir	-0,115	0,054	-0,118	-2,126	0,034						0,069	14,437
	Gereksiz Sağlık Hizmeti	-0,199	0,057	-0,202	-3,482	0,001						0,064	15,687
	Tibbileştirme	0,027	0,033	0,028	0,819	0,413						0,190	5,267
	Sağlık Sistemi	-0,345	0,038	-0,392	-9,179	0,000						0,118	8,504
Hekime Güven	(Sabit)	5,808	0,034		169,981	0,000	0,919	0,845	3535,248	0,000	0,968		
	Arzın Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımı	-0,916	0,015	-0,919	-59,458	0,000						1,000	1,000

Araştırmanın hipotezlerinin Tablo 23'teki gibi sonuçlandığı söylenebilir. Görüldüğü gibi hipotezlerin sağlık sigortası dışındaki tamamının kabul edildiği görülmektedir.

**Tablo 23.** Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Hipotezler	Sonuç
<b>H1:</b> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık sigortası, iş durumu, aylık gelir, kronik hastalık ve son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayısı) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.	Kısmen Kabul
<i>H1a:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H1b:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H1c:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H1d:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların sağlık sigortası durumlarına göre farklılaşmaktadır.	Ret
<i>H1e:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların iş durumlarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H1f:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların aylık gelirlerine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H1g:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H1h:</i> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayılarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<b>H2:</b> Hekime güven algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sağlık sigortası, iş durumu, aylık gelir, kronik hastalık ve son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayısı) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.	Kısmen Kabul
<i>H2a:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların yaşına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H2b:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H2c:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H2d:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların sağlık sigortası durumlarına göre farklılaşmaktadır.	Ret
<i>H2e:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların iş durumlarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H2f:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların aylık gelirlerine göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H2g:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<i>H2h:</i> Hekime güven algısı, katılımcıların son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayılarına göre farklılaşmaktadır.	Kabul
<b>H3:</b> Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı ile hekime güven arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	Kabul

## V. TARTIŞMA

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerinde arzın talep yaratması ve hekime güvenin hastalar tarafından nasıl değerlendirildiği incelenmiştir. Bu kapsamda Yozgat il merkezindeki 650 hastaya ulaşılmıştır. Çalışmanın bulguları ve bulgulara yönelik tartışma ve öneriler şu şekildedir:

**Bulgu 1: Katılımcıların arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algıları düşük iken hekime güven algılarının yüksek olduğu söylenebilir. Diğer bir ifadeyle katılımcılar hekimlere güvenmektedir ve onların hastaları gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yöneltmediklerini düşünmektedir.**

Buna göre çalışmanın katılımcılarının hekimlerine güven duydukları ve hekimlerin maddi kazanç vb. gerekçelerle kendilerine gerekli olmayan hizmetleri sunmadıklarını düşündükleri belirlenmiştir. Durmaz ve Erdem (2017) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların hekimin gereksiz hizmet sunumuna ilişkin katılımın orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kart (2013) hekime olan düşük güvenin hasta üzerindeki yetkinliğinin zedelenmesi, kendilerine önerilen tedavi konusunda güvensizlik yaşamaları anlamına geleceğini ifade etmektedir.

Bu bulgu, istenilen bir duruma işaret etmesi nedeniyle mevcut algının korunması ve sürdürülmesi önerilmektedir. Çalışmanın bulgularından farklı olarak Durmaz ve Erdem (2017) tarafından yapılan çalışmada hasta-hekim ilişkilerinin giderek ticarileşmesiyle birlikte hekimlerin, hastalarla aralarındaki bilgi farkından faydalanarak onların gereksiz sağlık hizmeti kullanımına sebep olduğu ve bu durumun ahlaki tehlike ve arzın talep yaratması olarak ifade edilebileceği söylenmektedir. Hekime güvenin artırılmasının tedaviye uyum ve iş birliği gibi olumlu katkıları olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hekimlerin hastayla iletişimlerine önem vermesi, mesleki bilgi seviyelerinin yüksek olması, hastaya gerekli her hususu açıklamaları ve onların mahremiyetlerine önem vermeleri ile kendilerine olan güvenin artacağı söylenebilir (Gülcemal ve Keklik, 2016).

