

**Sağlıkta Dönüşüm Programı:
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Araştırma**

Abdullah SOYSAL

Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi Bölümü
asoysall@ksu.edu.tr

Fedayi YAĞAR

Arş.Gör., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi Bölümü
fyagar@ksu.edu.tr

Özet: Bu çalışmada, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan yenilikler kapsamında hastaların memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada literatür araştırması yapılmış ve anketler Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran 200 hastaya uygulanmıştır. Bu kişilere anketler yapılarak sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde gerçekleşen yenilikler sorulmuş ve sonrasında bu kişilerin tatmin düzeyleri analiz edilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde, yaş aralığı arttıkça kişilerin sisteme daha olumlu baktığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca eğitim ve gelir seviyesinin de tatmin düzeyini belirlemede önemli faktörler olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya göre, eğitim seviyesi ve gelir seviyesi yüksek olan kişilerin sistemdeki yeniliklerden daha az etkilendiği ortaya çıkmıştır. Bir diğer sonuç olarak vatandaşların büyük çoğunluğu genel olarak sağlık güvencesinin arttığını düşünmektedir. Ayrıca bu kişiler tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınmasını çok önemli bir durum olarak görmekte ve son değişikliklerle birlikte sistemin yakın gelecekte daha etkin olacağına inanmaktadırlar. Sonuç olarak, vatandaşların değişen sağlık sisteminden genel olarak memnun oldukları sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hasta, sağlık güvencesi, sağlıkta dönüşüm programı

**Health Transformation Program:
An Review in Kahramanmaraş Sutcu Imam University
Research and Training Hospital**

Abstract: This study aims to analyze the satisfaction levels of the patients regarding the innovations within health transformation program. Literature review was carried out on study and the surveys was implemented 200 patients visiting Kahramanmaraş Sütçü İmam Research and Application Hospital. These patients were asked to take the survey on the innovations within the framework of the health transformation program and thus their satisfaction level was analyzed. When the results are analyzed, the study revealed that the more the age range is, the higher the satisfaction level is. The education and income level was also important factors to determine the satisfaction level. According to study, the more educated and the higher income people are less affected by the innovations that have emerged in the system. As a further result, the subjects in the study generally believe that social security level is on the increase. These people also believe that it is a remarkable progress to be able to get the prescription needed for the treatment from any pharmac and they expect that the new system will be more effective in the near future. As a result, it could be concluded that citizens on the whole are satisfied with the innovations in the health system.

Key words: Patient, social security, health transformation program

GİRİŞ

Uluslar arası birçok belgede de görüldüğü üzere, sağlıklı yaşam hakkı kişilerin en temel haklarından. Bu hakkı koruma görevi de devlete aittir. Devlet bir kamu hizmeti olarak sağlığın korunmasından, hastalık halinin tedavi edilmesinden ve rehabilitasyondan sorumludur. Bu yüzden kamu sağlık sistemleri ortaya çıkmış ve bireyler güvence altına alınmaya çalışılmıştır. Fakat 20. yy ile birlikte nüfusun artması, demografik yapının değişmesi, tıp teknolojisinin gelişmesi ve ileri düzeyde tedavi yöntemlerinin uygulanması sağlık giderlerinde önemli değişikliklere yol açmıştır. Devletler arayış içine girerek, maliyetleri kontrol etmeye çalışmışlardır (Erol ve Özdemir, 2014: 9; Eracar, 2013:1).

Sağlıkta yeniden yapılanma arayışlarını zorunlu kılan en önemli nedenlerden biri sürekli artan sağlık harcamalarıdır. Dünyanın yıllık sağlık harcamasının 5.3 trilyon dolar olduğu (Çiftçi, 2015) ve bunun ise yaklaşık 3.2 trilyon dolarının OECD ülkelerinde gerçekleştiği (Oğuz, 2008) dikkate alındığında sağlık

harcamalarındaki artışın ciddi boyutlarda olduğu ifade edilebilir. OECD'nin dünyadaki sağlık verileri ile ilgili araştırmasına bakıldığında; 2007 yılında İsveç'te kişi başı sağlık harcaması 3.349 dolara ulaşırken İngiltere'de 3.000 dolara yaklaşmıştır. OECD ülkeleri olan İtalya'da bu harcama 2.701 dolar, İspanya'da 2658 dolar iken, Meksika'da ise 824 dolar olarak gerçekleşmiştir (www.oecd.org.tr, 2011). Türkiye'de ise kişi başı sağlık harcaması, 2013 yılında 583 dolar olarak gerçekleşmiştir (TUİK, 2014).

Sağlık harcamalarının milli gelire olan payına bakıldığında ise ilk sırayı %15 ile ABD alırken, kişi başına yıllık geliri 40 bin dolar dolayındaki çoğu AB üyesi ülkelerde söz konusu oran ortalama %9 düzeyindedir. OECD üyelerinden Güney Kore'nin sağlık harcaması ülke gelirinin yüzde %6,3'ü olarak gerçekleşirken, Meksika'da %5,8, Türkiye'de ise %5,4 olarak gerçekleşmiştir (Sönmez, 2011). OECD verilerine göre sağlık harcamalarının kamu kurumları eliyle gerçekleştirilmesi en çok ABD ve Meksika'da yüzde 45'e kadar gerilemiş düzeydedir. Kamunun payı Güney Kore ve İsrail'de %55 dolayında belirlenirken Türkiye'de %78,5 (TUİK, 2014), İngiltere, Japonya ve İsveç'te kamunun payı yüzde %80'ler düzeyindedir (Sönmez, 2011). Türkiye'de 2008-2011 döneminde sağlık harcamaları yıllık ortalama %13 artış göstermiştir. 2012 yılında sağlık harcamalarındaki artışın kaynakları incelendiğinde, artışın yüzde 95'inin tedavi, yüzde 3'ünün ilaç, yüzde 2'sinin ise diğer harcamalar kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Memiş, 2012: 2)

Ortaya çıkan sağlık reformları da, bu tür harcamalara kısıtlama getirmeyi, kontrol etmeyi ve gelirleri de artırmayı hedeflemektedir. Bu nedenle birçok devlet sağlık reformlarına yönelmektedir (Bahçe ve diğerleri, 2013: 229). Ülkemizde de bu tür reformlar 1990'lı yıllarda başlamış ve 2000'li yıllarda hız kazanmıştır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansı ve sunumu konusunda önemli reformlar yapılmıştır (Eracar, 2013:1).

Çalışmada literatür araştırması yapılmış, araştırmanın uygulama kısmında ise Kahramanmaraş ilinde sağlık hizmeti veren Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine başvuran 200 hastaya anket uygulanmış ve sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan yeniliklere ilişkin hastaların memnuniyet düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır.

SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI

Sağlık, bireyin sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir huzur içerisinde olması olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 1981:20). Sağlık hizmetleri ise, 'sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü' olarak tanımlanmaktadır (Akdur, 1999:5) Bu kapsamda sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır. Birincisi, hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içeren koruyucu sağlık

hizmetleridir (www.canaktan.org, 2014). Örneğin Bernstein ve Chollet'e (2010) göre, federal sağlık reformları sürekli olarak kapsamı büyüyen, potansiyel tıbbi durumları, danışmanlıkları, aşılama ve ilaç tedavisini içeren koruyucu hizmetlere odaklanmaktadır. İkincisi, hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen tedavi edici sağlık hizmetleridir (Filiz, 2010:21). Tedavi edici hizmetler ülkemizde üzerinde en çok çalışılan hizmet türüdür diyebiliriz. Çünkü Çoban ve Ark.'na (2014) göre, mevzuatlar içerisinde yer verilen evde bakım uygulamalarının %58,6'sını tedavi edici sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Üçüncüsü ise, hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük yaşamı etkilemesini önlemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak için düzenlenen rehabilitasyon hizmetleridir (Cantürk, 2012:19).

