



Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Coğrafi Bölgelere Göre Finansal Performanslarının Değerlendirilmesi*

*Assessment of Financial Performance of Public Oral and Dental Health
Centers by Geographical Regions*

Semih ISLİCİK[†]

Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
Ankara, Türkiye
orcid.org/0000-0001-9605-6268
ssemihislicik@gmail.com

Cemre Eda YAR

Gazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü
Ankara, Türkiye
orcid.org/0000-0002-9662-1180
ceyar@gazi.edu.tr

Özet

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de kamu sektöründe faaliyet gösteren Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri’nin (ADSM) coğrafi bölgelere göre finansal performanslarının değerlendirilmesi, ayrıca finansal performans düzeylerine etki eden etkenlerin belirlenmesidir. Çalışma amacı doğrultusunda, yedi coğrafi bölgede hizmet veren ve 2014-2015 hesap dönemine ait bilanço ve gelir tablolarına tam olarak ulaşılan toplam 124 ADSM kapsamında bir araştırma yürütülmüştür. Kamu ADSM’lerin finansal tabloları, 14 finansal oran yardımı ile oran analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Oran analizi sonucunda elde edilen verilerin analizi için SPSS paket programı kullanılarak, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney-U testleri uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, genel olarak ADSM’lerin kısa vadeli borçlarını ödeyebilecek düzeyde işletme sermayesine sahip oldukları, ancak özkaynaklarının yetersiz ve net kar marjlarının negatif düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Coğrafi bölgeler arasında 2014 yılında Akdeniz ve Karadeniz, Marmara ve Ege ile Akdeniz ve Güneydoğu, 2015 yılında ise Akdeniz ve Karadeniz, Marmara ve Karadeniz ile Güneydoğu Anadolu ve Ege bölgeleri arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kamu, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Finansal Performans, Finansal Performans Değerlendirmesi, Oran Analizi

Abstract

The aim of this study was to assess the financial performance of Oral and Dental Health Centers (ODHC) operating in the public sector in Turkey by geographic

* Bu çalışma, 15-16 Mart 2018 tarihlerinde Ankara’da gerçekleştirilen “Gazi Akademi Genç Sosyal Bilimciler Sempozyumu”nda sunulan bildirinin gözden geçirilmiş ve genişletilmiş halidir.

[†] Sorumlu Yazar (Corresponding Author)

regions, also to determine the factors affecting financial performance levels. In direction of the aim of the study, the research was conducted in the scope of a total of 124 ODHCs which provides service in seven geographical regions and of which balance sheet and income statements for the statement period 2014-2015 were completely reached. The financial statements of public ODHCs were analyzed using the ratio analysis method with the help of 14 financial ratios. For the analysis of the data obtained with the ratio analysis, Kruskal-Wallis and Mann Whitney-U tests were used in the SPSS package software. As a result of the study, it was determined that ODHCs generally had a sufficient operational capital to pay their short-term debts, however, their equity were insufficient and net profit margins were at negative level. There were significant differences found among geographical regions: in 2014 between the Mediterranean and Black Sea regions, between the Marmara and Aegean regions and between the Mediterranean and Southeastern regions, and in 2015 between the Mediterranean and Black Sea regions, between the Marmara and Black Sea regions and between the Southeastern Anatolia and Aegean regions.

Keywords: *Public, Oral and Dental Health Center, Financial Performance, Assessment of Financial Performance, Ratio Analysis*

1. Giriş

Türkiye’de 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi, finansmanı ve organizasyonunda değişiklikler yapılarak, sağlık hizmetlerinin yaygın, hakkaniyetli ve verimli bir biçimde yerine getirilmesi için Sağlık Bakanlığının idari ve işlevsel yapısı değiştirilmiş ve ülke genelinde hem kamu hem de özel sağlık kurumlarının sayısı artırılmıştır. Bununla birlikte, kamu sağlık kurumları arasında yer alan hastaneler ile ADSM’ler, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesinde toplanarak, idari ve mali açıdan özerk bir hale getirilmiş ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sunan kamu sağlık kurumlarının idari ve mali nitelikleri ile sayıları değişmiştir. Sağlık sisteminde gerçekleştirilen değişimler ile birlikte, kişilerin ve toplumun ağız ve diş sağlığının korunması, tedavi edilmesi ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri sunan ADSM’ler, hastaneler, poliklinikler, eczaneler gibi önemli sağlık kurumları arasında yer almaya başlamıştır.

SDP öncesinde az sayıda sağlık kurumu ve genellikle serbest diş hekimleri tarafından sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetleri, SDP’nin uygulamaya geçmesi ile birlikte ülke genelinde yaygınlaştırılarak, ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığına bağlı ADSM’lerde sunulmaya başlamıştır (Aras ve Durukan Köse, 2012, s. 70). Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporuna (2013) göre, 2002 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı toplam ADSM sayısı 14’dür. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastane Birlikleri: Hizmet ve Yatırım Bilgileri Raporuna (2017) göre 2017 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı toplam ADSM sayısı ise 131’dir. Türkiye’de 2002-2017 yıllarını kapsayan son 15 yıllık dönemde, özellikle SDP uygulamasının başlaması ile birlikte ADSM’lerin sayıları artırılarak, kişilere ve topluma yönelik sunulan kamu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ülke genelinde yaygın hale getirilmiş ve erişimi kolaylaştırılmıştır.

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kişiler ve toplum için kolay erişilebilir olmasının sağlanması ile birlikte, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan

kaynaklarda artış yaşanmıştır. Sağlık harcamaları içinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynağın oranı 2002 yılında % 4,8 iken, söz konusu oran 2013 yılında % 5,3'e yükselmiştir (Öztaş ve diğerleri, 2016, s. 172). Ayrıca, 2002 yılında Sağlık Bakanlığının toplam ağız ve diş sağlığı harcamaları içindeki payı % 21,2 iken, 2013 yılında % 46,5'e yükselmiş, yani Sağlık Bakanlığına bağlı tesislerden kaynaklanan ağız ve diş sağlığı harcamaları nominal olarak 10 kat, reel olarak ise yaklaşık 3 kat artmıştır. Bununla birlikte, toplam sağlık harcamaları içinde kamu ağız ve diş sağlığı harcamalarının payı 2002 yılında %1,1 düzeyinden 2013 yılında % 2,7 düzeyine yükselmiştir (Atasever ve Demiralp, 2015, ss. 232-236). Kısaca, 2002-2013 dönemini kapsayan 12 yıllık süreçte hem kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan harcamalar hem de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki payı artmıştır. Akar (2014) tarafından gerçekleştirilen "Türkiye'de Ağız Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi" isimli proje çalışmasında, 2015-2050 yılları arasındaki tüm yılları kapsayacak biçimde kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik maliyet hesaplamalarını içeren ekonomik bir değerlendirme yapılmıştır. Değerlendirme raporunda, GSYH'den %5,4 oranı ile OECD ülkeleri arasında sağlığa ayrılan en az payın Türkiye'de olduğu ve toplam sağlık harcamalarından, ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan tutarın (4,2 Milyar TL) %98'den fazlasının tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerine aktarıldığı ifade edilmiştir. Ayrıca, Türkiye'de koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunulması durumunda gerçekleşecek tedavi edici ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin toplam maliyetinin 2015 yılında yaklaşık 4,7 milyar TL ile başlayıp, 2050 yılında yaklaşık 5,3 milyar TL'ye ulaşacağı ifade edilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kamu ağırlığının hızlı bir biçimde artması ve erişimin kolaylaşması ile birlikte, kişilerin ve toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik beklentileri artmış, ayrıca toplumda ağız ve diş hastalıkları yaygın olarak görülmeye başlamıştır. Söz konusu bu gelişmelere paralel olarak sağlık harcamaları içinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine, özellikle de kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynaklarda artış yaşanmıştır. Bu durum, kaynak kullanımı ile hizmet üretimi ve sunumunda etkinliği ve verimliliği sağlayarak, sağlık hizmeti ihtiyaç ve beklentilerini kaliteli bir biçimde karşılamaları noktasında, sınırlı kaynaklarla faaliyetlerini sürdüren kamu ADSM'leri finansal baskı altına almaktadır. Günümüz koşullarında, rekabet ve finansal baskılar olmak üzere geri ödeme kuruluşlarının maliyet sınırlayıcı politikaları, teknoloji ve insangücü maliyetlerindeki artışlar ile ilaç ve tıbbi malzeme fiyatlarındaki artışlar, sağlık kurumlarının finansal yapılarını güçlü kılmaya zorlamaktadır (Yiğit ve Yiğit, 2016, s. 255). Bu nedenle, sağlık hizmeti arzında önemli fonksiyonu olan ADSM'lerde, finansal uygulamaların, faaliyetlerin ve işlemlerin düzenli olarak izlenmesi, yani finansal performansın ölçülerek finansal durumun değerlendirilmesi gerekmektedir. Finansal performans değerlendirmesi sonucunda elde edilecek bilgiler gelecekte alınacak kararlara (kaynak tahsisi, finansman, yatırım gibi) yön verecek, aynı zamanda yönetici performanslarının değerlendirilmesi sağlayarak, uygulanacak plan ve politikalara ışık tutacaktır. Bu çalışmada, kamu sektöründe faaliyet gösteren ADSM'lerin finansal performanslarının coğrafi bölgelere göre değerlendirilmesi ve finansal performans düzeylerine etki eden etkenlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde, öncelikle sağlık kurumlarında finansal performansın değerlendirilmesine yönelik yurt içinde ve yurt dışında yapılmış çalışmalar incelenmiştir. Daha sonra, çalışma amacı doğrultusunda yürütülen araştırmanın metodolojisi hakkında bilgi verilmiş ve araştırma sonucunda elde edilen