**Bulgu 2: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, iş durumu, aylık gelir, kronik hastalık ve son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayısı) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.**

Yapılan analizler sonucunda yaşı 60 ve üzerinde olanlarda, kadınlarda, eğitimi düşük düzeyde olanlarda, emeklilerde, aylık geliri düşük olanlarda, kronik hastalığı olanlarda, son bir yılda sağlık kurumuna 3 ve daha fazla kez gidenlerde hekimlerin gereksiz hizmet sunduğu algısı daha düşüktür. Çalışmanın bulgularından yaş, eğitim, gelir ve kronik hastalık değişkenleri için elde edilen sonuçlar, Durmaz ve Erdem (2017) tarafından yapılan çalışmanın bulguları ile örtüşmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde, genel olarak gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı düşük olan grupların sağlık kurumunu daha sık kullananlar olduğu söylenebilir. Bilindiği gibi yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığının artışına bağlı olarak hastane kullanımı artmaktadır. Buna göre 60+ yaş üstü kişiler, emekliler, kronik hastalığı olanlar, son bir yılda sağlık kurumuna 3+ kez gidenlerin algılarının düşük olması bu kapsamda düşünülmektedir. Ayrıca kadınların özellikle gebelik ve doğum sürecinin etkisi ile erkeklere göre sağlık kurumuna daha fazla gittikleri bilinmektedir. Ayrıca genellikle düşük eğitim düzeyi ile düşük gelir arasında pozitif anlamlı ilişki söz konusudur. Hastaların eğitim düzeyi ile hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri ne kadar yüksek olursa yanlış ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımında o denli düşüş yaşanmaktadır. Eğitim seviyesi arttıkça sağlık sistemin gereksiz kullanım oranları düşmekte, doğru zamanda, doğru sağlık merkezi ve doğru hekim başvuruları artmaktadır (Temel ve Aydın, 2018). Ayrıca düşük gelir-düşük eğitim düzeyinde yer alan kişilerin yoksulluk kısır döngüsü nedeniyle daha fazla hastalanmaları ve bu nedenle sağlık kurumunu daha fazla kullanmaları söz konusudur (Çelik, 2016; Şantaş, 2016).

**Bulgu 3: Hekime güven algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, iş durumu, aylık gelir, kronik hastalık ve son bir yılda sağlık kurumuna gitme sayısı) göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.**

Hekime güven; yaşı 60+ olanlarda, kadınlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, emeklilerde, aylık geliri düşük olan kişilerde, kronik hastalığı olanlarda ve son bir yılda sağlık kurumuna 3+ kez gidenlerde daha yüksektir. Gülcemal ve Keklik (2016) tarafından 460 katılımcı ile yapılan çalışmada hekime güvenin genç katılımcılarda 65 ve üzeri yaşta olan katılımcılara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalaması daha yüksek olan bireyler, doktorların sağlık hizmeti sağlamadaki finansal kazançlarıyla genç insanlara göre daha fazla ilgilendiklerini düşünmektedirler. Maddi kazanç açısından, insanların yaş ortalaması arttıkça, tıbbi bakımın gereksiz kullanımı algısının da artacağı söylenebilir. Bu durumun başlıca nedenleri şunlardır: Katılımcıların yaş ortalamasının arttıkça, daha fazla hastalığa sahip oldukları, daha fazla tedavi gördükleri, daha fazla tıbbi prosedürlere maruz kaldıkları ve daha fazla operasyonlar geçirdikleri ve tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda yaş ortalaması yüksek olan bireylerin tıbbi hizmetlere daha fazla dâhil oldukları, sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurdukları ve sağlık endüstrisinde daha fazla yer almaları ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada kadınların hekime güveni erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gülcemal ve Keklik (2016) tarafından yapılan çalışmada hekime güven boyutunun cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında kadınların hekime duydukları güven ifadelerine yönelik puanları erkeklere göre daha yüksek verdikleri görülmektedir. Kiriş (2021) ve Aydın (2021)



yaptıkları çalışmalarda katılımcıların hekime güven düzeyleri ile cinsiyet istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşmıştır. Kadınlarda güven düzeyinin yüksek oluşu, kadınların erkeklere göre sağlık kurumlarını daha fazla kullanmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri için yapılan analiz sonucunda bakıldığında anlamlı fark bulunmaktadır. Fakat eğitim düzeyi yükseldikçe hekime güven ortalamasının azaldığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde, Yılmaz (2005) ve Aydın (2021) çalışmalarında hastaların eğitim düzeyleri ile güven arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını bulmuştur. Eğitim seviyesi yükseldikçe hastalar daha çok öğrenmek istemekte, daha fazla haklarını aramakta ve daha fazla sorgulamaktadır (Cirhinlioğlu, 2001). Bu durum da hekime olan güveni azaltabilmektedir.