DÜNYADA SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlıkta yeni bir sistem oluşturulurken diğer ülkelerin sağlık sistemlerini de dikkate almak gerekmektedir. *Amerika Birleşik Devletleri (Serbest Piyasa Modeli) Sağlık Sistemi*, özel teşebbüs, serbest pazar tipi sağlık sistemidir. Bu ise sektörün kâr amaçlı bir sektör haline dönüşmesini sağlamaktadır. Tüm halkı kapsamamaktadır. Sağlıkta yapılan harcamalar diğer gelişmiş ülkelere göre yüksek olmasına rağmen, elde edilen sonuçlar aynı oranda değildir (Sargutan, 2006:179; Çiftçi, 2015). *İngiltere (Beveridge Modeli) Sağlık Sisteminde* ise sağlık hizmetleri vergilere dayalı olarak finanse edilmektedir. Devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını bütçe aracılığı ile kontrol etmesi, tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişiminin ücretsiz olması, hekimlere verdikleri hizmetin karşılığının maaş ya da kişi başına ödeme yöntemi ile ödenmesi, kurumlar içinse merkezi idare tarafından belirlenen bütçelerin kullanılması, bu modelin özellikleridir (Tatar, 2011:110). *Almanya (Bismarck Modeli) Sağlık Sistemi*, daha çok Amerikan sağlık sistemine benzemektedir. Sigortalıların "hastalık sandığı" dediği bir sigorta sistemini kullanan bu model, ücret bordrosu üzerinden yapılan kesinti ile işçilerden ve işverenlerden alınan primlerle finanse edilir. Bismarck Modeli sağlık sigortası planları herkesi kapsar ise de kâr etmezler. Bu sistemi uygulayan ülkelerde doktorlar ve hastaneler özel olma eğilimindedir (Er, 2011:41). *Fransa Sağlık Sistemi*'nde ise hizmetler tüm toplumu kapsamakta ve programlar hükümet tarafından gerçekleştirilmektedir. Kaynaklar bütçe ve sigorta fonlarından sağlanmakta ve sistemde mahalli yönetimlere yetki devri söz konusudur (Sargutan, 2005:94).

TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SİSTEMİNİN TARİHSEL ARKA PLANI

1920'de Sağlık Bakanlığı kurularak sağlığın tek bir çatı altından yürütülmesi, planlanması ve koordinasyonu hedeflenmiştir. Mevcut sistemin temelleri 1923-1946 yılları arasında atılmıştır. 1946-1960 yılları arasında da birçok yenilikle karşılaşmıştır. Sağlık ocaklarının kurulması, yerel yönetimde olan tüm hastanelerin bakanlığa devredilmesi ve SSK'nın kurulması bunlardan bir kaçıdır. Daha sonra 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun¹ (224 sayılı) kabul edilmiştir (OECD, 2008:32). 224 sayılı kanun ile devlet tüm sağlık hizmetlerini bir görev olarak görmüş ve birinci basamak hizmetlerine yoğunlaşmıştır. Bu hizmetleri kırsal kesime kadar yaymayı ve koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleriyle paralel bir şekilde yürütmeyi hedeflemiştir (Erol ve Özdemir, 2014: 11)

İlk beş yıllık kalkınma planı 1963 yılında yapılmıştır. 1980-2002'li yıllarda, sosyal sigorta kapsamında ve sağlık hizmetlerine erişim noktasında Türk vatandaşlara çok önemli anayasal haklar tanınmıştır (OECD, 2008:32). Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı 1988-1993 yılları arasında, büyük bir sağlık reformu çalışması gerçekleştirmişlerdir. Bununla birlikte ihtiyaçları anlamak ve reform yapılacak yönleri belirlemek amaçlanmıştır. Türkiye'de 1987 tarihli "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" sağlık reformları ile ilk defa somut adımlar atılmıştır. 1990'ların sonuna kadar maliyet sınırlayıcı politikalarla gündeme gelmiştir. Yine sağlık reformlarıyla liberalizasyon konusunda 1980'li ve 1990'lı yıllarda çok önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Genel olarak sağlık reformları, hizmetin finansmanının vergilerden değil de, ödeyebilenlerin primleri ve katkı payı ile karşılanmasını, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasını, sağlık kurumlarının özelleştirilmesini, yerinden yönetime dayalı ve rekabeti kolaylaştıran bir sistemin oluşmasını, sağlık emekgücü istihdamında esnekleşmenin ve performansa dayalı ödemenin yaygınlaşmasını önermektedir. Neoliberal ekonomi politikaları olarak gösterilen bu sağlık reformları, 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) adıyla topluma sunulmuştur (Erol ve Özdemir, 2014: 11-12; OECD, 2008:32).

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI: AMAÇ, SÜREÇ, KAPSAM VE ÖNEMİ

Sağlık reformlarının temel mantığı, yapılan harcamaları kontrol edebilmek, ek gelir kaynağı oluşturmak ve hizmet sunumunda sürdürülebilirliği

¹ Türkiye'de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi'nin oluşturulmasına öncülük etmiştir.

sağlamaktır. Fakat bu dönüşüm programının sosyal yönü de çok önemlidir. Bu yüzden sağlıkta dönüşüm programına sosyal güvenlik reformu olarak da bilinmektedir. Çünkü bu reformlarla ahlaki tehlike nedeniyle oluşan aşırı talebin önlenmesi, gereksiz tetkik ve tedaviler nedeniyle artan sağlık harcamalarının azaltılması, ek gelir elde ederek, mali sürdürülebilirliğin sağlanması, sağlık hizmet sunumuna erişimde hakkaniyetin sağlanması, hizmet sunucuları tarafından oluşturulan yapay talebin önlenmesi, hastanın bilinçlendirilerek, harcamaların kontrol altına alınması da amaçlanmaktadır (Bahçe ve arkadaşları, 2013:300).

SDP ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) oluşturulmuş ve sağlık finansmanı tek elde toplanarak bütün hizmet sunucularının hizmet alımlarının SGK tarafından sağlanması amaçlanmıştır. Aile hekimliği oluşturulmuş ve topluma yönelik olan birinci basamak hizmetleri anlayışı yerini hizmet verme anlayışına bırakmıştır. Kısacası başvuru yapan hastaya hizmet verilen bir sisteme dönüştürülmüştür. Kamu hastane birlikleri oluşturulmuştur. Döner sermaye ve performansa dayalı ödeme sistemi ile sağlık çalışanları kamu kurumları içinde rekabete dayalı bir ücretlendirme mekanizması içine çekilmişlerdir. Örgütlenme, finansman ve sağlık hizmetleri sunumuna birden müdahale edilmiş. 2002 yılında 11 bin taşeron işçi sayısı varken bu sayının 2011'de 120 bine çıkması, sağlık insan gücü istihdamında da önemli değişiklikler olduğunu göstermektedir (Erol ve Özdemir, 2014:12).

Programın temel hedefleri şu şekilde sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2008:20): (1) Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolünün yeniden organizasyonu, (2) Bütün toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortasının oluşturulması, (3) Ülke geneline yayılmış, kolay erişilebilen, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması, (4) Beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması, (5) Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumlarının kurulması, (6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sağlanması, (7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma, (8) Kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması.