bulgular sunulmuştur. Son olarak araştırma sonuçları değerlendirilmiş ve önerilerde bulunulmuştur.

2. Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Değerlendirmesine Yönelik Literatür İncelemesi

Sağlık kurumlarına yönelik gerçekleştirilen finansal performans değerlendirilmesi; finansal durum, yönetici performansı, yatırım, finansman ve kaynak tahsisi kararları üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda olumlu veya olumsuz bir yargıya varılmasını, aynı zamanda planlama faaliyetlerinin etkin bir biçimde yerine getirilmesini sağlamaktadır (Özgülbaş, 2008, s. 122). Sağlık kurumlarının finansal performanslarının analiz edilerek, değerlendirilmesi sürecinde kullanımı kolay ve yaygın olan yöntemler arasında oran analizi yer almaktadır. Finansal analiz aracı olarak ilk defa 1970’li yılların sonuna doğru Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) hastanelerin finansal durumlarının değerlendirilmesi için kullanılan finansal oran analizi yöntemi, 1985 yılında Cleverley ve Rohleder tarafından gerçekleştirilen çalışma ile birlikte, sağlık kurumlarına, özellikle hastanelere ilişkin finansal performansın değerlendirilmesinde daha sık kullanılmaya başlamıştır (Curtis ve Roupas, 2009, s. 204).

Sağlık kurumlarında finansal performans değerlendirilmesi, finansal performans ölçümü ve finansal performans analizi konuları üzerindeki yerli ve yabancı çalışmalar incelendiğinde, oran analizi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarla karşılaşılmış, fakat söz konusu çalışmaların ağırlıklı olarak hastaneler kapsamında gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Bu kapsamda, Zeller ve diğerleri (1996) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ABD’de kar amacı gütmeyen hastanelerin 1989-1992 dönemine ait finansal tablolarının analiz edilmesinde oran analizi yöntemi kullanılmış ve çalışma sonucunda hastanelerin finansal performanslarının iyileştirilmesi için karlılık, sermaye yapısı, duran varlık ve işletme sermayesi verimliliği gibi unsurlara yönelik öneriler sunulmuştur. Aynı şekilde, Watkins (2000) tarafından kar amacı gütmeyen hastanelere yönelik gerçekleştirilen bir başka çalışmada oran analizi yöntemini kullanılmıştır. ABD’de faaliyet gösteren Hastanelerin 1990-1994 yılları arasındaki dönemlerine ilişkin finansal tablo ve finansal olmayan verilerine ulaşılarak gerçekleştirilen çalışmada, geleneksel finansal oranlar ile finansal olmayan değişkenler arasındaki ilişki incelenmiş, hastanelerin finansal performanslarının ölçüldüğü çalışma sonucunda, borç ödeme gücünün değerlendirilmesinde finansal olmayan bilgilerin oldukça etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde, Bhat ve Jain (2006) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 1999–2004 döneminde Hindistan’da faaliyet gösteren özel hastanelerin finansal performanslarının ölçülmesi amacı ile ilgili dönemlere ait finansal tablolar, finansal oranlar kullanılarak oran analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda düşük karlılık ve faaliyet etkinliğine bağlı olarak, özel hastane sektöründe finansal riskin oldukça yüksek olduğu ifade edilmiştir. Finansal oran analizi yöntemi kullanılarak Morey ve diğerleri (2011) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, Newyork’da faaliyette bulunan beş hastanenin 1998-2001 dönemi dikkate alınarak finansal sürdürülebilirlikleri ve performansları değerlendirilmiş, çalışma sonucunda ise hastanelerin finansal sürdürülebilirliğinin bulunmadığı, aynı zamanda finansal performanslarının kötü olduğu belirlenmiştir. Lee (2015) tarafından finansal oran analiz yöntemi kullanılarak, Kore’de faaliyet gösteren ulusal üniversite hastanelerinin 2008-2011 hesap dönemine ait finansal tabloları analiz edilmiş ve finansal performansları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, hastanelerin varlıklarının azaldığı ve sürekli açık verdikleri tespit edilerek, finansal

performanslarının kötü olduğu ifade edilmiştir. Siedlecki ve diğerleri (2016) tarafından, Polonya, Çek Cumhuriyeti ve Slovakya’da faaliyet gösteren hastaneler üzerinde gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise, 2012 yılı baz alınarak kırsal ve kentsel alanlarda faaliyet gösteren hastanelerin finansal durumlarındaki farklılıkların değerlendirilmesi için oran analizi yöntemi kullanılmış ve çalışma sonucunda daha küçük olmalarına rağmen, kırsal hastanelerin daha düşük borç oranları ile daha iyi finansal duruma sahip oldukları tespit edilmiştir.

Türkiye’de sağlık kurumlarında finansal performans değerlendirmesi konusu ile ilgili Kısa ve diğerleri (2000) tarafından bir özel hastane üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, hastanenin 1997–1998 hesap dönemine ait finansal tabloları oran analizi yöntemi ile analiz edilmiş ve çalışma sonucunda hastanenin likidite, alacak ve borç yapısına ilişkin durumunun kötü olduğu belirlenerek, finansal yapıdaki kötüleşme sebebi ile 1999 yılında faaliyetlerine son verildiği ifade edilmiştir. Özgülbaş ve diğerleri (2008) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, 1994-2005 yıllarında faaliyet gösteren özel hastanelerin finansal performansları, finansal oranlar yardımı ile değerlendirilmiş ve çalışma sonucunda hastanelerin yarısından fazlasının finansal performans düzeylerinin iyi olduğu ve finansal performansın daha yüksek düzeye çıkarılması için likidite gücünün korunması, alacak yönetiminde etkinliğin sağlanması ve finansman stratejilerinin gözden geçirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Aynı şekilde Gider (2011) tarafından özel bir hastanenin 1998-2003 dönemindeki finansal performansı finansal oranlar kullanılarak değerlendirilmiş ve çalışma sonucunda hastanenin finansal krizlerden (2000 ve 2001 krizi) etkilendiği, karlılık düzeyinde düşüş olduğu ve finansal performansın değer yaratıcı unsurlardan etkilendiği tespit edilmiştir. Kamu hastanelerinde finansal performansın değerlendirilmesi amacı ile Ercan ve diğerleri (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, oran analizi yöntemi kullanılarak hastanelerin 2008-2012 dönemindeki finansal performansları ölçülmüştür. Çalışma sonucunda, faaliyet oranlarında iyileşme, faaliyet giderlerinde artış, karlılık oranlarında azalma olduğu ve kaynakların verimsiz kullanıldığı tespit edilmiştir. Diğer çalışmalardan farklı olarak, Yiğit ve Yiğit (2016) tarafından üniversite hastanelerinde finansal sürdürülebilirliğe etki eden faktörleri belirlemek için nicel ve nitel bir araştırma gerçekleştirmiş ve nicel araştırma kapsamında hastanelerin 2013-2014 hesap dönemine ait finansal tabloları oran analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda, üniversite hastanelerinde gelirlerin giderlerden fazla olduğu, finansal oranların standartlara uygun olmadığı ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanamadığı belirlenmiştir. Kamu hastanelerinin finansal performanslarının finansal oran analizi yöntemi ile analiz edilerek, değerlendirildiği kapsamlı bir çalışma Songur ve diğerleri (2016) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamına Türkiye’deki kamu hastanelerinin tamamı alınarak, 2008-2015 yıllarına ait finansal tabloları oran analizi yöntemi ile analiz edilmiş ve analiz sonucunda likidite oranlarında, özellikle dönen varlık düzeyinde azalma olduğu, aynı şekilde özkaynakların azaldığı ve kısa vadeli borçların arttığı fakat dönem net zararlarında iyileşme olduğu tespit edilmiştir.

3. Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Finansal Performanslarının Değerlendirilmesine Yönelik Ampirik Bir Araştırma

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Türkiye’de faaliyet gösteren kamu ADSM’lerde yapılacak finansal performans değerlendirmesi, kar amacı gütmeyen aynı zamanda kıt kaynaklardan yararlanan

ADSM'lerin finansal durumunu ortaya çıkarmak açısından son derece önemlidir. Kaynakların ne derecede etkin ve verimli kullanıldığının ve mevcut aksaklıkların tespit edilebilmesi, bununla birlikte maliyetlerin düşürülmesi, gelirlerinin maksimize edilmesi ve finansal yönetimde etkinliğin sağlanabilmesi için düzenli olarak finansal performans ölçümlerinin yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda, araştırmanın amacı Türkiye'de faaliyet gösteren ADSM'lerin 2014-2015 yıllarına ilişkin finansal performanslarının coğrafi bölgelere göre belirlenmesi ve görece olarak karşılaştırılmasının yapılmasıdır.

Sağlık kurumlarında finansal performans ölçümü ve değerlendirilmesine yönelik uzun yıllardan beri farklı ülkelerde çeşitli çalışmalar gerçekleştirilmektedir. Ancak, yapılan yerli ve yabancı literatür incelemesi sonucunda, özellikle Türkiye'de gerçekleştirilen finansal performans değerlendirmesi çalışmalarının kamu veya özel sektör mülkiyetinde faaliyet gösteren hastaneler ile sınırlı tutulduğu, ADSM'lere yönelik gerçekleştirilen çalışmaların ise yok denecek kadar az olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle, hem sayılarının hem de kaynak kullanımları ve sağlık harcamaları içindeki paylarının artışı göz önünde bulundurulduğunda, kamu ADSM'lere yönelik gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda elde edilen bilgilerin, bu çalışmayı özgün bir hale getireceği düşünülmektedir. Ayrıca, finansal durumlarına yönelik ilgili kişi, kurum ve kuruluşların yararlanabileceği bilgileri sunması açısından, kamu ADSM'lerde finansal performans ölçümü ve değerlendirilmesi konusunda literatürde yer alan boşluğun giderilmesi bu çalışmayı önemli hale getirmektedir.

3.2. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma kapsamını, Türkiye'de 2014 ve 2015 yıllarında Sağlık Bakanlığına bağlı olarak, Akdeniz, Ege, Marmara, Karadeniz, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde faaliyet gösteren ADSM'ler oluşturmaktadır. Tablo 1'de, 2014 ve 2015 yıllarında Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren ve finansal tablo verilerine tam olarak ulaşılan toplam ADSM sayıları gösterilmektedir.

Tablo 1. 2014 ve 2015 Yıllarına Ait ADSM Sayıları

Yıl	Evren	Ulaşılan ADSM sayısı / Yüzde (%)
2014	137	124 / % 90,5
2015	134	124 / % 92,5

Tablo 1'e göre, araştırma evrenini 2014 yılında toplam 137 ve 2015 yılında toplam 134 ADSM oluşturmaktadır. Ayrıca, 2014 yılı için evrenin %90,5'ine, 2015 yılı için ise evrenin %92,5'ine ulaşıldığı için araştırmada örneklem seçilmemiştir. Bu doğrultuda araştırma, yedi bölgede ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan ve 2014-2015 hesap dönemine ait bilanço ve gelir tablolarına tam olarak ulaşılan toplam 124 ADSM ile yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Özel sektör mülkiyetinde ve üniversite bünyesinde faaliyet gösteren ADSM'ler ile yapılan görüşmeler sonucunda, finansal tablo verilerine erişilmesi yönünde gerekli izinlerin alınamaması sebebi ile bu araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı ADSM'ler ile sınırlı tutulmuştur. Ayrıca, isimlerinin açıklanması konusunda yetkililerden izin alınamaması sebebi ile araştırma kapsamında yer alan ADSM'lerin isimleri kullanılmamıştır. Araştırmada evrenin büyük çoğunluğuna ulaşıldığı için araştırma sonuçlarının genellenebileceği varsayılmıştır. Ayrıca, ADSM'lerin finansal performanslarının değerlendirilmesi için belirlenen finansal oranların yeterli, erişilen

finansal tablolar ile finansal tablo verilerinin ise doğru ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.

3.4. Araştırma Verileri ve Değişkenleri

Kamu ADSM'lere ilişkin finansal performansın değerlendirilmesi için öncelikle Sağlık Bakanlığı Tek Düzen Muhasebe Sistemi Modülü üzerinden erişimi sağlanan 2014 ve 2015 yıllarına ait bilanço ve gelir tablosu verilerinden yararlanılmıştır. Daha sonra, bilanço ve gelir tablosu verileri kullanılarak, araştırma değişkenleri olarak belirlenen çeşitli finansal oranlar hesaplanmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan finansal oranlar, ADSM'lerin finansal performans durumunu net bir şekilde açıklayan, aynı zamanda literatürde kullanımı yaygın olan ve önemli oldukları kabul edilen oranlardan oluşmaktadır. Kullanım amacına göre likidite, faaliyet, finansal yapı ve karlılık olmak üzere dört kategorinin altında belirlenmiş olan 14 finansal oranın ait olduğu kategori ve formülü Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Araştırma Kapsamında Kullanılan Finansal Oranlar

Kategori	Finansal Oranlar
Likidite Oranları	Cari Oran Dönen Varlıklar / Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar (KVYK)
	Asit-test Oranı (Dönen Varlık – (Stoklar + Gelecek Aylara Ait Giderler + Diğer Dönen Varlıklar)) / KVYK
	Nakit Oran Hazır Değerler / KVYK
Faaliyet Oranları	Alacak Ortalama Tahsil Süresi Ticari Alacaklar / (Net Satışlar / 365)
	Stok Devir Hızı Satılan Mal veya Hizmetlerin Maliyeti / Ortalama Stok
	Aktif Devir Hızı Net Satışlar / Aktif Toplamı
	Özkaynak Devir Hızı Net Satışlar / Özkaynak
Finansal Yapı Oranları	KVYK / Pasif Toplamı
	Özkaynaklar / Toplam Yabancı Kaynaklar
	Duran Varlık / Özkaynak
	Dönen Varlıklar / Aktif Toplamı
Kârlılık Oranları	Aktif Kârlılığı Net Kâr / Aktif Toplam
	Özkaynak Kârlılığı Net Kârın / Özkaynaklar
	Net Kâr Marjı Net Kâr / Net Satışlar

Kısa vadeli borç ödeme gücünü gösteren likidite oranları, işletme sermayesi unsurlarının yeterli olup olmadığını tespit etmek için kullanılmaktadır (Gider, 2011, s. 89). Sağlık kurumlarında likidite durumunun kötüleşmesi, borç ödeme gücünün bozulmasına ve satın alma yükümlülüklerinin zamanında yerine getirilememesine sebep olmaktadır (Lee, 2015, s. 312). Faaliyet oranları varlıkların etkinliğini ölçerek, etkin

kullanılıp kullanılmadıklarının değerlendirilmesini sağlamaktadır (Ercan ve Diğ., 2016, s. 60). Sağlık kurumlarında faaliyet oranlarının etkinliği, rekabet gücünün ve yeteneğinin yükselmesine, aynı zamanda finansal performansın artırılmasına imkân vermektedir (Bhat ve Jain, 2006, s. 9). Finansal yapı oranları, sağlık kurumlarında borç ve özkaynak unsurlarını dikkate alarak kaynak yapısına ilişkin durumun değerlendirilmesinde, ayrıca finansman kararlarında kullanılmaktadır. Karlılık oranları ise, yürütülen politikaların ve alınan kararların net sonucunu, aynı zamanda sağlık kurumunun finansal performans düzeyini ve verimli olarak yönetilip yönetilememesinin bir sonucu olarak tatmin edici karlılığa ulaşma düzeyini göstermektedir (Gider, 2011, s. 91).