Katılımcıların iş durumu için hesaplanan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmakla birlikte hekime güven, çalışanlarda daha düşük çıkmıştır. Gülcemal ve Keklik (2016) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların hekime güven boyutundan aldıkları puanlar mesleklerine göre karşılaştırıldığında esnaf grubu en yüksek, akademisyenler ise en düşük puanı vermişlerdir. Bu çalışmada emeklilerde hekime güvenin yüksek çıkmasında emekli olan kişilerin genellikle ileri yaş grubunda yer almaları nedeniyle sağlık kurumuna gitme sıklıklarının fazla olmasının etki ettiği düşünülmektedir.

Düşük gelir grubunda yer alan kişilerde, kronik hastalığı olanlarda ve son bir yılda sağlık kurumuna gitme sıklığı fazla olanlarda hekime güven istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Kiriş (2021), Karsavuran vd. (2011), Güngör ve Karagöl (2020), Deniz ve Çimen (2021), Kıdak ve Aksaraylı (2008) tarafından yapılan çalışmalarda hekime güvende iletişimin önemi vurgulanmıştır. Özellikle aynı hastane ya da aynı hekime gidilmesi durumunda hastalara kişilerarası güven geliştirmeleri için yeterli zamanı sağlamaktadır. Kronik hastalıklarda hizmetin yüksek devam oranları hasta-hekim arasındaki güven seviyesinin de yüksek olmasını sağlamaktadır. Devamlılığın artırılması çabaları hasta-hekim arasındaki ilişkinin artmasını sağlayabilir.

**Bulgu 4: Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı hekime güveni anlamlı şekilde etkilemektedir.**

Çalışmamızda arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı boyutlarından tıbbileştirme dışındaki diğer boyutların anlamlı olduğu bulunmuştur ve boyut puanları arttıkça hekime güvenin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca modele en fazla katkının sağlık sistemi boyutunda olduğu ve arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti algısı arttıkça hekime güvenin anlamlı ve güçlü şekilde azalmakta olduğu belirlenmiştir. Gülcemal ve Keklik (2016) yılında yaptığı çalışmada hekimlerin tıbbi kararlarının kendilerine kazandıracakları para ile şekillendiğini, hekimlerin fazla para kazanmak için gereksiz test ve tetkikler yaptığını ve doktorların hastanın ihtiyaçlarından önce kendi maddi çıkarılarını düşünmekte olduklarını bu durumda hastaların hekime güvensizliğe yönelttiği düşünülmektedir. Diğer bir çalışmada bir devlet üniversitesi fakültesinde görev yapan öğretim üyelerinin hasta-hekim ilişkisindeki olumsuz durumların nedenleri olarak gereksiz tetkik ve tedaviler ve tıbbi kötü uygulamalar olduğu bulunmuştur (Öztürk ve Doğuç, 2022).

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, sağlık sektöründe hizmet sunucudan kaynaklanan sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı ile hekime güven konularının hasta algısı üzerinden incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik değişkenlerinin hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı ve hekime güven algısı ile ilişkilerinin ortaya konulması hedeflenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- ✓ Katılımcıların arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algıları düşük iken hekime güven algılarının yüksek olduğu söylenebilir.
- ✓ Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerinden etkilenmektedir.

- ✓ Yaş ilerledikçe arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımına ilişkin düşünce azalmaktadır.
- ✓ Erkek bireyler kadınlara göre hekim kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının oluştuğunu düşünmektedir.
- ✓ Eğitim düzeyi arttıkça hekimlerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açtığı düşünülmektedir.
- ✓ Sağlık sigortası olmayan bireylerin hekimlerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımına yol açtığı düşünülmektedir.
- ✓ Emeklilerde gereksiz sağlık hizmeti sunumu algısı daha düşüktür.
- ✓ Aylık geliri yüksek olan bireylerde hekim kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı daha fazladır.
- ✓ Kronik hastalığı olmayanlarda arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı daha fazladır.
- ✓ Sağlık kurumuna gitme sayısı arttıkça arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımına ilişkin algı azalmaktadır. Diğer bir ifadeyle son bir yılda sağlık kurumuna daha fazla gidenlerde hekimlerin gereksiz sağlık hizmeti sunduğuna ilişkin algı daha azdır.
- ✓ Hekime güven algısı, katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerinden etkilenmektedir.
- ✓ Yaşı 46 ve üzeri olan bireyler yaşı  $\leq 45$  olanlara göre hekime güven algısı daha yüksektir.
- ✓ Çalışmamızda kadınların hekime güveni erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- ✓ Eğitim düzeyi yükseldikçe hekime güven ortalamasının azaldığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların sağlık sigortası durumu için hekime güven algısı anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Hekime güven, çalışanlarda daha düşük çıkmıştır.
- ✓ Katılımcıların aylık gelir grupları arasında hekime güven açısından en düşük 5001 TL+ grubunda iken en yüksek ise 2851-5000 TL grubundadır.
- ✓ Kronik hastalığı olanlarda hekime güven anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.
- ✓ Sağlık kurumuna gitme sayısı arttıkça hekime güvenin arttığı görülmektedir.
- ✓ Mevcut çalışmanın sonuçları dikkate alındığında hasta-hekim güven iletişiminin yüksek olmasının hem hastalar hem de sağlık kuruluşu açısından olumlu olduğu düşünülebilir.
- ✓ Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımı algısı ile hekime güven arasında ilişki vardır.

