

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN AMPİRİK ANALİZİ

Ar. Gör. Ferdi Çelikay

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Erdal Gümüş

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi



Özet

Sağlıkta dönüşüm çerçevesinde yeniden yapılandırılan Türk sağlık sisteminin etkinliği, sağlık hizmetlerini arz edenler ile bu hizmetleri talep edenlerin karşılıklı uyumuna bağlıdır. Sistemin geleceğini ve başarısını ise önceki sistemin aksayan yönlerini gideren çözümler üretmesinin yanında, hizmetlerin nitelikli, kolayca erişilebilir ve yaygın olarak sunulması belirleyecektir. Bu çalışma, 2000’li yıllarda başlayan sağlıkta dönüşümün oluşturduğu yeni sistemi analitik olarak değerlendirmektedir. Çalışmada, örnekleme yöntemi kullanılarak vatandaşlara sağlık sistemi ile ilgili bir anket uygulanmıştır. Veriler ANOVA tekniği ile analize tabi tutulmuştur. Çalışma, vatandaşların genel olarak “oluşan yeni sistemi olumlu buldukları” sonucuna varmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık hizmetleri, sağlık finansmanı, sağlık sigortası, sağlık politikası, sağlık ekonomisi

Empirical Analysis of Transformation in Health

Abstract

The efficiency of Turkish health system, which was restructured by the health transformation framework, depends on the mutual compliance of both health service providers and demanders. The future and success of the new health system may be determined by solving problems that were generated from old system and by providing qualified, easily accessible, widespread health services. This study analytically evaluates the new health system structured by the transformation of health during years of 2000’s. In this study, by employing a sampling method, a questionnaire was used to ask and get opinion of citizens about the health system. Data were analyzed using ANOVA technique. The study reaches the conclusion that “citizens generally find the new health system favorable”.

Keywords: Health services, health financing, health insurance, health policy, health economics

Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi

Giriş

Ülkemiz sağlık sisteminde yaşanan değişim süreciyle beraber gerek sağlık hizmetlerinin finansmanı ve gerekse sunumunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Sağlık sisteminde yapılan değişimin topluma yansımaları önem arz etmektedir. Bu çalışmada, sağlık sistemine ilişkin yapılan anket çalışması ile derlenen veriler ANOVA testi kullanılarak analiz edilmekte ve varılan sonuçlar ışığında sistemin daha da iyileşmesine yönelik politika önerilerine yer verilmektedir.

Genel olarak sağlık, bireyin hastalık veya sakatlık durumunun olmaması yanında, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir huzur içerisinde bulunması olarak tanımlanabilir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47; World Health Organization, 1981: 20). Sağlık hizmetleri ise toplumu oluşturan bireyleri çeşitli hastalık ve sakatlıklardan koruyarak, ruhsal, iktisadi ve sosyal bağlamda yaşamlarını huzur içerisinde sürdürebilmelerini temin edebilme amaçlı faaliyetler bütünüdür (Akdur, 2006: 17-20; Tekin, 1987: 264-266). Günümüzde sosyal refah anlayışını benimseyen devletler, temel insan hakkı olan sağlık hizmetlerini tüm topluma etkin, verimli ve yeterli bir düzeyde sunmak ya da gerekli tedbirleri almakla yükümlü görülmektedirler.

Sağlık hizmetleri;

- Koruyucu (önleme amaçlı) sağlık hizmetleri
- Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri
- Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri olmak üzere sınıflandırılmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri ile birey ve toplumun karşılaşabileceği çeşitli hastalık riskleri minimum seviyeye indirgenmek istenmektedir. Böylece