SDP; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasını amaçlamıştır. Burada *etkililik*; uygulanacak politikaların halkın sağlık düzeyini yükseltmesi, *verimlilik*; kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi, *hakkaniyet*; bütün insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır (sbu.saglik.gov.tr, 2014). SDP'nin temel ilkeleri ise; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak belirlenmiştir (Yıldırım, 2013: 12-13).

Türkiye sağlık sisteminin SDP ile birlikte önemli ölçüde bir değişim sürecine girdiği söylenebilir. Türkiye sağlık reformları ile birlikte yasama aşamasının da ötesine geçerek uygulanma sürecine girmiştir. Bu sağlık reform girişimlerinin hazırlık ve yasalaşma aşamalarını tamamlayıp büyük ölçüde uygulamaya geçilmesinde temelde beş ana unsurun etkili olduğu belirtilebilir. Bunlar; siyasi ve ekonomik istikrarın varlığı, AB dinamiği, reform dinamiğinin kendisi, uluslararası kuruluşların etkisi ve siyasi istek, destek ve kararlılıktır (Yıldırım, 2013: 13).

LİTERATÜR TARAMASI

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye'de yapılan araştırmalar ile ilgili çalışmalara aşağıda değinilmiştir.

Çelikay ve Gümüş'ün (2011) Eskişehir' de yaptığı araştırmaya göre, katılımcıların %68'i sağlık güvencesinin arttığını ve %62,2'si daha nitelikli sağlık hizmeti sunumu aldıklarını düşünmektedir. Katılımcıların en olumlu olarak gördükleri bir diğer alanda SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumlarının birleştirilmiş olması (%77,8) ve ilaçların istenilen eczaneden alınabilir olması (%77,8) olmuştur. Fakat katılımcıların olumsuz olarak gördükleri bazı alanlar olmuştur. Örneğin katılımcıların sadece %28,2'si günümüz sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yeterli olduğunu belirtmiştir. Yine burada dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ise, katılımcıların yaklaşık olarak yarısı (%47,4) ilk önce aile hekimine başvurulmalı görüşünü belirtmiştir. Buradan sağlıkta dönüşüm programının en önemli unsurlarından biri olan aile hekimliği kavramının daha tam anlamıyla oturamamış olduğunu çıkarabiliriz. Sonuç olarak katılımcılar sağlık dönüşüm programını olumlu karşılamaktadırlar fakat yetersiz olduğunu da belirtmektedirler.

Kol (2014) tarafından Eskişehir' de 387 alt gelir grupları üzerinde yapılan araştırmada, katılımcıların %62'si yaşanan bu dönüşümü olumlu olarak görmektedirler. Katılımcıların %42' si de 2003 yılından itibaren herhangi bir sağlık kurumunda yatarak tedavi olduğunu ve %87'si bu hizmetlerden memnun olduğunu belirtmişlerdir. Yine katılımcıların %32'si ücretsiz hale getirilen 112 ambulans hizmeti ve acil servis hizmetlerinden yararlandığını ve bu katılımcıların çoğunluğu (%85) bu hizmetten memnun kaldığını belirtmişlerdir.

Koçak ve Tiryaki (2011) tarafından Yalova' da yapılan araştırmada, halkın uygulama hastanelerinin tek çatı altında toplanmasını %75,2 oranında olumlu karşıladıkları ortaya çıkmıştır. Yine ilaca ulaşmada getirilen kolaylıklar (%71,2), aile hekimi uygulaması (%71,2) ve doktorların tam gün çalışması (%72,2) gibi getirilen yeniliklerin de halk tarafından olumlu karşılandığı ortaya

çıkarılmıştır. Sonuç olarak halkın sağlık hizmetlerindeki son değişiklikleri genel olarak %70 oranında iyi değerlendirdiği bulgulanmıştır.

Eracar (2013) tarafından Ankara’ da 350 hasta üzerinde yapılan araştırmada, katılımcıların %75’i SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’un birleştirilmesinden memnun olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların istedikleri tüm hastanelere gidebilmeleri (%92), yeşil kartlı hastaların ilaçlarının devlet tarafından ödenmesi (%86), ilaçların istenilen yerden alınması (%83), hastalara hekim seçme hakkı verilmesi (%94) ve aile hekimliğine geçilmesi kararı (%78) memnun oldukları diğer alanlar olarak belirlenmiştir. Bu verilerden yola çıkarak hastaların sağlıkta dönüşüm programını başarılı bulduğunu söyleyebiliriz.

Turanlı ve diğerleri (2011) İstanbul’ da 1199 sosyal güvencesi olan hastalar üzerinde yaptıkları araştırma da, vatandaşlara "hükümetin uyguladığı sağlıkta dönüşüm projesini nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusunu sormuşlardır. Katılımcıların bu soruya sadece %37’ si olumlu yaklaşırken, %37,7 si ise olumsuz yaklaşmışlardır. Geriye kalan %25,3’ü de bir fikri olmadığını belirtmiştir. Sonuçları incelediğimizde diğer çalışmaların aksine olumsuz bir durum ortaya çıkmıştır. Katılımcıların büyük bir oranının SGK ile anlaşmalı özel hastanelerden seçilen kişiler olması, böyle bir sonucun çıkmasında büyük bir etken olarak gösterilebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın (2008) “İlerleme Raporu: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı” konulu araştırmasında, Türk halkının Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan önceki genel memnuniyet oranını 2003 yılında %39,5 olarak bulmuştur. Daha sonra 2007 yılında yapılan araştırmada bu oran %66,5 olarak belirlenmiştir. Yine birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu oran 2003 yılında %39,4 olarak belirlenirken, 2007 yılında ise %51,5 olarak belirlenmiştir. Bu verilere bakarak vatandaşların sağlıkta dönüşüm programı sonrasında bakış açılarının olumlu yönde arttığı söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı (2010) tarafından "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması" konulu yapılan araştırmaya göre, sağlık çalışanlarının %60’ı sağlık bilgi sistemleri kayıt ve bildirimlerin daha güvenilir olduğunu düşünmektedir. Sağlık personelinin yarısı tam gün yasaı sağlık hizmetini olumlu etkileyeceğini düşünmekte ve bu konuya en sıcak bakan meslek grubu da %80 oranıyla yöneticiler olmuştur. Sağlık çalışanlarının olumsuz olarak görüş bildirdikleri konular ise, sağlık çalışanları arasındaki gelir dağılımı, sağlıkta insan gücünün yeterliliği ve hastanelerin özerkleşmesidir. Sağlık personelinin sadece %8’i sağlık çalışanları arasındaki gelir dağılımının adaletli olduğunu düşünürken, %60’tan fazlası bu soruyu olumsuz cevaplandırmıştır. “Sağlıkta insan gücü sayısal olarak yeterlidir” şeklindeki soruya %12,5 oranında olumlu, %57,9 oranında olumsuz katılım olmuştur. Uzman hekimlerin üçte biri bu konuda hemfikir iken, bu soruyu en olumsuz yanıtlayan meslek grubu asistanlar (%69,8) ve hastanede çalışan hemşirelerdir (%71,8). Son olarak hastanelerin

özerkleşmesi konusunda çalışanların %27'si özerkleştirmenin hastalara daha iyi teşhis/tedavi imkânı sağlayacağına inanmaktadır. Bu soruyu Sağlık Bakanlığında çalışan asistanlar (%19,2) üniversitede görev yapan meslektaşlarına (%30,2) oranla daha az olumlu yanıt vermişlerdir.