Likidite, faaliyet, finansal yapı ve karlılık kategorisinde yer alan oranlar, hastanelerin yıllar içinde ve birbirleri arasındaki finansal performanslarının karşılaştırılması için uygun ölçütler olarak, uzun yıllardan beri birçok çalışmada kullanılmaktadır (Curtis ve Roupas, 2009, s. 205). Ayrıca, yatırımcılar, alacaklılar gibi dış paydaşlar ile yatırım, finansman, varlık yönetimine yönelik kararları veren yöneticiler gibi iç paydaşlar tarafından kullanılan gerekli ön şartları sağlayan ölçütler olarak kabul edilmektedir (Lee, 2015, s. 311).

3.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Kamu ADSM'lerin finansal performansının ölçülmesinde, geçmişe dönük iki yıllık finansal tabloları oran analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Oran analizi sonucunda elde edilen verilere hangi testlerin uygulanacağını belirlemek için değişken dağılımlarının normalliği Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Kolmogorov Smirnov testi sonucuna göre tüm değişkenler $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık gösterdiği için değişken dağılımlarının normal olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle, 2014-2015 yılları için Türkiye'deki kamuya bağlı ADSM'lerin coğrafi bölgeler arasında finansal performansı etkileyen değişkenler açısından anlamlı bir farklılık olup olmadığının tespiti Kruskal-Wallis testi ile belirlenmiştir. Kruskal-Wallis testi ile belirlenen farklılığın hangi coğrafi bölgelerden kaynaklandığını tespit etmek için ise ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Tip 1 hata oranını en aza indirmek ve coğrafi bölgeler arasındaki anlamlı farklılıkları belirlemek için Mann Whitney-U anlamlılık düzeyi aşağıdaki formülle hesaplanmıştır (Corder ve Foreman, 2014, s. 123).

α = Anlamlılık düzeyi (0,005)

k = Grup sayısı (coğrafi bölge sayısı)

α_B = Yeni (Düzenlenmiş) anlamlılık düzeyi

Formül; $\alpha_B = \frac{\alpha}{k}$

Yukarıdaki formüle göre Mann Whitney-U anlamlılık düzeyi, yedi coğrafi bölge dikkate alınarak, $0,007$ ($\alpha_B = \frac{\alpha}{k} = \frac{0,05}{7} = 0,007$) olarak hesaplanmıştır.

Araştırma sürecinde finansal oranların hesaplanması için Microsoft Office Excel 2013 paket programı kullanılmış ve ilgili oranlardan oluşan veri seti analize hazır hale getirilerek, analiz edilmiştir. Finansal oran analizi sonucunda elde edilen verilere Kolmogorov Smirnov, Kruskal-Wallis ve Mann Whitney-U testlerinin uygulanması ise SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programının 22. versiyonu kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

3.6. Araştırma Bulguları

Kamu ADSM'lerin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3. ADSM'lerin Coğrafi Bölgelere Göre Dağılımı

Coğrafi Bölgeler	Frekans	%
Akdeniz	15	12,1
Ege	16	12,9
Marmara	27	21,8
Karadeniz	20	16,1
İç Anadolu	21	16,9
Doğu Anadolu	13	10,5
Güneydoğu Anadolu	12	9,7
Toplam	124	100

Tablo 3'de gösterildiği üzere, araştırma kapsamında toplam 124 ağız ve diş sağlığı merkezi bulunmaktadır. Söz konusu toplam içerisinde ADSM sayısı en fazla Marmara bölgesinde, en az Güneydoğu Anadolu bölgesindedir.

Tablo 4. ADSM'lerin 2014-2015 Yılları Cari Oran ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Likidite Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	Ortalama	p
2014 Cari Oran	Akdeniz	15	89,80	3,53	,002*
	Ege	16	78,06	2,95	
	Marmara	27	63,30	2,48	
	Karadeniz	20	40,93	1,56	
	İç Anadolu	21	62,40	2,29	
	Doğu Anadolu	13	56,00	2,06	
	Güneydoğu Anadolu	12	49,00	1,79	
Toplam		124		2,38	
2015 Cari Oran	Akdeniz	15	84,27	2,34	,063
	Ege	16	63,78	1,52	
	Marmara	27	65,52	1,56	
	Karadeniz	20	43,40	,91	
	İç Anadolu	21	57,86	1,67	
	Doğu Anadolu	13	67,35	1,64	
	Güneydoğu Anadolu	12	61,50	1,42	
Toplam		124		1,56	

* $p < 0,05$

Tablo 4'de yer alan 2014 ve 2015 yıllarına ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında cari oran sıralamalar ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p=0,002 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Karadeniz ve Akdeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p= 0,000 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Cari oran düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Akdeniz (89,80), en düşük ortalama sırasının ise Karadeniz (40,93) bölgesinde olduğu belirlenmiştir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında cari oran sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p= 0,06 > 0,05$).

Tablo 5. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Asit Test Oranı ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Likidite Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Asit-Test Oranı	Akdeniz	15	90,20	3,23	,002*
	Ege	16	78,84	2,66	
	Marmara	27	62,91	2,17	
	Karadeniz	20	41,60	1,30	
	İç Anadolu	21	61,71	2,01	
	Doğu Anadolu	13	55,42	1,77	
	Güneydoğu Anadolu	12	49,04	1,54	
Toplam		124		2,09	
2015 Asit-Test Oranı	Akdeniz	15	83,87	2,07	,072
	Ege	16	64,31	1,28	
	Marmara	27	65,20	1,27	
	Karadeniz	20	43,55	,66	
	İç Anadolu	21	59,05	1,43	
	Doğu Anadolu	13	67,46	1,36	
	Güneydoğu Anadolu	12	59,54	1,16	
Toplam		124		1,30	

* $p < 0,05$

Tablo 5’de yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında asit-test oranı sıralamalar ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p=0,02 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Karadeniz ve Akdeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p= 0,000 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Asit-test oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Akdeniz (90,20), en düşük ortalama sırasının ise Karadeniz (41,60) bölgesinde olduğu belirlenmiştir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında asit-test oranı sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p= 0,072 > 0,05$).

Tablo 6. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Nakit Oran ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Likidite Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Nakit Oran	Akdeniz	15	65,70	,49	,024*
	Ege	16	45,31	,12	
	Marmara	27	78,09	,39	
	Karadeniz	20	50,08	,27	
	İç Anadolu	21	72,95	,36	
	Doğu Anadolu	13	61,54	,33	
	Güneydoğu Anadolu	12	49,79	,29	
Toplam		124		,33	
2015 Nakit Oran	Akdeniz	15	66,40	,39	,006*
	Ege	16	56,22	,15	
	Marmara	27	84,37	,33	
	Karadeniz	20	44,85	,22	
	İç Anadolu	21	64,55	,26	
	Doğu Anadolu	13	59,58	,23	
	Güneydoğu Anadolu	12	45,79	,10	
Toplam		124		,25	

* $p < 0,05$

Tablo 6’da yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında nakit oranı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p= 0,024 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Ege ve Marmara bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p=0,001 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Nakit oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Marmara (78,09), en düşük ortalama sırasının ise Ege (45,31) bölgesinde olduğu görülmektedir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında nakit oranı sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p= 0,006 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre ise söz konusu farklılığın Karadeniz ve Marmara bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p=0,002 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Nakit oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Marmara (84,37), en düşük ortalama sırasının ise Karadeniz (44,85) bölgesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 7. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Alacak Tahsil Süresi ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Faaliyet Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Alacak Tahsil Süresi	Akdeniz	15	95,53	96,92	,007*
	Ege	16	89,47	89,89	
	Marmara	27	55,48	55,93	
	Karadeniz	20	44,00	44,74	
	İç Anadolu	21	52,10	52,79	
	Doğu Anadolu	13	56,38	57,37	
	Güneydoğu Anadolu	12	56,71	56,77	
Toplam		124		63,17	
2015 Alacak Tahsil Süresi	Akdeniz	15	88,60	59,43	,001*
	Ege	16	84,19	55,44	
	Marmara	27	61,89	36,98	
	Karadeniz	20	39,90	21,60	
	İç Anadolu	21	54,45	32,23	
	Doğu Anadolu	13	58,31	34,27	
	Güneydoğu Anadolu	12	58,63	34,87	
Toplam		124		38,30	