sağlıklı yaşam potansiyeli korunacak ve hayat standardı arttırılabilecektir (Akdur, 2006: 13). Özellikle yayılma ihtimali olan hastalıkların, kamu sağlığını tehdit eden çevresel faktörlerin önlenmesi gibi faaliyetler sadece bireye değil tüm topluma fayda sağlayacaktır (Aydın, 2008: 18). Sağladığı faydanın tüm toplumu kuşatması, aynı zamanda finansmanının kamu ekonomisine karşılanması gibi nedenlerle koruyucu sağlık hizmetlerinin “salt sosyal mal” olduğu söylenebilmektedir (Altay, 2007: 36). Bu hizmetlerin temel özelliği hastalık daha ortaya çıkmadan engellemeyi hedeflemesinden ileri gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarınca görülmektedir. Bu kuruluşlar, aile hekimleri (koruyucu hekimler), ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri ile verem savaş dispanserleri gibi müesseselerdir (Devlet Planlama Teşkilatı, 2004: 170-184).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, bireyin hastalanması ve sağlık kuruluşlarına başvurusuyla birlikte başlayan tetkik, muayene ve tedavi sürecini kapsamaktadır. Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyetler içermekte, kompleks bir şekilde organize olmuş, kalifiye personel ve ekipmana sahip kuruluşlar gerektirmektedir (Altay, 2007: 35). Bu tür hizmetlerin sunumunda basamak sistemi ve bu sistem içinde de sevk zinciri işlemektedir. Söz konusu hizmetlerin görülebilmesi için hastalığın niteliğine göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç basamak bulunmakta, bu basamaklarda kendi aralarında süzgeç vazifesi görmektedirler (Devlet Planlama Teşkilatı, 2001: 44). Sevk zincirinin ilk kademesini oluşturan birinci basamak sağlık kuruluşlarında genelde yatak bulunmamakla birlikte hastaların tedavileri ayakta ya da evde yapılmaktadır (Özdemir, Ocaktan ve Akdur, 2003: 208). Birinci basamak kuruluşlarda giderilemeyen ya da ciddi sağlık sorunu olan hastaların, uzman hekimlerce özel ya da devlet hastanelerine yatırılarak tetkik, teşhis ve tedavi edildiği kuruluşlar ikinci basamağı oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 46). Üçüncü basamak ise onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri, akıl-ruh ve sinir hastalıkları merkezleri gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış olan kuruluşlardan oluşmakta olup, özellikle ihtisas gerektiren sağlık hizmetine gereksinim duyulduğu durumlarda ikinci basamak sağlık kuruluşlarınca hastaların sevk edildiği zincirin son halkasıdır (Çalış, 2006: 172).

Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri ise yaşadığı ciddi bir hastalık ya da deprem, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan olaylar sonrasında bedeni ya da ruhi yönden sakat kalmış olan bireylerin, fiziki ve sosyal açıdan tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini, bu şekilde moral depolamalarını sağlamaya çalışan hizmet çeşididir (Özkara, 2006: 78). Literatürde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından hukuki, mali ve iktisadi yönden konuyu inceleyen pek

çok çalışma vardır (Doetinchem, Scramn ve Schmidt, 2006; Erençin ve Yolcu, 2008; Ağartan, 2007; Akdere, 2009; Başara ve Şahin, 2008; Bulut, 2007; Carrin ve James, 2005; Ener ve Demircan, 2008; Gümüş, 2010; Güneş ve Yakar, 2004; Gürsoy ve Aksu, 2007; World Bank, 2003; World Health Organization, 2009). Bu çalışmalar incelendiğinde hastanelerdeki aşırı yoğunluğun ve yetersiz hizmet sunumunun ülkemiz sağlık sisteminin en önemli problemleri arasında yer aldığı görülmektedir. Yukarıda yer alan çalışmaların dışında konuyu daha spesifik olarak inceleyen Özkara (2006), ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince ağırlık verilmemesi nedeniyle devlet hastanelerine yığılmaların çoğaldığını, bunun da sağlığın finansmanını daha maliyetli bir hale getirdiğini ifade etmektedir.

Sağlıkta yeni bir sistem oluşturulurken diğer ülkelerdeki sağlık sistemleri incelenmeli ve olumlu yönleri üzerinde önemle durulmalıdır. Özdemir, Ocaktan ve Akdur (2003), Türkiye ile Portekiz, İngiltere, İtalya, Almanya ve Hollanda gibi çeşitli Avrupa ülkelerini, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tahsisi açısından karşılaştırmış, bu ülkelerde uygulanmakta olan finansman sistemlerinin Türk sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması sürecinde dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Sosyal güvenlik, eğitim, sağlık gibi tüm toplumu ilgilendiren alanlarda atılan adımların arzu edilen düzeyde sonuç vermesi zamanla gerçekleşebilmektedir. Sağlıkta dönüşüm sürecini ve genel sağlık sigortasını, Türk sağlık sisteminde yapılan reformlar açısından inceleyen Yıldırım (2006), sistemin tüm toplumu kapsayabilmesi için bir geçiş sürecinin gerekliliğine değinmiştir.

Günümüzde, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve etkin sunumunda merkezi yönetimin yanında yerel yönetimlerin de önemli görevler üstlenmesi, hizmet çeşitliliği ve bölgelerarası farklılıkların giderilmesi açısından önemli görülmektedir. Ülkemizdeki yerel yönetimlerin bu konuda henüz bir girişimde bulunmadığı görülmekte olup, bu konuda bazı teşvik politikaları geliştirilebilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında piyasa mekanizması, kamu ekonomisi ya da bunların bileşimi ile oluşan karma finansman modeli uygulanabilir. Piyasa mekanizmasında bireysel ödeme ya da özel sağlık sigortası yolu ile finansman sağlanabilir. Bu yol hizmet talep edenler açısından oldukça maliyetli olabilir. Kamusal finansmanda ise vergiler kullanılabilmesi gibi zorunlu sosyal sağlık sigortası ile yük tüm topluma yayılabilir.