Seren (2006), İstanbul'da kamu hastanelerinde çalışmakta olan 413 sağlık çalışanı üzerinde sağlıkta dönüşüm projelerine ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Bulgulara bakıldığında, sağlık çalışanlarının en yüksek oranda sağlıkta dönüşüm projesi ile “hastaneler işletmelere dönüştürülmektedir” (%67,1) ve “hastalar müşteri olarak görülmektedir” (%66,8) ifadelerini onayladıkları saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların “sağlıkta dönüşüm projesi sonucunda sağlık alanının ticarileştirildiği” (%87,4) görüşüne katıldıkları belirlenmiştir. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesini sağlık alanını ticarileştiren bir süreç olarak gördükleri ortaya çıkmıştır.

Yıldırım (2013), Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sisteminin yönetim ve örgütlenme, hizmet sunumu, insan kaynakları ve finansman gibi unsurları bağlamındaki yansımalarını ele aldığı çalışmasında, Türkiye'nin özellikle son 10 yılda önemli ölçüde sağlık hizmetleri kapsamını genişlettiği ve temel sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı ve doğuşta beklenen yaşam süresi gibi) iyileşmeler sağladığını belirtirken, buna karşın, üyesi olmak için müzakere sürecini sürdürdüğü AB ortalamalarının oldukça gerisinde yer aldığını belirtmiştir. Buna göre Türkiye'de 2003 yılında % 39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yaklaşık olarak 2 kat artarak % 76'ya yükselmiştir. Bunun altında yatan temel felsefenin ise bireylerin dolayısıyla toplumun merkez alınarak SDP'nin gerçekleştirilmeye çalışılması olduğu belirtilebilir.

MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin SDP ile birlikte gelen yenilikleri nasıl değerlendirdiklerini ortaya koyabilmektir.

Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Çalışmanın evrenini, genel sağlık sigortasına tabi olan kişiler oluşturmaktadır. Araştırma, Kahramanmaraş ilinde KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi kuruluşunun sunduğu sağlık hizmetlerinden, sahip oldukları sosyal güvenceleri ya da kendi imkânları ile yararlanmakta olan ve kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenen 226 kişi üzerinde yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Örneklem olarak seçilen 226 kişinin 26'sının

anket formları değerlendirilmez nitelikte olduğu için araştırma 200 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Buna göre anketlerin geri dönüş oranı %88'dir. Araştırmanın sadece K.Maraş KSÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesine gelen ve sağlık hizmetlerinden yararlanan/yararlanmak isteyen kişiler üzerinde gerçekleştirilmiş olması çalışmanın en önemli kısıtını oluşturmaktadır. Bu durum elde edilen sonuçların genellemesini engellemektedir. Araştırmaya kaynaklık eden kişilerin, anket sorularını doğru olarak algıladıkları ve doğru yanıtlar verdikleri varsayımı da araştırmanın bir diğer kısıtı olarak belirtilebilir.

Araştırma için Kahramanmaraş ilinin seçilmesinin temel nedeni şehirde daha önce bu tarzda bir çalışma olmaması olarak belirtilebilir. Çalışmada Çelikay ve Gümüş'ün (2011) anketinden yararlanılmıştır.

Anketin birinci bölümünde vatandaşların demografik özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, sağlık kurumlarına gitme sıklığı ve başvuru sağlık kurumunun niteliği hakkında 10 adet soru bulunmaktadır. Ankette Likert tipi ölçek kullanılmıştır ve görüşler "1=kesinlikle katılıyorum", "2=katılıyorum", "3=orta düzeyde katılıyorum", "4=katılmıyorum" ve "5=hiç katılmıyorum" olarak belirlenmiştir. Anketler, kişiler ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Elde edilen bu veriler Statistical Package for the Social Science (SPSS) 15.0 for Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Tek yönlü varyans (One-way ANOVA Testi) analizi kullanılarak elde edilen değerlendirmeler (bağımlı değişkenler) ile analizin temel değişkenleri (bağımsız değişkenler) arasındaki ilişkiler belirlenmeye çalışılmıştır. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, aylık gelir ve eski sistemde tabi oldukları sigorta kurumları olarak belirlenmiştir. Geriye kalan yirmi dört değerlendirme sorusu da bağımlı değişkenler olarak belirlenmiştir. Daha sonra gruplar arasında fark olduğu anlaşılınca "post-hoc" testlerine başvurulmuştur. Bu testlerden biri olan "Tukey testi" uygulanmıştır. Bu bağlamda değerlendirmeler ile birlikte yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi ve eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu grupları ilişkilendirilmiş ve aralarında anlamlı bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Anket sorularının güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha değeri) 0.788 olarak bulunmuştur.

Bulgular

Aşağıda verilen Tablo 1'de görüldüğü üzere, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim seviyesi, aylık gelir düzeyi, eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu, son altı ay içerisinde sağlık kurumuna gidilme sıklığı ve sağlık

sorunuyla karşılaştığında ilk tercih edilen kurumun türüne ilişkin soruların katılımcıların verdikleri yanıtlara göre frekans dağılımları verilmiştir.

Tablo 1. Demografik Bulgular

Demografik Özellikler	Denek Sayısı	%	Demografik Özellikler	Denek Sayısı	%
<u>Cinsiyet</u>			<u>Medeni Durum</u>		
Erkek	108	54.0	Evli	87	43.5
Kadın	92	46.0	Bekâr	106	53.0
			Boşanmış	3	1.5
			Eşi Vefat etmiş	2	1
			Eşinden ayrı	2	1
<u>Yaş</u>			<u>Çocuk Sayısı</u>		
15-25	92	46.0	Yok	110	55
26-35	32	16.0	1	13	6.5
36-55	54	27.0	2	25	12.5
56 ve yukarı	22	11.0	3	29	14.5
			4 ve yukarı	23	11.5
<u>Eğitim</u>			<u>Tercih Edilen İlk Sağlık Kurumu</u>		
İlkokul	35	17.5	Aile Hekimi	38	19
Ortaokul	7	3.5	Devlet Hastanesi	106	53
Lise	72	36	Alternatif Tıp	4	2
Meslek Yüksek- okul	6	3	Özel Hastane	45	22.5
Lisans	71	35.5	Özel	4	2
Yüksek Lisans	7	3.5	Muayenehane	3	1.5
Doktora	2	1	Diğer		
<u>Sosyal Güvence</u>			<u>Eski Sistemde Tabi Olunan Sağlık Kurumu</u>		
Var	179	89.5	Bağ-Kur	33	16.5
Yok	21	10.5	SSK	75	37.5
			Emekli Sandığı	64	32
			Özel Sigorta Kur.	4	2
			Diğer	24	12

Son 6 Ayda Hastaneye Gitme Sıklığı			Aylık Net Gelir Seviyesi		
Hiç	33	16.5	530 TL'den az	58	29
1-3 kez	77	38.5	531-1000 TL	33	16.5
4-6 kez	37	18.5	1001-2000 TL	63	31.5
7-10 kez	48	24	2001-4000 TL	39	19.5
Diğer	5	2.5	Diğer	7	3.5
TOPLAM	200	100.00		200	100.00

Tablo 1'deki verileri demografik açıdan incelediğimizde, katılımcıların %54'ünün erkek olduğu, %53'ünün bekar olduğu, %46'sının "15-25" yaş aralığında olduğu, %36'sının lise mezunu olduğu, %53'ünün ilk olarak devlet hastanesini seçtiği, %89'unun sağlık güvencesinin olduğu, %37,5'inin eski sistemde SSK'ya tabi olduğu, %38,5'inin son altı ay içerisinde en az "1-3 kez" hastaneye gittiği ve %31,5'inin de "1001-4000 TL" gelire sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın sonucunu en iyi şekilde yansıtacağı düşünülen dört değerlendirme belirlenmiştir. Diğer değerlendirmelerin sonuçları da Ek-1 ve Ek-2'de verilmiştir. Aşağıda yer alan Tablo 2'de bahsedilen dört değerlendirmeye ilişkin tek yönlü varyans analizinin sonuçlarını göstermektedir. Belirlenen bu dört değerlendirme ile birlikte "yaş", "eğitim düzeyi", "gelir seviyesi" ve "eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu" bağımsız değişkenleri düşünülerek 16 hipotez oluşturulmuştur.