**p<0,05*

Tablo 7’de yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında alacak tahsil süresi ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p= 0,007 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p=0,000 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Alacak tahsil süresi düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Akdeniz (95,53), en düşük ortalama sırasının ise Karadeniz (44,00) bölgesinde olduğu görülmektedir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında alacak tahsil süresi sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p= 0,001 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre ise söz konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p=0,000 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Alacak tahsil süresi düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Akdeniz (88,60), en düşük ortalama sırasının ise Karadeniz (39,90) bölgesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 8. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Stok Devir Hızı ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Faaliyet Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Stok Devir Hızı	Akdeniz	15	63,93	54,09	,839
	Ege	16	60,97	51,49	
	Marmara	27	60,80	57,53	
	Karadeniz	20	73,60	59,73	
	İç Anadolu	21	60,81	50,12	
	Doğu Anadolu	13	59,15	53,52	
	Güneydoğu Anadolu	12	54,67	54,31	
Toplam		124		54,70	
2015 Stok Devir Hızı	Akdeniz	15	66,53	60,59	,751
	Ege	16	61,31	56,93	
	Marmara	27	54,93	52,13	
	Karadeniz	20	63,15	57,71	
	İç Anadolu	21	70,71	60,61	
	Doğu Anadolu	13	68,23	59,27	
	Güneydoğu Anadolu	12	54,42	57,56	
Toplam		124		57,38	

Tablo 8’de yer alan 2014 ve 2015 yıllarına ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, her iki yılda da stok devir hızı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 9. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Aktif Devir Hızı ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Faaliyet Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Aktif Devir Hızı	Akdeniz	15	29,07	2,96	,000*
	Ege	16	40,38	3,27	
	Marmara	27	73,22	4,43	
	Karadeniz	20	82,28	5,28	
	İç Anadolu	21	70,24	5,06	
	Doğu Anadolu	13	67,81	4,52	
	Güneydoğu Anadolu	12	57,42	4,25	
Toplam		124		4,34	
2015 Aktif Devir Hızı	Akdeniz	15	36,67	4,25	,005*
	Ege	16	45,81	4,82	
	Marmara	27	65,00	6,46	
	Karadeniz	20	81,75	8,58	
	İç Anadolu	21	71,67	7,54	
	Doğu Anadolu	13	66,35	6,29	
	Güneydoğu Anadolu	12	59,13	6,30	
Toplam		124		6,47	

* $p < 0,05$

Tablo 9’da yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında aktif devir hızı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p = 0,000 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz

konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p=0,000<0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Aktif devir hızı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Karadeniz (82,28), en düşük ortalama sırasının ise Akdeniz (29,07) bölgesinde olduğu görülmektedir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında aktif devir hızı sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,005<0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre ise söz konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p=0,000<0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Aktif devir hızı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Karadeniz (81,75), en düşük ortalama sırasının ise Akdeniz (36,67) bölgesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 10. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Özkaynak Devir Hızı ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Faaliyet Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Özkaynak Devir Hızı	Akdeniz	15	33,73	3,99	,003*
	Ege	16	45,94	4,63	
	Marmara	27	74,44	9,08	
	Karadeniz	20	76,10	13,14	
	İç Anadolu	21	60,60	6,61	
	Doğu Anadolu	13	70,23	8,12	
	Güneydoğu Anadolu	12	65,96	7,95	
Toplam		124		7,92	
2015 Özkaynak Devir Hızı	Akdeniz	15	55,33	7,36	,173
	Ege	16	64,84	19,10	
	Marmara	27	65,17	20,59	
	Karadeniz	20	66,68	17,74	
	İç Anadolu	21	54,38	5,37	
	Doğu Anadolu	13	83,69	30,29	
	Güneydoğu Anadolu	12	46,63	-25,18	
Toplam		124		12,35	

* $p<0,05$

Tablo 10’da yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında özkaynak devir hızı sıralamalar ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p=0,03<0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Karadeniz ve Akdeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p=0,002<0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Özkaynak devir hızı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Karadeniz (76,10), en düşük ortalama sırasının ise Akdeniz (33,73) bölgesinde olduğu belirlenmiştir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında özkaynak devir hızı sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,173>0,05$).

Tablo 11. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları KVYK/Pasif ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Finansal Yapı Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 K.V.Y.K / Pasif	Akdeniz	15	36,90	,28	,008*
	Ege	16	47,72	,34	
	Marmara	27	63,65	,85	
	Karadeniz	20	81,50	,89	
	İç Anadolu	21	62,55	,82	
	Doğu Anadolu	13	67,96	,50	
	Güneydoğu Anadolu	12	73,96	1,07	
Toplam		124		,70	
2015 K.V.Y.K / Pasif	Akdeniz	15	37,73	,50	,037*
	Ege	16	62,94	1,01	
	Marmara	27	60,93	,69	
	Karadeniz	20	80,80	1,33	
	İç Anadolu	21	68,26	1,51	
	Doğu Anadolu	13	55,58	,69	
	Güneydoğu Anadolu	12	63,33	1,13	
Toplam		124		,99	

* $p < 0,05$

Tablo 11’de yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında K.V.Y.K / Pasif oranı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p = 0,008 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p = 0,000 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). K.V.Y.K / Pasif oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Karadeniz (81,50), en düşük ortalama sırasının ise Akdeniz (36,90) bölgesinde olduğu görülmektedir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında aktif devir hızı sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p = 0,037 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre ise söz konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p = 0,001 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). K.V.Y.K / Pasif oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Karadeniz (80,80), en düşük ortalama sırasının ise Akdeniz (37,73) bölgesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 12. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Özkaynak/Borçlar ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Finansal Yapı Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Özkaynak / Borç	Akdeniz	15	88,07	3,03	,007*
	Ege	16	77,63	2,42	
	Marmara	27	61,17	1,88	
	Karadeniz	20	43,50	1,01	
	İç Anadolu	21	62,52	1,75	
	Doğu Anadolu	13	57,15	1,56	
	Güneydoğu Anadolu	12	50,79	1,33	
Toplam		124		1,84	

2015 Özkaynak / Borç	Akdeniz	15	87,37	1,82	,035*
	Ege	16	61,94	,87	
	Marmara	27	64,13	,94	
	Karadeniz	20	44,13	,28	
	İç Anadolu	21	56,74	,97	
	Doğu Anadolu	13	69,65	1,17	
	Güneydoğu Anadolu	12	61,46	,89	
Toplam		124		,96	

* $p < 0,05$

Tablo 12’de yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında Özkaynak / Borç oranı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p = 0,007 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p = 0,000 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Özkaynak / Borç oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Akdeniz (88,07), en düşük ortalama sırasının ise Akdeniz Akdeniz (43,50) bölgesinde olduğu görülmektedir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında aktif devir hızı sıralamaları ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p = 0,035 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre ise söz konusu farklılığın Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p = 0,001 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Özkaynak / Borç oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Akdeniz (87,37), en düşük ortalama sırasının ise Karadeniz (44,13) bölgesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 13. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Duran Varlık/Özkaynak ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Finansal Yapı Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Duran Varlık / Özkaynak	Akdeniz	15	60,47	,24	,506
	Ege	16	68,63	,24	
	Marmara	27	63,33	,37	
	Karadeniz	20	57,80	-,77	
	İç Anadolu	21	54,17	-,02	
	Doğu Anadolu	13	80,15	-,05	
	Güneydoğu Anadolu	12	58,29	-,18	
Toplam		124		-,01	
2015 Duran Varlık / Özkaynak	Akdeniz	15	66,83	,56	,379
	Ege	16	56,78	,85	
	Marmara	27	74,96	6,27	
	Karadeniz	20	52,28	-,32	
	İç Anadolu	21	56,26	,50	
	Doğu Anadolu	13	67,08	,69	
	Güneydoğu Anadolu	12	59,67	-1,29	
Toplam		124		1,52	

Tablo 13’de yer alan 2014 ve 2015 yıllarına ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, her iki yılda da Duran Varlık / Özkaynak oranı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($p > 0,05$).

Tablo 14. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Dönen Varlık/Aktif ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi

Fin. Yapı Oran.	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Dönen Varlık / Aktif	Akdeniz	15	82,47	,86	,011*
	Ege	16	76,38	,86	
	Marmara	27	66,87	,82	
	Karadeniz	20	44,38	,70	
	İç Anadolu	21	64,81	,79	
	Doğu Anadolu	13	55,42	,78	
	Güneydoğu Anadolu	12	43,04	,66	
Toplam		124		,79	
2015 Dönen Varlık / Aktif	Akdeniz	15	77,90	,77	,260
	Ege	16	65,22	,72	
	Marmara	27	65,74	,76	
	Karadeniz	20	48,10	,67	
	İç Anadolu	21	67,55	,76	
	Doğu Anadolu	13	54,58	,71	
	Güneydoğu Anadolu	12	56,08	,68	
Toplam		124		,73	

* $p < 0,05$

Tablo 14’de yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında Dönen Varlık / Aktif oranı sıralamalar ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir ($p = 0,011 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Güneydoğu ve Akdeniz bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p = 0,069 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Dönen Varlık / Aktif oranı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Akdeniz (82,47), en düşük ortalama sırasının ise Güneydoğu Anadolu (43,04) bölgesinde olduğu belirlenmiştir. Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında Dönen Varlık / Aktif oranı sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,26 > 0,05$).