Bu sonuçlar sonrasında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- ✓ Hekimlerin ücret düzeylerinin yüksek refah düzeyinde olmalarını sağlayacak şekilde belirlenmesine özen gösterilerek, daha fazla gelir elde etmek için gereksiz hizmet sunumuna yönelmeleri engellenebilir.
- ✓ Hekimlerin gereksiz olarak görülen hizmeti sunma nedenleri araştırılmalıdır. Türkiye’de hekimler malpraktis davalarına karşı koruma altına alınmış olmakla birlikte hekimler kendilerini garanti altına almak için gerekli olmayan hizmetleri sunabilmektedir.
- ✓ Hekimlere yönelik gerek tıp eğitimleri sırasında gerekse hizmet içi eğitim kapsamında gereksiz hizmet sunumunun zararları periyodik olarak anlatılmalıdır.
- ✓ Sağlık hizmetlerinde, hizmet sunucularına yapılan ödeme modelleri, (özellikle hizmet başına ödeme yöntemi ve performans dayalı ödeme sistemleri) gereksiz hizmet sunumunu artırabilmektedir. Son yıllarda Türkiye’de vaka başına ödeme yöntemi, kullanım değerlendirmesi gibi uygulamalar hayata geçirilmiş olsa da ödeme yöntemlerinin hizmet sunucu üzerindeki etkisi sürekli takip edilmelidir.
- ✓ Sağlık okuryazarlığı ve sağlık hakkında farkındalık artırılarak gereksiz sağlık hizmeti kullanımı azaltılmaya çalışılmalıdır.
- ✓ Gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi için hastalar bilinçlendirilmelidir. Bu konuda kampanyalar düzenlenmeli ve broşürler hazırlanarak dağıtılmalıdır.

- ✓ Hekimler e-nabız uygulamasını daha aktif kullanarak hastanın daha önce aldığı hizmeti ve tetkik sonuçlarını görüntülemeleri sağlanmalı ve gereksiz tetkik yapıları azaltılabilir.
- ✓ Belirli bir zaman dilimi içerisinde aynı tanı ve/veya şikâyetler kapsamında farklı bir sağlık tesisine başvurunun önüne geçilmelidir.
- ✓ Hekimlerin performans ödemeleri kapsamında gerekli düzenlemeler yapılarak gereksiz kazançların ve/veya hak kayıplarının önlenmesi sağlanmalı, hekimler tarafından yaratılabilecek gereksiz sağlık harcamaları önlenmelidir.
- ✓ Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek ulusal programlar kapsamında, gereksiz sağlık harcamalarının ülke ekonomisine etkisi hakkında toplumlar bilinçlendirilmelidir.
- ✓ İlaç endüstrisi temsilcileri ile sağlık hizmeti sunan kurumların ve doktorların ilişkileri çıkar çatışmaları kapsamında düzenlenmeli, gereksiz ilaç reçete edilmesi veya daha yüksek maliyetli ilaçların reçete edilmesinin önüne geçilmelidir.
- ✓ Gelecekte yapılacak çalışmalarda hastalar ile derinlemesine görüşme yapılarak konu ile ilgili daha kapsamlı bilgi elde edilebilir.
- ✓ Bu çalışmada hastaların görüşleri alınmıştır, yapılacak çalışmalarda hekimlerin de görüşlerinin alınması önerilmektedir.
- ✓ Gereksiz hizmet sunumunun varlığı, anket yöntemi yanında kurumların hizmet sunum istatistikleri ve göstergeleri analiz edilerek araştırılmalıdır.