Tablo 2. Sağlık Sistemi İle İlgili İfadeler İçin Varyans Analizinin Sonuçları

Değerlendirmeler	Yaş		Eğitim Düzeyi		Gelir Seviyesi		Eski Sistemde Tabi Olunan Sigorta Kurumu	
	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi
1. Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlamaktadır.	4,356	,005*	1,685	,127	1,885	,115	1,920	,109
2. Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı.	8,177	,000*	4,895	,000*	,383	,821	,910	,459
3. Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.	11,855	,000*	5,831	,000*	1,327	,261	,979	,420
4. Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.	6,201	,000*	2,019	,065	2,097	,083	2,498	,044*

*Anlamlılık düzeyi % 5 ve %1'in altında çıkan bağımsız değişken ile değerlendirmeler arasında sistematik bir farklılığın olduğu söylenebilir.

Bu kapsamda aşağıda analiz sonucunda bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenlere yönelik elde edilen sonuçlar için hipotez sonuçları değerlendirilmiştir.

H1: “Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır” görüşü yaş değişkenine göre farklılık gösterir.

Başlatılan sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte, verimsiz ve hantal olduğu ileri sürülen yapının yeniden organize edilerek, vatandaş odaklı ve kaliteli bir hizmet sunumu sağlanması istenilmiştir. Ek 2’de yer alan tablodan görülebildiği gibi ankete katılanların % 64’ü sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapının giderilerek, sağlık hizmeti sunumunda belirli bir kalite düzeyinin yakalandığı görüşünü paylaşmaktadır (ortalama: 2.350).

Bağımsız yaş grubu değişkeni ile belirlenen bu değerlendirmenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2’de belirtilmiştir. Anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılarak H1 hipotezi kabul edilmiştir (F=4.356). Daha sonra Tukey testi uygulanarak hangi yaş gruplarının değişkenlik gösterdiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 3. H1 Hipotezinin Tukey Testi Değerlendirmesi

(I) Yaş	(J) Yaş	Ortalama Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlam Düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
56 - yukarı	15-25	-,76779*	,27342	,028	-1,4763	-,0593
	26-35	-1,12784*	,31908	,003	-1,9546	-,3010
	36-55	-,83502*	,29140	,024	-1,5901	-,0799

*. Ortalama farkı 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Yukarıda verilen Tablo 3’e göre, “56 ve yukarı” yaş grubunun diğer gruplara göre değerlendirmeyi daha olumlu karşıladığı saptanmıştır. Frekans dağılımlarında da “56 ve yukarı” yaş grubunun bu değerlendirmeye olumlu yaklaşması sonucu destekler niteliktedir (%90,9). Kısacası “56 ve yukarı” yaş grubunun daha çok sağlık hizmetinden yararlandığını ve değerlendirmek için daha çok fırsatlarının olduğunu düşünebiliriz.

H2: “Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır” görüşü eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, “eğitim düzeyi”, alt bileşeni için herhangi bir istatistikî olarak anlamlı bir sonuç (F:1,685) çıkmamıştır. Buna göre H2 hipotezi red edilmiştir.

H3: “Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır” görüşü gelir seviyesi değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, “gelir seviyesi”, alt bileşeni için herhangi bir istatistikî olarak anlamlı bir sonuç (F:1,885) çıkmamıştır. Buna göre H3 hipotezi red edilmiştir.

H4: “Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır” görüşü eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu”, alt bileşeni için herhangi bir istatistikî olarak anlamlı bir sonuç (F:1,920) çıkmamıştır. Buna göre H4 hipotezi red edilmiştir.

H5: “Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı”, görüşü yaş değişkenine göre farklılık gösterir.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile birlikte SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. Bu uygulamayla birlikte herkesin eşit imkânlarla sahip olunması amaçlanmıştır. Kişilerin istedikleri her hastaneye gidebilmesi, istedikleri eczaneden ilaç alabilmeleri örnek gösterilebilir (Çelikay ve Gümüş, 2011). EK 2'de yer alan tablodan görülebildiği gibi katılımcıların yaklaşık % 82'si eski sistemin en olumsuz özelliğinin SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının sağlık sisteminden yararlanmaları sürecinde farklı işlemlere tabi tutulması olduğunu düşünmektedir (ortalama: 1.635).

Bağımsız yaş grubu değişkeni ile belirlenen bu değerlendirmenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılarak H5 hipotezi kabul edilmiştir (F=8,177). Daha sonra Tukey testi uygulanarak hangi yaş gruplarının değişkenlik gösterdiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 4. H5 Hipotezinin Tukey Testi Değerlendirmesi

(I) Yaş	(J) Yaş	Ortalama Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlam Düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
15-25	26-35	,39402	,18560	,149	-,0869	,8749
	36-55	,62319*	,15503	,000	,2215	1,0249
	56 - yukarı	,82016*	,21462	,001	,2640	1,3763

*. Ortalama farkı 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Yukarıda Tablo 4'e göre bu değişkenliğin nedeni, "15-25", "36-55" ve "56 ve yukarı" yaş grubu arasındaki farklılıklar olarak belirlenmiştir. Frekans dağılımlarında da "56 ve yukarı" yaş grubunun (%95,4) ve "36-55" yaş grubunun (%90,7) bu değerlendirmeye olumlu bakması bu sonucu desteklemiştir.

H6: "Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı." Görüşü eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterir.

Bağımsız eğitim seviyesi değişkeni ile belirlenen bu değerlendirmenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılarak H6 hipotezi kabul edilmiştir (F=4,895). Daha sonra Tukey testi uygulanarak hangi eğitim seviyesi gruplarının değişkenlik gösterdiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 5. H6 Hipotezinin Tukey Testi Değerlendirmesi

(I) Eğitim seviyesi	(J) Eğitim Seviyesi	Ortalama Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlam Düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
ilkokul	ortaokul	-,08571	,37288	1,000	-1,1968	1,0254
	lise	-,81786*	,18557	,000	-1,3708	-,2649
	yüksekokul	-1,27619*	,39793	,026	-2,4619	-,0905
	üniversite	-,53441	,18600	,067	-1,0886	,0198
	yüksek lisans	-1,22857*	,37288	,020	-2,3396	-,1175
	doktora	-,94286	,65475	,779	-2,8938	1,0081

*. Ortalama farkı 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Yukarıda Tablo 5'e göre ilkokul, lise, yüksekokul ve yüksek lisans mezunlarının verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Frekans dağılımlarında da ilkokul mezunlarının tamamının diğer gruplara göre daha olumlu bakması sonucu desteklemiştir. Bu sonucun beklentilerle paralel olduğunu düşünebiliriz çünkü kişilerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlıktan beklentileri de artmaktadır.

H7: “Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı.” Görüşü gelir seviyesi değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, “gelir seviyesi”, alt bileşeni için herhangi bir istatistiki olarak anlamlı sonuç (F:383) çıkmamıştır. Buna göre H7 hipotezi red edilmiştir.

H8: “Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı.” Görüşü eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu”, alt bileşeni için herhangi bir istatistiki olarak anlamlı sonuç (F:910) çıkmamıştır. Buna göre H8 hipotezi red edilmiştir.

H9: “Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir” görüşü yaş değişkenine göre farklılık gösterir.

Sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin, kendilerini güvende hissedebilmeleri için etkin ve sürdürülebilir bir sağlık sistemine ihtiyaçları vardır. Bu yeterliliği ölçebilmek için de ankete katılanlara H9 hipotezi yönetilmiştir. (Çelikay ve Gümüş, 2011). Söz konusu değerlendirmeye ilişkin verilen cevapların dağılımı EK 2'deki tabloda yer almaktadır. Bu verilere göre ankete katılanların sadece % 45'i mevcut sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yeterli olduğunu düşünürken, neredeyse yarısı bu değerlendirmeye katılmamaktadır. Kararsızlar da dikkate alındığında toplumun çok büyük bir kesiminin günümüz sağlık sistemine güvenmediği ve sağlık risklerini kapsadığına inanmadığı görülmektedir (ortalama: 2.725).

Bağımsız yaş grubu değişkeni ile belirlenen bu değerlendirmenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılarak H9 hipotezi kabul edilmiştir (F=11,855). Daha sonra Tukey testi uygulanarak hangi yaş gruplarının değişkenlik gösterdiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 6. H9 Hipotezinin Tukey Testi Değerlendirmesi

(I) Yaş	(J) Yaş	Ortalama Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlam Düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
56 - yukarı	15-25	-1,38538*	,24653	,000	-2,0242	-,7466
	26-35	-1,33239*	,28770	,000	-2,0779	-,5869
	36-55	-,88215*	,26274	,005	-1,5630	-,2013

*. Ortalama farkı 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Yukarıdaki Tablo 6'ya göre bu değişkenliğin nedeni de, "56 ve yukarı" yaş grubu ile diğer yaş grupları arasındaki farklılıktır. Frekans dağılımlarında da "56 ve yukarı" yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre daha olumsuz baktığı gözlemlenmiştir (%36,4).

H10: "Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir" görüşü eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterir.

Bağımsız eğitim seviyesi değişkeni ile belirlenen bu değerlendirmenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılarak H10 hipotezi kabul edilmiştir (F=5,831). Daha sonra Tukey testi uygulanarak hangi eğitim seviyesi gruplarının değişkenlik gösterdiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 7. H10 Hipotezinin Tukey Testi Değerlendirmesi

(I) Eğitim Seviyesi	(J) Eğitim Seviyesi	Ortalama Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlam Düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
ilkokul	ortaokul	-,51429	,43346	,899	-1,8059	,7773
	lise	-1,12738*	,21572	,000	-1,7702	-,4846
	yüksekokul	-1,91905*	,46258	,001	-3,2974	-,5407
	üniversite	-,83219*	,21622	,003	-1,4765	-,1879
	yüksek lisans	-,80000	,43346	,519	-2,0916	,4916
	doktora	-,58571	,76113	,988	-2,8537	1,6822

*. Ortalama farkı 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Yukarıdaki Tablo 7'ye göre, ilkokul, lise, yüksekokul ve üniversite mezunlarının verdikleri cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Frekans dağılımların da ilkokul mezunlarının diğer seviyelerden mezun olanlara göre daha olumsuz baktığı gözlemlenmiştir (%40). Bu sonucun beklentilerle paralel olduğunu düşünebiliriz çünkü kişilerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlıktan beklentileri de artmaktadır.

H11: “Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir” görüşü gelir seviyesi değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, “gelir seviyesi”, alt bileşeni için herhangi bir istatistikî olarak anlamlı sonuç (F:1,327) çıkmamıştır. Buna göre H11 hipotezi red edilmiştir.

H12: “Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir” görüşü eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu”, alt bileşeni için herhangi bir istatistikî olarak anlamlı sonuç (F:,979) çıkmamıştır. Buna göre H12 hipotezi red edilmiştir.

H13: “Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.” görüşü yaş değişkenine göre farklılık gösterir.

Sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte gelen yeniliklerin devam ettirilebilmesi için bu değişikliklerin toplum tarafından kabullenilmesi gerekmektedir. Toplumun bakış açısını belirlemek içinde edebilmesi için de H13 hipotezi değerlendirmesi ankete katılanlara sorulmuştur. EK 2'de yer alan tablodan görüldüğü gibi vatandaşların yaklaşık % 64,5'i yakın gelecekte sağlık sistemin daha etkin işleyeceğine inanmaktayken, yaklaşık % 11'i bu görüşe katılmamakta, % 24,5'i ise çekimser kalmaktadır (ortalama: 2.240).

Bağımsız yaş grubu değişkeni ile belirlenen bu değerlendirmenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılarak H13 hipotezi kabul edilmiştir (F=6,201). Daha sonra Tukey testi uygulanarak hangi yaş gruplarının değişkenlik gösterdiği belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 8. H13 Hipotezinin Tukey Testi Değerlendirmesi

(I) Yaş	(J) Yaş	Ortalama Fark (I-J)	Standart Sapma	Anlam Düzeyi	95% Güven Aralığı	
					Alt Sınır	Üst Sınır
15-25	26-35	-,58967*	,19836	,017	-1,1037	-,0757
	36-55	-,34662	,16569	,159	-,7760	,0827
	56 - yukarı	,41601	,22938	,270	-,1784	1,0104
56 - yukarı	15-25	-,41601	,22938	,270	-1,0104	,1784
	26-35	-1,00568*	,26769	,001	-1,6993	-,3120
	36-55	-,76263*	,24446	,011	-1,3961	-,1292

*. Ortalama farkı 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 8'e baktığımızda "56 ve yukarı" yaş grubu ile "26-35" ve "36-55" yaş grubu arasında anlamlık farklılıklar görülmektedir. Frekans dağılımlarına baktığımız zaman "56 ve yukarı" yaş grubunun diğerlerine göre daha olumlu baktığı da gözlemlenmiştir (%90,9). Diğer bir farklılık ise "15-25" ile "26-35" yaş grupları arasında görülmektedir. Yine frekans dağılıma bakacak olursak, "15-25" yaş grubunun "26-35" yaş grubuna göre daha olumlu baktığı gözlemlenmiştir.

H14: "Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır." görüşü eğitim düzeyi değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, "eğitim düzeyi", alt bileşeni için herhangi bir istatistiki olarak anlamlı sonuç (F:0,065) çıkmamıştır. Buna göre H14 hipotezi red edilmiştir.

H15: "Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır." görüşü gelir seviyesi değişkenine göre farklılık gösterir.

Tek yönlü varyans analizi ile Tablo 2'deki sonuçlar incelendiğinde, "gelir seviyesi", alt bileşeni için herhangi bir istatistiki olarak anlamlı sonuç (F:2,097) çıkmamıştır. Buna göre H15 hipotezi red edilmiştir.

H16: "Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır." görüşü eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu değişkenine göre farklılık gösterir.

Bağımsız eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu değişkeni ile belirlenen bu değerlendirmenin arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2'de belirtilmiştir. Anlamlı

bir farklılık olduğu sonucuna varılarak H16 hipotezi kabul edilmiştir (F=2,498). Daha sonra Tukey testi uygulanarak hangi eğitim seviyesi gruplarının değişkenlik gösterdiği belirlenmeye çalışılmıştır. Fakat her bir alt grubun anlamlılık düzeyi %5'ten büyük olduğu için H16 hipotezi ile ilgili değerlendirmeye alakalı bir farklılık bulunamamıştır.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Eski sistemde SSK ve Bağ-Kur'a tabi olanların emekli sandığına tabi olanlara göre daha fazla sistemi benimsedikleri ortaya çıkmıştır. Gelir seviyesi arttıkça da sistemden beklentilerin arttığı belirlenmiştir. Dolayısıyla genel memnuniyet oranının bu anlamda azaldığı ifade edilebilir. Eğitim düzeyi ve yaş oranı arttıkça da memnuniyet oranının da azaldığı tespit edilmiştir.