Tablo 15. Adsm’lerin 2014-2015 Yılları Net Kar Marjı ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Karlılık Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Net Kar Marjı	Akdeniz	15	60,40	-,16	,642
	Ege	16	61,06	-,22	
	Marmara	27	73,00	-,13	
	Karadeniz	20	55,20	-,25	
	İç Anadolu	21	63,71	-,19	
	Doğu Anadolu	13	63,77	-,22	
	Güneydoğu Anadolu	12	52,08	-,34	
Toplam		124		-,20	
2015 Net Kar Marjı	Akdeniz	15	53,40	-,19	,014*
	Ege	16	37,56	-,28	
	Marmara	27	66,63	-,09	
	Karadeniz	20	67,75	-,11	
	İç Anadolu	21	59,33	-,16	
	Doğu Anadolu	13	68,92	-,10	
	Güneydoğu Anadolu	12	87,67	-,01	
Toplam		124		-,14	

* $p < 0,05$

Tablo 15’de yer alan Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, 2014 yılında net kar marjı sıralamalar ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($p= 0,642 > 0,05$). Ancak, Kruskal Wallis-H Testi sonucuna göre 2015 yılında net kar marjı sıralamalar ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p= 0,014 < 0,05$). Mann Whitney-U testi sonucuna göre söz konusu farklılığın Güneydoğu ve Ege bölgeleri arasında gerçekleştiği ($p= 0,000 < 0,007$) tespit edilmiştir (Bkz. Ek 1). Net kar marjı düzeyi açısından en yüksek ortalama sırasının Güneydoğu Anadolu (87,67), en düşük ortalama sırasının ise Güneydoğu Ege (37,56) bölgesinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Aktif Karlılık ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Karlılık Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Aktif Karlılık	Akdeniz	15	68,93	-,43	,477
	Ege	16	68,34	-,45	
	Marmara	27	70,33	-1,13	
	Karadeniz	20	49,50	-1,18	
	İç Anadolu	21	60,31	-,96	
	Doğu Anadolu	13	62,88	-,77	
	Güneydoğu Anadolu	12	54,13	-1,44	
Toplam		124			
2015 Aktif Karlılık	Akdeniz	15	60,00	-,68	,129
	Ege	16	45,09	-1,23	
	Marmara	27	67,69	-,32	
	Karadeniz	20	61,35	-,65	
	İç Anadolu	21	56,12	-1,08	
	Doğu Anadolu	13	67,69	-,50	
	Güneydoğu Anadolu	12	84,63	-,11	
Toplam		124		-,66	

Tablo 16’da yer alan 2014 ve 2015 yıllarına ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, her iki yılda da aktif karlılık oranı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

Tablo 17. ADSM’lerin 2014-2015 Yılları Özkaynak Karlılık ile Coğrafi Bölgeler Arasındaki İlişki: Kruskal Wallis Testi

Karlılık Oranları	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	\bar{X}	p
2014 Özkaynak Karlılık	Akdeniz	15	52,73	-,72	,289
	Ege	16	49,19	-,87	
	Marmara	27	68,37	-1,31	
	Karadeniz	20	67,30	3,20	
	İç Anadolu	21	65,79	,04	
	Doğu Anadolu	13	52,46	4,68	
	Güneydoğu Anadolu	12	76,38	5,58	
Toplam		124		1,06	
	Akdeniz	15	50,70	-1,91	,109
	Ege	16	59,25	-5,11	

2015 Özkaynak Karlılık	Marmara	27	50,89	-2,33
	Karadeniz	20	76,60	,89
	İç Anadolu	21	73,07	,48
	Doğu Anadolu	13	70,58	-1,08
	Güneydoğu Anadolu	12	56,96	-,68
Toplam		124		-1,35

Tablo 17’de yer alan 2014 ve 2015 yıllarına ilişkin Kruskal Wallis-H Testi sonuçları incelendiğinde, her iki yılda da özkaynak karlılık oranı ortalamalarının coğrafi bölgelere göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$).

4. Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de kamu sektöründe faaliyet gösteren ADSM’lerin 2014-2015 yıllarına ilişkin finansal performanslarının coğrafi bölgelere göre belirlenerek, görece olarak karşılaştırmalarının yapılması ve performanslarının değerlendirilmesi amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmada, kamu ADSM’lerin büyük çoğunluğunun finansal tabloları bir bütün olarak değerlendirilmiş ve finansal açıdan analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, 2014 ve 2015 yıllarında ADSM’lerin genel ortalamalarının likidite oranları açısından kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenerek, kısa vadeli borçlarını ödeyebilecek kadar işletme sermayesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu nedenle, her iki yıl için de ADSM’lerin işletme sermayeleri yeterli düzeyde olduğu için kısa vadeli borçlarını ödeme güçleri bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Faaliyet oranları incelendiğinde, özkaynak devir hızı haricinde diğer faaliyet oranlarının oldukça iyi düzeyde olduğu, yani ADSM’lerin sağlık hizmeti üretimi ve sunumunda varlıklarını etkili kullandıkları görülmektedir. Her iki yıl için de özkaynak devir hızının normalin çok üzerinde olması, ADSM’lerin özkaynaklarının yetersiz olduğunu ve ağırlıklı olarak yabancı kaynaklardan yararlandıklarını göstermektedir. Finansal yapı oranları açısından ADSM’lerin özkaynaknak yetersizliği nedeni ile pasif toplamı içerisinde uzun vadeli borçları bulunmadığı için kısa vadeli borçlarının yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, her iki yıl için aktif toplamı içerisinde dönen varlıkların payı daha fazla olmakla birlikte, 2015 yılında duran varlıklara yapılan yatırımın ve duran varlık düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Karlılık oranları incelendiğinde ise her iki yılda karlılık oranlarının düşük olduğu, buna bağlı olarak ADSM’lerin karlılıklarının yeterli düzeyde olmadığı ve karlı çalışmadıkları tespit edilmiştir.

ADSM’lerin finansal performanslarına yönelik yapılan değerlendirme sonucunda; dönen varlıklarının kısa vadeli borçlarını karşılamaya yetecek düzeyde, alacak tahsil sürelerinin kısa ve stok devir hızlarının yüksek olmasına rağmen, karlılık açısından yetersiz oldukları tespit edilmiştir. Bu durum, kamu mülkiyetinde faaliyet gösteren sağlık kurumları olmaları sebebi ile kamu desteğinden yararlanarak, borçların ödenmesinde kamudan fon sağladıklarını, yani kar elde etmemelerine rağmen borçlarını ödeyebildiklerini göstermektedir. Bununla birlikte, kamu desteği sebebi ile dönen varlıklarının yüksek olması ve likidite yapılarının iyi olmasına rağmen atıl dönen varlık bulundurulmasına, aynı zamanda verimliliğin ve karlılığın düşmesine sebep olmaktadır. Kamu ADSM’lerin atıl dönen varlığa sahip olmaları, kamu desteği ile sadece borçlarını ödediklerini ve sermaye artırımına gitmediklerini göstermektedir. Bu durum ise, özkaynak yetersizliğine, özkaynak karlılığının negatif değer almasına ve ADSM’lerde verimliliğin düşmesine sebep olmaktadır. Ayrıca, 2015 yılında duran varlık düzeyinde

meydana gelen artışın, sağlık politikaları çerçevesinde kapasite artırımına bağlı olarak gerçekleştiği ifade edilebilir. Genel olarak, 2014 ve 2015 yılları dikkate alındığında Türkiye’de faaliyet gösteren kamu ADSM’lerin özkaynak yetersizlikleri dikkat çekmektedir. Bu nedenle, tüm ADSM’lerde özkaynakların artırılarak güçlendirilmesi ve özkaynak yönetimine önem verilmesi, bununla birlikte atıl durumda olan dönen varlıkların daha verimli kullanılması ve nakit yaratacak unsurlara yatırım yapılması önem arz etmektedir.