Günümüzde ele alınan bu farklı finansman modellerinin her birinin, ülkeden ülkeye değişen ağırlıklarda kullanıldığı görülmektedir. Değişik ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumu için uygulanan en önemli finansman yöntemlerinden biri de zorunlu sağlık sigortası sistemidir (Doetinchem vd., 2006: 28). Sağlık sigortası, özellikle sağlıklı olma durumunun belirsizliği ve söz konusu belirsizliğin bireylere yükleyebileceği yüksek maliyetleri makul bir

düzeeye indirgeyebilmek amacıyla ortaya çıkmıştır. Sağlık riski, kişilerin hangi ortamda ve ne zaman hastalanacağı ya da bir kazaya uğrayacağı, karşılaştığı hastalığın niteliği ve kişinin normal hayatını ne derecede etkileyeceği belirsizliğinden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle bireyler, hastalık riskini göz önüne alarak sağlık sigortası yaptırmakta, bu şekilde kendilerini güvence altına almaktadırlar (Phelps, 2003: 319-330).

Devlet, sosyal güvenlik çerçevesinde sağlık sigortası sistemini sağlamakla birlikte özel sektör tarafından sağlanan özel sağlık sigortası sisteminde de düzenleyici ve denetleyici olarak görev üstlenmiştir. Devletin sağladığı sigorta sisteminde, sağlık riski sosyal çerçevede ele alınarak, kişilerin gelirleri ile orantılı bir şekilde prim tahsilâtı gerçekleştirilmekte, geliri olmayanların ya da yetersiz olanların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için farklı düzenlemeler yapılmaktadır¹. Özel sağlık sigortası sisteminde ise kişinin hastalanma riski dikkate alınarak prim seviyesi belirlenmektedir.

Uluslararası kriterlere göre tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının fiilen gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve toplumun tüm fertlerinin yararlanabildiği bir çerçevede sağlanması gerekir. Bunun için sağlık hizmetleri yeterli bir şekilde finanse edilmelidir.

Son yıllarda tıp alanında ortaya çıkan teknolojik ilerlemeler, insanların sağlık hakkında bilgi birikimlerinin çoğalması, ulaşım imkânlarının nispeten daha kolay bir hale gelmesi sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur. Bu durum sistemin finansmanında çeşitli problemlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde, hızlı nüfus artışı ve yetersiz sağlık hizmetlerinin etkinlik seviyesini yükseltme çabaları, gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfusun çoğalması ve sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı sağlık harcamalarının artmasına neden olan demografik unsurlar arasında anılabilmektedir. İşte tüm bunlar, gerek gelişmiş ve gerekse gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumu ve özellikle finansmanında ciddi tedbirlerin alınmasını gündeme getirmiştir (Hayran, 2008: 73-75).

Türkiye’de de sağlık sistemine ilişkin köklü reform ihtiyacı uzun süre tartışılmıştır. Özellikle beşer yıllık kalkınma planlarında bu ihtiyacın varlığı net bir şekilde ifade edilmiştir. 2000’li yıllara gelindiğinde bu ihtiyaç artık bir zorunluluk olarak algılanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedefleri şu şekilde ifade edilebilir;

¹Yeşil kart uygulaması buna örnek verilebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici olarak yeniden organizasyonu,
Tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortasının hazırlanması,
Ülke geneline yayılmış, kolay erişilebilen, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması,
Beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması,
Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumlarının kurulması,
Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sağlanması,
Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
Kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması (Sağlık Bakanlığı, 2008: 20).

Ülkemizde 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile sağlık sisteminde yapılan değişiklikler, sistemi gerek yönetsel gerekse temel felsefesi açısından yeniden kurgulamakta, ayrıca sağlık güvencesi kapsamına alınan sosyal tabanı genişleterek toplumun neredeyse tamamını sisteme dâhil etmektedir. Reform öncesinde sağlık sisteminden sadece “prim ödeyenler ile bunların bakmakla yükümlü bulunduğu yakınları” tabii oldukları kurumun bünyesinde (T.C. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) sağlık hizmetlerinden yararlanabilmekteydi. Reform ile birlikte öncelikle sağlık ve sosyal sigorta hizmetleri Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmış, sadece prim ödeyenlerle bakmakla yükümlü olduğu kişiler değil, prensipte “hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar” da sağlık sistemi kapsamına alınmışlardır. Ayrıca on sekiz yaşının altındaki her birey ile sosyal güvenceden yoksun, yoksulluk sınırının altında bir gelire yaşamakta olan vatandaşların sağlık masraflarının devlet tarafından karşılanacağı öngörülmüştür (Gümüş, 2010: 19).