Sonuçlara bağımlı değişkenler açısından bakıldığında ise eski sistemde SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığına kayıtlı olan katılımcıların %82'sinin farklı işlemlere tabi tutulduklarını ve bu durumun adaletsiz olduğunu dile getirdikleri belirlenmiştir. Daha önce Eracar (2013) tarafından İstanbul'da yapılan bir araştırmada bu sonucu desteklemektedir. Araştırmaya göre, 2002'den sonra SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kurun tek çatı altında birleşmesine ilişkin memnuniyet düzeylerinde kişilerin yaklaşık % 75'inin memnun olduğunu, yaklaşık % 10'unun memnun olmadığını, yaklaşık % 14'ünün ise bilgi sahibi olmadıklarını bulgulamıştır. Koçak ve Tiryaki (2011) tarafından Yalova'da yapılan bir araştırma da bu sonucu destekler niteliktedir. Araştırmaya katılanların %75,2'si bu kurumların tek çatı altında toplanmasını olumlu karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların memnun oldukları diğer bir önemli konu ise, artık ilaçların herhangi bir eczaneden alınabiliyor olmasıdır. Katılımcıların yaklaşık olarak %89'u bu değişimi olumlu bulduklarını belirtmişlerdir. Daha önce Çelikay ve Gümüş (2011) tarafından Eskişehir'de yapılan çalışmada bu sonucu destekler niteliktedir. Katılımcıların %77,8'i ilaçları istenilen eczaneden alınabilmesi için olumlu karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Ankete katılan vatandaşların memnun oldukları diğer önemli alanlara bakıldığında; %70'i sağlık güvencelerinin arttığını, %63'ü hizmet sunumunun iyileştirildiğini ve %90'ı da gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altında çocukların devletçe kapsama alınmasının olumlu bir gelişme olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %69'u herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak aile hekimine gidilmesi gerektiğini belirtmiştir ki buradan kişilerde sistemin en önemli kısımlarından biri olan bu alanın farkındalığının oluştuğunu görmek mümkündür. Fakat katılımcıların sadece %33'ü sevk zinciri müesseselerinin etkin işlediğini düşünmektedir. Katılımcıların yaklaşık olarak %73'ü getirilen yeniliklerin kendilerine tanıtılmadığından çok karmaşık geldiğini düşünmesi de

bu sonucu destekler niteliktedir. Sonuç olarak, katılımcıların sağlıkta dönüşüm programını olumlu fakat yetersiz bir gelişme olarak gördükleri görüşü içerisinde oldukları ifade edilebilir.

Sonuç olarak, sağlık kuruluşuna gelen müşterileri (hastaları) memnun etmek isteyen kurumlara şu önerilerde bulunulabilir: Kuruma gelen kişilerin ne istedikleri iyi bir şekilde belirlenmeli ve kaliteli bir hizmet sunumu için geribildirimlere önem verilip kurum kendini güncellemelidir. Sistemin adaletli bir şekilde işleyip işlemediği, kurulan bağımsız kontrol mekanizmaları tarafından denetlenmelidir. Bireylerin kendilerini daha iyi hissedebilmeleri için sisteme olan katkılarının çok önemli olduğundan sürekli bahsedilmelidir. Son olarak, gelecekte olması düşünülen değişikliklerin toplum tarafından iyi bir şekilde kabul edilmesi için önceden tanıtımının ve bilgilendirilmesinin çok iyi yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akdur, Recep (1999), “**Türkiye’ de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslaması**”, Ankara, 2-37
- Aktan, Coşkun C. ve Işık, A. Kadir (2010), “**Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler**”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, (İndirilme Tarihi: 30.12.2014)
- Bahçe Serdal - Köktaş, Altuğ. M. - Abukan, Deniz (2013), “**Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’ de Sağlıkta Dönüşüm Programı**”, International Conference On Eurasian Economies, 298-306
- Bernstein, Jill - Chollet, Deborah - Peterson, Gregory (2010), “**Encouraging Appropriate Use of Preventive Health Services**”, Mathematica Policy Research, Number 2, 1-5
- Cantürk, Özlem (2012), “**Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği**”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1-143
- Çelikay, Ferdi ve Gümüş, Erdal (2011), “**Sağlık Dönüşümünün Ampirik Analizi**”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 66(3), 55-92
- Çiftçi, Halil İbrahim (2015), “**Dünyada Sağlık Harcamaları**”, http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=39:duenyada-salik-harcamaları&catid=16:salk-ekonomisi&Itemid=5, (İndirilme Tarihi: 15.01.2015)
- Çiftçi, Halil İbrahim (2012), “**Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansmanı**”, http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=38:cetlu, (İndirilme Tarihi: 30.12.2014)
- Çoban, Mustafa - Esatoğlu, Afsun E. - İzgi, Mustafa C. (2014), “**Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi**”, Türkiye Biyoetik Dergisi, 1-3, 154-176
- Er, Ünal (2011), “**Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası**”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 6-198
- Eracar, Ramazan (2013), “**Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Türkiye’ de Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Ankara İli Özel İki Hastane Uygulaması**”, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1-111
- Filiz, Yasemin (2010), “**Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi**”, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansman ABD, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1-121

- Harmancı Seren, Arzu K. (2014), “**Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Projesine İlişkin Görüşleri**”, Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi, 1(1), 19-23
- Koçak, Orhan ve Tiryaki, Davut (2011), “**Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği**”, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(19), 55-88
- Kol, Emre (2014), “**Türkiye’ de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir’ de Alt Gelir Grupları Üzerinde Bir İnceleme**”, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri ABD, Doktora Tezi, Eskişehir, 1-177
- Memiş, S. Arslanhan, (2012), “**Son Dönmedeki Sağlık Harcamalarının Analizi**”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), Yayın No.201283
- Oğuz, Şeref, “**Sağlık Ekonomisi**”, Sabah Gazetesi, 22.08.2008
- Sağlık Bakanlığı (2008), “**İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**”, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2010), “**Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması**”, http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_personeli_memnuniyeti_arastirmasi.pdf, (İndirilme Tarihi: 23.02.2015)
- Sağlık Bakanlığı (2012), “**Sağlıkta Dönüşüm Programı**”, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagliktdonusum.pdf>, (İndirilme Tarihi: 30.12.2014)
- Sargutan, A. Erdal (2005), “**Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı**”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 81-110
- Sargutan A. Erdal (2006), “**Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri - Kavram, Metot Ve Uygulamalar, Ülkelerin Sağlık Sektörlerinin Genel Sistem Ve Mali Yapıları, Sağlık Sistemi Tipleri Ve Belirgin Özellikleri Üle Örneklere, Türkiye Sağlık Sektörünün Sistem Ve Mali Yapıları**”, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara
- Sönmez, Mustafa (2011), “**Paran Kadar Sağlık- Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi**”, Yordam Kitap, İstanbul
- OECD (2008), “**Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye, OECD ve IBRD/Dünya Bankası**”, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>, (İndirilme Tarihi: 30.12.2014)
- World Health Organization (1981), “**Global Strategy for Health All By the Year 2000**”, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, (İndirilme Tarihi: 30.12.2014)