**Etik Kurul İzni:** Araştırmanın yapılabilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 29.09.2021 tarihli E-55135017-770-30983 sayılı ve 25/04 Karar No'lu Etik Komisyonu onayı alınmıştır.

## KAYNAKLAR

- Arrow K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-73.
- Aydın, O. A. (2021). *Hekime ve hastaneye güven ile hastane tercihi arasındaki ilişki üzerine bir araştırma*, [Basılmamış yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Barbalet, J. (2009). A characterization of trust, and its consequences. *Theory and society*, 38(4), 367-382.
- Bilgili, E. & Ecevit, E. (2008). Sağlık hizmetleri piyasasında asimetrik bilgiye bağlı problemler ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 201-228.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). *Sağlık sosyolojisi*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık ekonomisi: kavramsal bir yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2),29-50.
- Çelik Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Deniz, S. & Çimen, M. (2021). Hekimlere güven düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8 (1), 10-16.
- Durmaz, T. & Erdem, R. (2017). Hastanelerde arz kaynaklı gereksiz sağlık hizmeti kullanımının hasta algısı üzerinden değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 29, 579-604.
- Dünya Hekimler Birliği. (2005). *Tıp etiği el kitabı*. (Çev. Civaner, M.) Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

- Folland, J. P., Allen, S. J., Black, M. I., Handsaker, J. C., & Forrester, S. E. (2017). Running technique is an important component of running economy and performance. *Medicine and science in sports and exercise*, 49(7), 1412.
- Fuchs, V. R. (1966). The contribution of health services to the Emerican economy. *The Milbank Memorial Fund Quaterly*, 44(4): 65-103.
- Gülcemal, E., & Keklik, B. (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Güngör, A. & Karagöl, C. (2020). Üçüncü basamak çocuk hastanesine başvuran ebeveynlerin memnuniyet, bağlılık ve güven düzeylerinin değerlendirilmesi. *Orta Doğu Tıp Dergisi*, 12(1), 40-44.
- Hemenway, D. & Fallon, D., (1985), Testing for Physician-induced Demand with Hypothetical Cases, *Medical Care*, 23(4), 344-349.
- Kart, E. (2013), “Sağlıkta Dönüşüm” sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3, 103-139.
- Karsavuran, S., Kaya, S. & Akturan, S., (2011). Hasta-hekim iletişimde güven: bir genel cerrahi polikliniği örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2), 185-212.
- Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2018). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kıdak, L. & Aksaraylı, M. (2008). Sağlık hizmetlerinde motivasyon faktörleri. *Celal Bayar Üniversitesi Dergisi*, 7(1),75-94.
- Kiriş, P. (2021). *Hasta-hekim güven iletişiminin ve öz-yeterliliğin tedaviye uyuma etkisi*. [Basılmamış yüksek lisans tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Kirmanoglu H. (2007). *Kamu ekonomisi*. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Kutlu, M. Çolakoğlu & N. Özgüvenç, Z.P. (2010). Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 1(2). 127-143.
- Mutlu, A. & Işık A. K. (2013). *Sağlık ekonomisine giriş*. Ekin Kitabevi, Bursa.
- Okay, A. (2009). *Sağlık İletişimi, temel kavramlar ve prensipler*. Mediacat Kitapları, İstanbul.
- Özcan S., Baş K. & Taş Y. (2013). Sağlık sektöründe bilgi asimetrisinin hasta memnuniyetine etkisi: Yalova ağız diş sağlığı merkezinde bir uygulama. *International Conferance on Eurasian Economies*, 822-831.
- Öztürk, Z. & Doğuç, E. (2022). Vekâlet teorisi kapsamında hasta hekim ilişkisinin araştırılması. *Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(1), 38-75.
- Şantaş, F. (2016). *Yoksulluk olgusu ve Türkiye’de yoksulluğun ve çeşitli faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisi*. [Basılmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Şengül, H. & Bulut, A. (2020). Tıbbi güvensizlik ölçeği ve doktora güven ölçeğinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(62), 1956-1964.

- Temel, K. & Aydın, M. (2018). Sağlık hizmetlerinde, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan bilgi asimetrisinin ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar: Çanakkale örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2018). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Tokalaş, S. (2006). *Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması*. [Basılmamış yüksek lisans tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Ünal, E. (2013). *Sağlık ekonomisi ve yönetimi*. Ekin Yayınevi, Bursa.
- Yılmaz, A. A. (2005). “Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi” *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı tüp bebek ünitesinde bir uygulama*. [Basılmamış yüksek lisans tezi]. Akdeniz Üniversitesi.