Yapılan değişimle mevcut kıt kaynakların etkin ve rasyonel bir şekilde kullanılması sağlanarak, sistem içi hizmet verimliliğinin artırılması amaçlanmaktadır. Böylece topluma sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde de bir artış sağlanabileceği, kaynakların etkin ve verimli kullanılması sayesinde ise önemli bir maliyet avantajı elde edilebileceği ileri sürülmektedir (Pekten, 2006: 121).

Sistemin finansmanı büyük ölçüde prim esasına dayanmaktadır (5510 sayılı Kanun-m.79). Buna göre sigortalıların ödeyecekleri primler Genel Sağlık Sigortası bünyesinde tek bir havuzda toplanarak, sağlık ihtiyaçlarının finansmanı bu havuzdan karşılanmaktadır. Bu şekilde bir yandan sağlık hizmeti

alıcısı olarak sistemin pazarlık gücü yükselmekte, diğer yandan toplanan tüm kaynaklar tek elde olduğu için daha etkin kullanılabilir. Prim ödemeksizin sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan vatandaşların, her türlü muayene ve bakım masraflarının devlet tarafından karşılanması sisteme devlet katkısının devam edeceğini göstermektedir. Bu durumda sistemin genel anlamda iki temel finansman kaynağı mevcuttur. Biri prim gelirleri, diğeri de devletin sisteme yapacağı katkılardır.

Bu çalışmada, sağlık sisteminin etkinliği ve geleceğine ilişkin genel bir değerlendirme yapılmaktadır. İkinci bölümde yöntemle ilgili bilgi verildikten sonra anket çalışması ile derlenen veriler analiz edilmektedir. Üçüncü bölümde ise analiz sonucunda elde edilen bulgular açıklanmaktadır. Son bölümde sonuçların değerlendirildiği tartışma ile çalışma tamamlanmaktadır.

I.Yöntem

Türk sağlık sisteminde gerçekleşen kapsamlı dönüşümün vatandaşlara yansımaları ile onların yeni sisteme ilişkin görüşleri önemli ve bu nedenle araştırılmaya değer bir konudur. Bu çalışmada bir anket geliştirilerek sistemden yararlanan, sistemin bir şekilde içerisinde bulunarak aktörü haline gelen vatandaşların, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında gerçekleştirilen değişikliklere olan bakış açıları tespit edilmiş ve değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Çalışmada, vatandaşların yeni oluşan Genel Sağlık Sigortası müessesinden memnuniyet derecesini ve sistemin etkinliğini ölçebilmek üzere 34 sorudan oluşan bir anket formu² kullanılmıştır. Anket formunun hazırlanmasında, ilgili literatürden, Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu'na yayınlanmış doküman ve raporlardan, sistemin uygulanabilirliğini ölçmek üzere Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmış anket çalışmalarından ve 5510 sayılı "*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*"ndan yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formu ile 35 kişi üzerinde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu uygulama sonucunda anket formuna nihai şekli verilmiş ve 520 kişiye uygulanmıştır³.

Anket formu iki bölümden oluşan tek sayfa şeklinde örneklem birimlerine sunulmuştur. Formun birinci bölümünde, bireylerin kişisel bilgilerine ve sağlık sigortası sisteminden yararlanma tercihlerine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Bu bölümde yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, sağlık kurumlarına gitme sıklığı

²Anket formunda yer alan soru ve önermeler bu çalışmanın ekinde yer almaktadır.

³Uygulanan anketlerden 20 tanesi eksik doldurma ve tutarsızlık nedeniyle analize tabi tutulmamıştır.

ve başvuru sağlık kurumunun niteliği hakkında 10 adet soru bulunmaktadır. Formun ikinci bölümünde ise, örneklem birimlerinin Genel Sağlık Sigortası müessesesi ile değişen sağlık sisteminin etkinliğine ilişkin görüşlerini yansıtacak değerlendirmelere yer verilmiştir. Değerlendirmelerin ölçülebilmesi için bu bölüm beşli likert tipi⁴ ölçeğe uygun formatta hazırlanmıştır. Saha çalışması eşliğinde, sağlık sisteminden yararlanan ya da yararlanması muhtemel vatandaşlar ile yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlanmıştır.

Anket çalışmasının amacı, genel sağlık sigortasının ve sağlık hizmetlerinin sunumunda gerçekleştirilen değişikliklerin vatandaşlar tarafından nasıl algılandığını ortaya koyabilmektir. Bu şekilde, sistemde yapılan reformun etkinliği ve geleceğine ilişkin öngörüye sahip olunarak genel bir değerlendirme yapılmaktadır.