- Tatar, Mehtap (2011), “**Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’ de Gelişimi**”, Sosyal Güvenlik Dergisi, 103-13
- TUİK, (2014), “**Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2013**”, TUİK Haber Bülteni, Sayı:16161, 5 Kasım 2014
- Turanlı, Münevver (2011), “**Sosyal Güvencesi Olan Hastalar ve Sağlıkta Dönüşüm Programına Bakış**”, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul
- www.oecd.org.tr, 2011, Health Data (İndirilme Tarihi: 14.02.2015)
- Yıldırım, Hasan H., (2013), **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Sağlık-Sen Yayınları No: 21, Mattek Matbaacılık, Ankara

EKLER**EK-1 VARYANS ANALİZİ SONUÇLARI**

Değerlendirmeler	Yaş		Eğitim Düzeyi		Gelir Seviyesi		Eski Sistemde Tabi Olunan Sigorta Kurumu	
	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi
Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır.	1,938	,125	,815	,560	1,863	,118	1,587	,179
Sunulan sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması gereksiz yere hastanelere ya da aile hekimine gidilmesini engellemektedir.	4,552	,004*	3,881	,001*	,984	,418	1,644	,165
Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlamaktadır.	4,356	,005*	1,685	,127	1,885	,115	1,920	,109
Özel hastaneler hizmet sunumu bakımından devlet hastaneleriyle rekabet edebilecek seviyeye ulaşmışlardır.	5,067	,002*	2,400	,029*	1,342	,256	2,889	,024*
Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır.	9,749	,000*	1,263	,276	1,115	,351	2,952	,021*
Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir.	3,962	,009*	,923	,480	,654	,625	1,499	,204

Hastalar, sağlık ocaklarında yeteri kadar ekipman ve nitelikli personel olmadığı için devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gitmeyi tercih etmektedirler.	1,156	,328	1,861	,089	,456	,768	4,847	,001*
Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelme gözlemlenmektedir.	7,867	,000*	2,976	,008*	2,362	,055	3,188	,015*
Hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının son derece kalabalık olması sağlık sisteminin en önemli problemlerindedir.	7,045	,000*	3,161	,006*	2,267	,063	2,290	,061
Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı.	8,177	,000*	4,895	,000*	,383	,821	,910	,459
Sağlık sigortası prim oranlarının seviyesi ve cezaların caydırıcılığı ile denetimin etkinliği, primlerin zamanında ödenmesinin temel belirleyicilerindedir.	1,867	,136	,758	,604	1,138	,340	3,388	,010*
Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir.	,384	,764	,763	,600	,506	,732	1,003	,407
Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir.	,253	,859	,942	,466	,433	,784	1,043	,386
Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.	11,855	,000*	5,831	,000*	1,327	,261	,979	,420
Gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altındaki çocuklarının devletçe genel sağlık sigortası kapsamına alınması olumlu bir gelişmedir.	1,771	,154	1,716	,119	2,320	,058	,821	,513

Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen sevk zinciri müessesesi etkin bir şekilde işlemektedir.	8,665	,000*	4,456	,000*	1,703	,151	2,458	,047*
Sağlık hizmetini kaliteli ve eksiksiz sunan sağlık kurumuna hizmeti alanlar ilave katkı yapmayı kabul ederler.	3,716	,012*	1,980	,070	4,405	,002*	1,179	,321
Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir.	3,047	,030*	2,277	,038*	,583	,675	2,279	,062
Sağlık sisteminde uygulanmaya çalışılan aile hekimliği kurumu kaliteli hizmet sunamadığı için etkin işlememektedir.	4,351	,005*	,580	,746	2,060	,088	1,826	,125
Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense özel hastanelerde ek ücret ödenerek sağlık hizmeti talep edilmesi tercih edilmektedir.	5,067	,002*	2,400	,029*	1,342	,256	2,889	,024*
Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır.	3,226	,024*	1,208	,304	,649	,628	,551	,698
Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.	6,201	,000*	2,019	,065	2,097	,083	2,498	,044*
Sağlık reformu ile getirilen aile hekimliği, sevk zinciri ve katılım payı gibi yenilikler vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından sistem karmaşık hale gelmiştir.	3,962	,009*	,923	,480	,654	,625	1,499	,204
Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir.	6,554	,000*	4,478	,000*	2,720	,031*	1,669	,159

EK-2 DEĞERLENDİRMELERİN ORTALAMASI VE FREKANS DAĞILIMLARI

Değerlendirmeler	ORTALAMA	FREKANS DAĞILIMLARI				
		Kesinlikle Katılıyorum	Katılmıyorum	Orta Düzeyde Katılıyorum	Katılmıyorum	Hiç Katılmıyorum
Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır.	2,115	27,0	49,5	12,0	8,0	3,5
Sunulan sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması gereksiz yere hastanelere ya da aile hekimine gidilmesini engellemektedir.	2,325	18,0	44,5	26,5	9,0	2,0
Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlamaktadır.	2,350	26,5	37,5	16,5	13,5	6,0
Özel hastaneler hizmet sunumu bakımından devlet hastaneleriyle rekabet edebilecek seviyeye ulaşmışlardır.	2,110	31,0	38,5	14,0	8,5	8,0
Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır.	2,600	16,5	34,0	28,0	16,0	5,5
Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir.	2,100	36,5	40,0	12,0	7,5	4,0
Hastalar,sağlık ocaklarında yeteri kadar ekipman ve nitelikli personel olmadığı için devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gitmeyi tercih etmektedirler.	1,865	43,5	38,5	9,0	6,0	3,0
Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelmeye gözlemlenmektedir.	2,510	18,5	34,0	31,5	10,0	6,0

Hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının son derece kalabalık olması sağlık sisteminin en önemli problemlerindendir.	1,585	65,0	23,5	3,0	5,0	3,5
Eski sistemin en olumsuz yanı SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının farklı sağlık kurumlarında farklı işlemlere tabi tutularak genel anlamda adaletsiz bir hizmet sunumu ile karşılaşmalarıydı.	1,635	61,5	20,5	12,5	4,0	1,5
Sağlık sigortası prim oranlarının seviyesi ve cezaların caydırıcılığı ile denetimin etkinliği, primlerin zamanında ödenmesinin temel belirleyicilerindendir.	2,485	13,5	37,0	38,5	9,5	1,5
Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir.	2,720	9,5	33,0	38,0	15,0	4,5
Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir.	2,595	16,0	29,5	38,5	11,0	5,0
Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.	2,725	14,5	31,5	26,0	23,0	5,0
Gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altındaki çocuklarının devletçe genel sağlık sigortası kapsamına alınması olumlu bir gelişmedir.	1,785	43,0	46,5	5,5	3,5	1,5
Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen sevk zinciri müessesesi etkin bir şekilde işlemektedir.	2,985	11,0	21,0	38,0	18,5	11,5
Sağlık hizmetini kaliteli ve eksiksiz sunan sağlık kurumuna hizmeti alanlar ilave katkı yapmayı kabul ederler.	2,335	14,0	51,5	25,0	6,0	3,5
Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir.	1,635	55,0	33,5	6,0	4,0	1,5
Sağlık sisteminde uygulanmaya çalışılan aile hekimliği kurumu kaliteli hizmet sunamadığı için etkin işlememektedir.	2,200	28,0	41,5	16,5	10,5	3,5
Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense özel hastanelerde ek ücret ödenerek sağlık hizmeti talep edilmesi tercih edilmektedir.	2,110	27,5	48,0	12,5	10,0	2,0
Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır.	2,250	22,5	46,0	18,0	11,0	2,5
Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.	2,240	25,0	39,5	24,5	8,5	2,5

Sağlık reformu ile getirilen aile hekimliği, sevk zinciri ve katılım payı gibi yenilikler vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından sistem karmaşık hale gelmiştir.	2,100	34,5	36,0	16,5	11,0	2,0
Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir.	3,390	11,0	16,0	17,0	35,0	21,0