Kamu ADSM’lerin ait olduğu coğrafi bölgelerin karşılaştırılmasına yönelik yapılan analiz sonuçlarına göre 2014 yılında Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında likidite, faaliyet ve finansal yapı kategorileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, söz konusu farklılığın cari oran, asit–test oranı, alacak tahsil süresi, aktif devir hızı, özkaynak devir hızı, KVK/Pasif, ve Özkaynak/Borç oranlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde, Akdeniz ve Karadeniz bölgeleri arasında 2015 yılında likidite, faaliyet, finansal yapı ve karlılık kategorileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, söz konusu farklılığın nakit oranı, alacak tahsil süresi, aktif devir hızı, KVK/Pasif, Özkaynak/Borçlar ve net kar marjı oranlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

2014 yılında Akdeniz bölgesinin, Karadeniz bölgesine göre cari ve asit test oranı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmesine rağmen her iki bölge içinde ilgili oranların yeterli düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alacak tahsil süresi oranı incelendiğinde Karadeniz bölgesinin, Akdeniz bölgesine göre alacaklarını düzenli ve daha kısa sürede tahsil ettiği belirlenmiştir. Bu nedenle, Akdeniz bölgesinde alacaklarının daha kısa sürede tahsil edilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir. Aktif devir ve özkaynak devir hızları incelendiğinde Karadeniz Bölgesinin, Akdeniz bölgesine göre varlıklarını ve özkaynaklarını daha verimli kullandığı tespit edilmiştir. Bu durumda, Akdeniz bölgesinde varlık ve kaynak yönetimine yönelik faaliyetlere daha fazla önem verilmesi gerekmektedir. Her iki bölgenin finansal yapısına ilişkin KVK/Pasif ve Özkaynak/Borç oranları incelendiğinde ise Karadeniz bölgesinin Akdeniz bölgesine göre varlıklarının büyük çoğunluğunu kısa vadeli yabancı kaynaklar ile finanse ettiği, fakat finansal yeterlilik açısından Akdeniz bölgesinin, Karadeniz bölgesine göre borç ödeme gücünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 2015 yılına ilişkin alacak tahsil süresi ve Özkaynak/Borçlar oranları incelendiğinde ise Karadeniz bölgesinin, Akdeniz bölgesine göre alacaklarını daha kısa sürede tahsil ettiği belirlenmiştir. Bu nedenle, 2014 yılı için ifade edildiği gibi 2015 yılı için de Akdeniz bölgesinde alacaklarının daha kısa sürede tahsil edilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte, Akdeniz bölgesinin Karadeniz bölgesine göre finansal yeterliliğinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak, Aktif devir hızı ve KVK/Pasif oranları incelendiğinde Karadeniz bölgesinin, Akdeniz bölgesine göre varlıklarını daha verimli kullandığı ve varlıklarının finansmanında ağırlıklı olarak kısa vadeli yabancı kaynaklara başvurduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar dikkate alındığında, Akdeniz bölgesinde aktif yönetimine daha fazla önem verilmesi, ayrıca kaynak yönetiminde özkaynaklara göre maliyet yükü daha az olan KVK’ye başvurması gerekmektedir.

Kamu ADSM’lerin coğrafi bölgelerin karşılaştırılması sonucunda 2014 yılında Marmara ve Ege bölgeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Söz konusu farklılığa neden olan etmenin nakit oranı olduğu ve nakit oranı düzeyinin Marmara bölgesinde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda, Ege bölgesinde daha

fazla nakit sıkıntısı yaşandığı ifade edilebilir. Bu nedenle, Ege bölgesinde nakit yönetiminin daha etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi ve nakit yaratan varlık unsurlarına yatırım yapılması gerekmektedir. 2015 yılında ise Marmara ve Karadeniz bölgeleri arasında nakit oranı açısından anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, nakit oranı düzeyinin Marmara bölgesinde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak, Karadeniz bölgesinde nakit sıkıntısı yaşanmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri arasında, 2014 yılında Dönen Varlık/Aktif oranı açısından anlamlı bir farklılık bulunmuş olup, ilgili oranın Akdeniz bölgesinde daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda, Güneydoğu Anadolu bölgesinde duran varlıklara daha fazla yatırım yapıldığı ve duran varlık düzeyinin daha yüksek olduğu ifade edilebilmektedir. Ayrıca, sağlık politikaları kapsamında Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ulaşımın yaygınlaştırılması amacı ile kapasite artırımına yönelik çalışmalar yapıldığı söylenebilir. Elde edilen sonuçlara göre, Güneydoğu Anadolu bölgesinde dönen varlık yönetimine ağırlık verilerek, dönen varlık unsurlarının artırılması gerektiği ifade edilebilmektedir.

Kamu ADSM'lerin coğrafi bölgelerin karşılaştırılması sonucunda 2015 yılında Güneydoğu Anadolu ve Ege bölgeleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Söz konusu farklılığın net kar marjı oranından kaynaklandığı, ayrıca her iki bölgede de karlılığın yeterli düzeyde olmadığı ve zarar edildiği tespit edilmiştir. Ancak, net kar marjı dikkate alındığında Ege bölgesinde tespit edilen zararın daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Her iki bölgede de, varlık ve özkaynak yönetimine önem verilerek, söz konusu unsurların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması ve karlılığın artırılması gerekmektedir.

Bu çalışma sonucunda, kamu ADSM yöneticilerinin aynı zamanda sağlık ile ilgili tüm paydaşların yararlanabileceği finansal bilgiler elde edilmiştir. Türkiye'de kamu ve özel sektör mülkiyetinde faaliyet gösteren sağlık kurumlarına yönelik finansal bilgilere erişimin zorluğu ve sınırlılığı dikkate alındığında, daha sonra yapılacak çalışmalarda kamu sektörü ile birlikte özel sektör mülkiyetinde faaliyet gösteren ADSM'lerin dahil edildiği daha kapsamlı araştırmaların gerçekleştirilmesi, Türkiye genelini yansıtacak önemli finansal bilgilere ulaşılması açısından faydalı olacaktır.

Kaynakça

- Akar, Ç. (2014). Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi, Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Aras, A. ve Durukan Köse, S. (2012). “Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Birim Maliyetlerin Sağlık Uygulama Tebliği İle Karşılaştırılması”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt. 15, Sayı.2, 69-82.
- Atasever, M. ve Demiralp, K.Ö. (2015). Türkiyede Ağız-Diş Sağlığı ve Dental Görüntüleme Hizmetleri, Ayrıntı Basımevi, Ankara.
- Bhat, R. and Jain, N. 2006. Financial Performance of Private Sector Hospitals in India: Some Further Evidence, Indian Institute of Management, Research and Publication, India.
- Corder, G. W. and Foreman, D. I. (2014). Nonparametric Statistic: A Step-By-Step Approach. Jonh Wiley & Sons, New Jersey.
- Curtis, P. and Roupas, T. A. (2009). “Health Care Finance, the Performance of Public Hospitals and Financial Statement Analysis”. European Research Studies, Vol. 12, No. 4, 199-2012.
- Ercan, C., Dayı, F. ve Akdem, E (2013). “Kamu Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri Üzerine Bir Uygulama”, Asia Minor Studies, Cilt.1, Sayı. 2, 54-71.
- Gider, Ö (2011). “Ekonomik Kriz Dönemlerinin Özel Hastanelere Etkileri: Bir Özel Hastanenin Oran Analizleri Yöntemiyle Finansal Performansına Bakış”, Öneri Dergisi, Cilt. 9, No. 36, 87-103.
- Kisa, A., Ozgulbas, N. and Akinci, F. (2000, January). “Financial Crises of A Private Turkish Hospital: A Case Study”, In Allied Academies International Conference. International Academy for Case Studies. Proceedings, Vol. 7, No. 1, p. 63, Jordan Whitney Enterprises, Inc.
- Lee, M. (2015). “Financial Analysis of National University Hospitals in Korea”, Osong Public Health and Research Perspectives, Vol. 6, No. 5, 310-317.
- Morey, J., Scherzer, G. and Varshney, S. (2011). “Predicting Financial Distress and Bankruptcy for Hospitals”, Journal of Business and Economics Research (JBER), Vol. 2, No. 9, 89-96.
- Özgülbaş, N., Koyuncugil, A.S., Duman, R. ve Hatipoğlu, B. (2008). “Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi”, Muhasebe ve Finansman Dergisi, Sayı.40, 120-131.
- Öztaş, D., Demiralp, K.Ö., Bozcuk Güzeldemirci., Üstü, Y., Doğusan, A.R., Karahan, S., Arı, H. O., Özgül, E., Kartal, İ. ve Uğurlu, M. (21016). “Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hizmetlerin Finansmanı ve Harcamaların Değerlendirilmesi”, Ankara Medicam Journal, Cilt.16, Sayı.2, 170-181.
- Sağlık Bakanlığı (2013). Faaliyet Raporu 2013, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı (2017). Kamu Hastaneleri Birlikleri: Hizmet ve Yatırım Bilgileri-2017. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara.
- Siedlecki, R., Bem, A., Ucieklak-Jeż, P. and Prędkiewicz, P. (2016). “Rural Versus Urban Hospitals in Poland.Hospital's Financial Health Assessment”, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, No. 220, 444-451
- Watkins, A. L.(2000). “Hospital Financial Ratio Classification Patterns Revisited: Upon Considering Nonfinancial Information”. *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol. 19, No. 1, 73-95.
- Yiğit, V. ve Yiğit, A. (2016). “Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği”. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt.8, Sayı.16, 253-273.
- Zeller, T. L., Stanko, B. B. and Cleverley, W. O. (1996). “A Revised Classification Pattern of Hospital Financial Ratios”, *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol. 15, No. 2, 161-181.