Çalışmanın evrenini, Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmakta olan kişiler oluşturmaktadır. Örnekleme ise Eskişehir ilinde Devlet Hastaneleri, Özel Hastaneler, Aile Hekimlikleri, Tıp Fakültesi Hastanesi, Üniversite Hastaneleri ve diğer sağlık kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetlerinden, sahip oldukları sosyal güvenceleri ya da kendi imkânları ile yararlanmakta olan 500 kişi oluşturmaktadır.

Araştırma için Eskişehir ilinin seçilmesinin temel nedeni şehrin, Türkiye’nin demografik özelliklerini hemen hemen birebir yansıtan hareketli bir yapıya sahip olması ve özellikle sağlık sistemi ile yapılan değişikliklerin başlangıç olarak pilot uygulamalar eşliğinde uygulanma fırsatı bulmasıdır. Bu bağlamda Eskişehir sağlık sistemindeki değişiklik ve reform çalışmalarını esas alan bir araştırma için tam anlamıyla bir laboratuvar imkânı sunmaktadır.

Anket çalışmasının sahası, İl’de bulunan özel ve kamu sağlık kuruluşları, işyerleri, şehir merkezindeki bölgeler ve kahvehaneler olarak belirlenmiştir.⁵

⁴Bu ölçek ile örneklem birimlerinin sağlık sistemiyle ilgili değerlendirmeleri sınıflandırılarak, sosyometrik bir yöntemle ölçülmek istenmiştir.

⁵Bu bağlamda Eskişehir Devlet Hastanesi, Yunus Emre Devlet Hastanesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Anadolu Üniversitesi Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Odunpazarı ve Tepabaşı Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri (Odunpazarı, Alanönü, Büyükdere, Şahintepesi, 71 Evler, Erturul Gazi, Av. Mail Büyükerman, Esentepe, Fevzi Çakmak, Şarhüyük, Şirintepe, Şair Fuzuli, Yenikent, Uluönder, Emek, Batıkent, Çamlıca, Yeşiltepe), Özel Ümit Tıp Merkezi, Özel Sakarya Sıhhiye Tıp Merkezi, Özel Emeksiz Polikliniği, Özel Kızılay Tıp Merkezi, Özel Verta Tıp Merkezi, Özel Eskişehir Göz Hastalıkları Dalı Merkezi, Özel Elifana Çocuk Sağlığı Dalı Merkezi, Özel Fizyomer Fizik Tedavi Dalı Merkezi ve ONVAK Sağlık Merkezi olmak üzere sağlık hizmeti sunan 34 merkezde, araştırmaya ilişkin anketlerin vatandaşlarca doldurulması sağlanmıştır. Bunun

Sağlık sisteminde yaşanan reform sürecinin vatandaşlar tarafından hangi ölçüde ve ne yönde algılandığı, gerek sağlık hizmetlerinin sunumu ve gerekse finansmanının sürdürülebilirliği açısından son derece önemlidir. Bu doğrultuda, Genel Sağlık Sigortası müessesesiyle sağlık sisteminde oluşan yeni sürecin arzu edilen ölçü ve kalitede hizmet üretip üretmeyeceği incelenmekte, vatandaşların oluşan yeni sağlık sisteminden memnuniyet derecesi de test edilmektedir.

Bireylerin sağlık sistemiyle ilgili tutumlarını ölçebilmek için Likert tipi ölçekleme kullanılmış olup, “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” olmak üzere, görüşler sırasıyla en yüksek 5 puandan (kesinlikle katılıyorum) en düşük 1 puana doğru (kesinlikle katılmıyorum) derecelendirilmiştir.

Analiz sürecinde elde edilen verilerden örneklem birimlerinin yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyeleri, aylık gelirleri ve eski sistemde tabi oldukları sigorta kurumları bağımsız değişkenler olarak belirlenmiştir. Bağımlı değişkenler ise sağlık problemiyle karşılaşıldığında gidilmesi düşünülen sağlık kurumunun niteliği ve genel sağlık sigortası sistemine ilişkin ankette yer verilen yirmi dört adet değerlendirme olarak saptanmıştır.⁶

Yapılan anket çalışmasının içsel tutarlılığının ölçümünde alfa katsayısından yararlanılmıştır. Nitel değerlendirmelerin yer aldığı anketin ikinci bölümünde bu katsayı 0.69 çıkmıştır. Dolayısıyla ankete katılan bireylerin cevapları kendi içerisinde tutarlıdır.⁷

Anket çalışmasının ilk bölümünde 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 karşılaşıldığında ilk tercih edilen kurumun türüne ilişkin sorulara yer verilmiştir. Bu sorular ile deneklerin demografik özellikleri ve sağlık sistemi içerisindeki konumları tespit edilmiştir. Anket çalışmasındaki soruların sırası

yanında, Eskişehir’deki çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan memurların, Eskişehir Organize Sanayi Bölgesi’nde faaliyet gösteren KOBİ’ler ile büyük işletmelerde çalışan işçilerin ve işverenlerin, Sanayi Çarşısı, şehir merkezi ile semt pazarlarında ticari faaliyet yürüten esnaf ve sanatkârların anket çalışmasına katılımları gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, şehrin Kızılay, İsmet İnönü Caddesi, Hamamyolu ile Yediler mevkilerinde, 71 Evler, Emek, Kurtuluş ve Işıklar mahallelerindeki kahvehanelerde vatandaşlar ile yüz yüze görüşülerek anket sorularının cevaplandırılması sağlanmıştır.

⁶Söz konusu yirmi dört değerlendirmenin sekizine bu çalışmada yer verilmektedir.

⁷Alfa değeri 0 ile 1 arasında değer alır. Anlamli olabilmesi için 0.50 ve üzerinde olması gerekir.

takip edilerek, katılımcıların verdikleri cevapların frekans dağılımları ve genel içerisindeki yüzdeleri Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Ankete Katılan Bireylerin Demografik Dağılımları

Ankete Katılan Birey Sayısı: 500		Ankete Katılan Bireylerin Cinsiyetleri	
Bireylerin Yaş Dağılımı		Kadın	254 (% 51)
15-25	100 (% 20)	Erkek	246 (% 49)
26-35	141 (% 28)	Eski Sistemde Tabi Oldukları Sigorta	
36-55	219 (% 44)	Bağ-Kur	95 (% 19)
55-Yukarı	40 (% 8)	SSK	254 (% 51)
Bireylerin Eğitim Düzeyleri		Emekli Sandığı	137 (% 27)
İlkokul	84 (% 17)	Diğer	14 (% 3)
Ortaokul	46 (% 9)	Bireylerin Hastaneye Gitme Sıklıkları	
Lise	164 (% 33)	Hiç gitmedim	63 (% 13)
Yüksekokul	64 (% 13)	1-3 kez	293 (% 59)
Üniversite	129 (% 26)	4-6 kez	106 (% 21)
Lisansüstü	10 (% 2)	7-10 kez	32 (% 6)
Diğer	3 (% 1)	Diğer	6 (% 1)
Bireylerin Gelir Seviyeleri		Bireylerin Tercih Ettikleri İlk Sağlık Kurumu	
530 TL’den az	61 (% 12)	Aile Hekimi	97 (% 19)
531-1000	195 (% 39)	Devlet Hastanesi	217 (% 44)
1001-2000	200 (% 41)	Özel Hastaneler	152 (% 30)
2001-4000	22 (% 4)	Özel Muayenehane	27 (% 5)
Diğer	22 (% 4)	Diğer	8 (% 2)

Genel sağlık sigortası sistemine ilişkin beşli likert tipi ölçeklerle oluşturulan değerlendirmeler ile analizin temel değişkenleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi, her bir değişkenin kendi içerisinde incelenebilmesi açısından önemlidir. Bunun için tek yönlü varyans (One-way ANOVA Testi) analizinden yararlanılmıştır.

Bağımsız iki örneklemler T-testinin genelleştirilmiş hali olan One-way ANOVA testinde bir bağımlı ve bir bağımsız değişkene ihtiyaç duyulmaktadır. Analiz sürecinde bağımsız değişkenin sınıflayıcı ölçme düzeyinde ölçülmüş olması ve üç veya daha fazla kategoriye sahip olması gerekmektedir. Bağımlı değişkenin ise en az eşit aralıklı ölçek ile ölçülmüş olması gereklidir. Tek yönlü varyans analizi olarak da anılan ANOVA testi, bağımsız üç veya daha fazla örneklem ortalaması arasındaki farkın sıfırdan farklı olup olmadığını test etmek için uygulanır (Bayram, 2004: 99). Yani ANOVA testinde amaç, kategoriler arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını saptayabilmektir.

Ancak ANOVA testi, değişkenlerin hangi alt grupları bakımından farklılık gösterdiği hakkında ayrıntılı bir bilgi vermemektedir. Bunun için ANOVA testi sonucunda gruplar itibariyle fark tespit edilirse, farklılığın hangi alt grup ya da gruplardan kaynaklandığı çoklu karşılaştırma yöntemlerinden olan “Post-Hoc” testleri ile tespit edilir. Çalışmada, alt grupları itibariyle farklılıklar gösterdiği tespit edilen değişkenlere “Post-Hoc” testlerinden biri olan “Scheffe testi” uygulanmıştır. Bu çalışmada, yapılan ANOVA ve Scheffe testleriyle elde edilen sonuçlardan önemli olanlara özet olarak yer verilmektedir.