**Ek 1. Kamu ADSM'lerin 2014-2015 Yılları Ortalama Sırası Arasında Fark
Bulunan Coğrafi Bölgelerin Mann-Whitney U Testi**

Oranlar	Coğrafi Bölgeler	N	Ortalama Sırası	U	Z	p
2014 Cari Oran	Akdeniz Karadeniz	15 20	25,73 12,20	34,000	-3,867	,000*
2014 Asit Test Oran	Akdeniz Karadeniz	15 20	25,63 12,28	35,500	-3,817	,000*
2014 Nakit Oran	Marmara Ege	27 16	26,81 13,88	86,000	-3,267	,001*
2015 Nakit Oran	Marmara Karadeniz	27 20	29,39 16,73	124,500	-3,134	,002*
2014 Alacak Tahsil Süresi	Akdeniz Karadeniz	15 20	25,53 12,35	37,000	-3,767	,000*
2015 Alacak Tahsil Süresi	Akdeniz Karadeniz	15 20	25,27 12,55	41,000	-3,633	,000*
2014 Aktif Devir Hızı	Karadeniz Akdeniz	20 15	23,98 10,03	30,500	-3,984	,000*
2015 Aktif Devir Hızı	Karadeniz Akdeniz	20 15	23,20 11,07	46,000	-3,467	,001*
2014 Özkaynak Devir Hızı	Karadeniz Akdeniz	20 15	22,73 11,70	55,500	-3,150	,002*
2014 K.V.Y.K / Pasif	Karadeniz Akdeniz	20 15	23,38 10,83	42,500	-3,585	,000*
2015 K.V.Y.K / Pasif	Karadeniz Akdeniz	20 15	22,83 11,57	53,500	-3,217	,001*
2014 Özkaynak / Borçlar	Akdeniz Karadeniz	15 20	25,20 12,60	42,000	-3,600	,000*
2015 Özkaynak / Borçlar	Akdeniz Karadeniz	15 20	24,47 13,15	53,000	-3,233	,001*
2014 Dönen Varlık / Aktif	Akdeniz Güneydoğu	15 12	17,70 9,38	34,500	-2,713	,0069*
2015 Net Kar Marjı	Güneydoğu Ege	12 16	21,42 9,31	13,000	-3,853	,000*

*p<0,007

Assessment of Financial Performance of Public Oral and Dental Health Centers by Geographical Regions

Semih ISLICIK

Gazi University

Faculty of Economics and Administrative
Sciences

Ankara, Turkey

orcid.org/0000-0001-9605-6268

ssemihislicik@gmail.com

Cemre Eda YAR

Gazi University

Faculty of Economics and Administrative
Sciences

Ankara, Turkey

orcid.org/0000-0002-9662-1180

ceyar@gazi.edu.tr

Extensive Summary

Introduction

With the implementation of the Health Transformation Program in Turkey in 2003, which allowed the beginning of a significant change and transformation process in the health system, oral and dental health services have started to become widespread across the country and the number of health institutions providing oral and dental health services has begun to increase. In this direction, the number of Oral and Dental Health Centers (ODHC) which provide public oral and dental health services has increased, and the number of public ODHCs has been increased from 14 by 2002 to 131 by 2017, facilitating the access to the oral and dental health services provided for the society. Considering the changes in numbers and accessibility, public ODHCs have begun to be among the health facilities that have important functions in the provision of health services. Parallel to the increase in the number of public ODHCs, there has been an increase in sources allocated to the oral and dental health services among the health expenses and the share of public oral and dental health expenses within the total amount has increased. These developments have begun to financially domineer public ODHCs which operate with limited resources at the time of effective, efficient and high-quality presentation of public oral and dental health services. Moreover, in today's conditions, it has become highly important to successfully carry out financial management activities and to keep financial structure strong, particularly due to the effect of cost-limiting policies and competition and to the increase in technology and manpower costs and in medical equipment and drug prices, as well. This relevant condition has necessitated the regular follow-up and evaluation of the activities carried out in public ODHCs for financial business and operations, as in other health facilities.

In health institutions, the method of financial ratio analysis has been used frequently in the evaluation of financial activities and condition for many years. Considering the domestic and foreign studies carried out on this topic, it was seen that the relevant studies have been generally carried out within the scope of hospitals and the number of studies conducted about the ODHCs was very low. Therefore, in this study, it was aimed to assess the financial performances of ODHCs that provided public oral and dental health services in 2014-2015 in Turkey, by geographical regions, to make a relative comparison between them and to determine the factors that affect their level of performance.

Methodology

In the research conducted in direction of the study objective, the sample selection was not made since the financial statement data of the large majority of ODHCs which have operated in 2014 and 2015 were reached. In this respect, the research was conducted with a total of 124 ODHCs, of which balance sheet and income statements for the statement period 2014-2015 were completely reached. 14 financial ratios determined under four categories that were liquidity, activity, financial structure and profitability, using the financial statement data of the relevant years were analyzed using the ratio analysis method. Subsequently, Kruskal-Wallis test was used to determine whether there was a significant difference among the geographical regions in terms of variables affecting financial performance, using the data obtained from the ratio analysis and Mann Whitney-U test was used in order to determine from which geographical region the relevant difference was originated.

Findings

As a result of the research, there was a significant difference found between the Mediterranean and Black Sea regions in terms of liquidity, activity and financial structure categories in 2014. This relevant difference was found to be originated from the current ratio, acid-test ratio, debt collection period, asset turnover, equity turnover, Short Term Liability/Passive, and Equity/Debt ratios. In addition, there was a significant difference found between the Marmara and Aegean regions in terms of cash ratio, and between the Mediterranean and Southeastern Anatolia regions in terms of Current Asset/Active ratio in 2014.

As a result of the assessment of the financial performances of public ODHCs in 2015, there was a significant difference found between the Mediterranean and Black Sea regions in terms of liquidity, activity, financial structure and profitability categories and it was determined that this relevant difference was originated from the currency ratio, debt collection period, asset turnover, Short Term Liability /Passive, Equity/Debts and net profit margin ratios. Similarly, there was a significant difference found between the Marmara and Black Sea regions in terms of the currency ratio, and between the Southeastern Anatolia and Aegean regions in terms of net profit margin ratio in 2015.

Conclusion and Suggestions

As a result of the assessment made for the financial performances of public ODHCs in 2014-2015, it was determined that the liquidity ratios were sufficient, that the activity ratios were at quite good level except for the equity turnover, that there was an equity insufficiency in terms of financial structure ratios, that short-term debts were at quite high level and that they were not operating profitably in terms of profitability ratios. In general, it is necessary to strengthen equities in public ODHCs, to give importance to equity management, to manage current assets effectively and to invest in current assets to generate cash.

With the comparison of financial performances of public ODHCs by geographical regions, it was concluded that more work should be conducted to receive their assets in a shorter period in the Mediterranean region and that more importance should be given to activities for asset and resource management. Considering the difference found between the Marmara and Aegean regions in terms of financial

performance related to the public ODHCs, it was concluded that there was a cash problem experienced in the Aegean region and that it is necessary to establish an effective cash management system and to invest in cash generating units. Similarly, a significant difference was found between the Marmara and Black Sea regions in terms of currency ratios and it was ended that the currency level in the Marmara region was higher, yet, there was no cash problem in the Black Sea region. Moreover, it was concluded that the difference found between the Mediterranean and Southeastern Anatolia regions in terms of the Current Assets/Active ratios was originated since the relevant ratio was higher in the Mediterranean region and that it is necessary to increase the number of current assets in the Southeastern Anatolia region. Finally, the difference found between the Southeastern Anatolia and Aegean regions in terms of the net profit margin was found to result from the fact that the net profit margin was lower in the Aegean region, however, there was a loss in both. Therefore, more importance should be given to active and equity management and the profitability should be increased.