İzleyen kısımda, anket çalışmasının ikinci bölümündeki değerlendirmeler ile sırasıyla yaş, eğitim düzeyi, gelir seviyesi ve eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu grupları ilişkilendirilerek, her bir grubun alt bileşenleri arasında değerlendirmeler itibariyle anlamlı bir farklılık olup olmadığı test edilmektedir. Değerlendirmeler itibariyle grup alt bileşenleri açısından farklılık gösteren değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri⁸ tespit edilmiş ve anlamlı sonuçlar elde edebilmek amacıyla her bir grubun alt bileşenlerine ilişkin Scheffe testi uygulanmıştır.

II. Bulgular

Genel sağlık sigortası sistemine ilişkin değerlendirmelere verilen ölçekler açısından “yaş”, “eğitim düzeyi”, “gelir seviyesi” ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” bağımsız değişkenlerinin alt grupları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda genel sağlık sigortası sistemine ilişkin yirmi dört değerlendirmeden yedisinin bağımsız değişkenlerin alt grupları itibariyle her hangi bir farklılık ihtiva etmedikleri sonucuna varılmıştır. Diğer on yedi değerlendirmeye ilişkin elde edilen sonuçlardan ise Genel Sağlık Sigortası Sistemi’ni en iyi şekilde özetleyerek, vatandaşların bakış açılarını yansıttığı düşünülen sekiz adet değerlendirme, çalışmada detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Aşağıda yer alan Tablo 2, bahsedilen sekiz değerlendirmeye ilişkin tek yönlü varyans analizinin sonuçlarını göstermektedir.

⁸Değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri EK 2’deki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 2. Varyans Analizi Sonuçları

Değerlendirmeler	Yaş		Eğitim Düzeyi		Gelir Seviyesi		Eski Sistende Tabi Olunan Sigorta Kurumu	
	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi	F Değeri	Anlam Düzeyi
1.Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır.	1.898	0.129	4.183	0.000*	4.088	0.053	13,363	0.000*
2.Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır.	4.352	0.005*	6.976	0.000*	5.073	0.101	10,802	0.000*
3.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.	2.597	0.052	3.954	0.000*	8.286	0.000*	25,749	0.000*
4.Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir.	4.226	0.006*	2.705	0.089	3.274	0.012*	5,572	0.051
5.Güntümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.	3.795	0.010*	4.310	0.000*	4.673	0.001*	5,130	0.102
6.Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir.	2.579	0.053	2.869	0.006*	4,173	0.072	17,558	0.000*
7.Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır.	4.479	0.004*	2.871	0.006*	6,168	0.000*	10,054	0.179
8.Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.	2.533	0.056	4.676	0.000*	3,062	0.116	9,845	0.000*

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

Aşağıda analiz sonucunda bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenlere yönelik elde edilen sonuçlara yer verilmektedir.

1 Nolu Değerlendirme Sonuçları: *“Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır.”*

Bu değerlendirme, genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık güvencesinin ne şekilde etkilendiğini tespit edebilmek açısından son derece önemlidir.⁹

Ankete katılanların “yaş”, “eğitim düzeyi”, “gelir seviyesi” ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” değişkenleri dikkate alındığında, değerlendirmeye ilişkin görüşlerin değişip değişmediği sınıanmaktadır. Bu konuyu açıklayabilmek için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Bu analize göre, 1 nolu değerlendirmeye verilen cevaplar yukarıda ifade edilen bağımsız değişkenlere göre incelenmiş olup, “eğitim düzeyi” ile “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” grupları alt bileşenlerinin % 1’den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. “Eğitim düzeyi” için F test istatistiği değeri 4.183 iken “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” için bu değer 13.363’tür. Scheffe testi¹⁰ ise hangi eğitim düzeyi ve hangi sigorta koluna mensup gruplar arasında farklılıkların olduğunu yansıtmaktadır.

“Eğitim düzeyi” değişkeni açısından yapılan Scheffe testine göre ilkökul ile üniversite mezunlarının vermiş oldukları cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde farklılık tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlar, *ilkokul mezunlarının 1 nolu değerlendirmeye üniversite mezunlarına göre daha olumlu yaklaşıtlarını göstermektedir.*

Diğer yandan aynı test “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” değişkeni açısından da gerçekleştirilmiş, bu bağımsız değişkenin alt bileşenleri olan Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Diğer (Yeşil Kart vb.) grupları itibariyle 1 nolu değerlendirmeye ilişkin yaklaşımın % 5 anlamlılık düzeyinde

⁹EK 3’de yer alan tablo frekans dağılımlarını vermektedir. Bu tablo dikkate alındığında katılımcıların yüzde 68’i sağlık güvencesinin arttığını düşünmektedir. Bu sonuç yeni kurulan sistemin toplum tarafından büyük ölçüde kabul gördüğünü göstermektedir. Ancak kararsızlar ile sağlık güvencesinde herhangi bir değişimin olmadığını düşünen kesimin hacmi de küçümsenemeyecek büyüklüktedir. Yani büyük çoğunluk genel sağlık sigortası ile sağlık güvencelerinin arttığı fikrine sahipken, önemli bir kesim ise atılan adımları yetersiz görmektedir. Bu değerlendirme doğaldır. Çünkü genel sağlık sigortasının tüm yenilikleri henüz uygulamaya konulmamıştır. Uygulama ile birlikte görüşler farklılaşabilir.

¹⁰Scheffe testi sonuçları toplu olarak EK 4’de yer almaktadır.

farklılık arz ettiği görülmüştür. Emekli Sandığı mensuplarının bu değerlendirmeye ilişkin ortalaması 5 üzerinden 3.2 ile en az değeri alırken, SSK üyelerinin ortalaması 3.9, Bağ-Kur üyelerinin 3.9 ve diğer sigorta güvencesi altında bulunanların ise 4.1'dir. Dolayısıyla söz konusu değerlendirmeyi SSK ve Bağ-Kur üyeleri ile diğer kategorisinde yer alan bireyler, Emekli Sandığı mensuplarına göre daha olumlu karşılamaktadır.

Tablo 3. Sigorta Kurumlarına Göre 1 nolu Tercihin Dağılımı

	Sosyal Güvence			
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı	Diğer
Katılmıyorum	10,53	11,02	32,12	0,00
Kararsızım	9,47	15,35	18,98	28,57
Katılıyorum	80,00	73,62	48,91	71,43
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00

Tablo 3, Scheffe testi ile elde edilen sonuçları desteklemektedir. Buna göre, Emekli Sandığı mensupları ile diğer sigorta kurumlarına tabi olanlar arasında 1 nolu değerlendirme açısından farklılık olduğu net bir şekilde görülmektedir. Değerlendirmeyi Bağ-Kur üyelerinin % 80'i, SSK'lıların % 74'ü, diğer sigorta kurumlarına mensup olanların % 71'i olumlu şekilde yanıtlarken, Emekli Sandığı üyelerinin ise sadece % 49'u benzer şekilde yanıt vermiştir. Dolayısıyla eski sistemde SSK, Bağ-Kur ve diğer sigorta kuruluşlarına mensup olan bireyler, genel sağlık sigortası uygulaması ile sağlık güvencelerinin arttığı değerlendirmesini daha olumlu karşılar, Emekli Sandığı mensupları ise kısmen bu değerlendirmeye katılmaktadırlar.

2 Nolu Değerlendirme Sonuçları: “Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır.”

Sağlık sisteminde gerçekleştirilen düzenlemelerin öncelikli amaçlarından biri de verimsiz ve hantal olduğu ileri sürülen yapının yeniden organize edilerek, vatandaş odaklı ve kaliteli bir hizmet sunumu sağlayabilmektir.¹¹

¹¹Ek 3'de yer alan tablodan görülebildiği gibi ankete katılanların % 62,1'i sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapının giderilerek, sağlık

Tek yönlü varyans analizi ile 2 nolu değerlendirmeye verilen cevaplar bağımsız değişkenler açısından incelendiğinde, “yaş”, “eğitim düzeyi” ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” grupları alt bileşenlerinin % 1’den daha düşük bir anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. “Yaş” için F test istatistiği değeri 4.352, “eğitim düzeyi” için 6.976 ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” için ise 10.802’dir.

“Yaş” değişkeninin alt bileşenleri için yapılan Scheffe testine göre “26-35” yaş grubundakiler ile “56 ve yukarı” yaş grubundakilerin 2 nolu değerlendirmeye verdikleri cevaplar arasında % 1 anlamlılık düzeyinde bir farklılık vardır. Elde edilen sonuçlar, “56 ve yukarı” yaş grubunda olanların “26-35” yaş grubundakilere göre 2 nolu değerlendirmeyi daha olumlu karşıladıklarını göstermektedir. Bu sonuç beklentiler ile aynı paraleldedir. Şöyle ki, “56 ve yukarı” yaş grubunda olanlar “26-35” yaş grubunda olanlara göre daha sık sağlık hizmetlerinden yararlanmakta, bu nedenle yapılan değişiklikleri gençlere göre yakından takip ederek, geçmişle mukayese edebilmektedirler.

“Eğitim düzeyi” değişkeninin alt grupları için yapılan Scheffe testinde, ilkökul ile yüksekökul mezunlarının değerlendirmeleri arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca üniversite ile ilkökul mezunlarının değerlendirmeleri arasında da % 1 anlamlılık düzeyinde farklılık vardır. Bu sonuçlardan, ilkökul mezunlarının sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlandığı görüşüne, yüksekökul ve üniversite mezunlarına göre daha olumlu yaklaşıtlarını söylemek mümkündür. Eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte insanların sağlık sisteminden beklentilerinin de çoğalabileceği düşünüldüğünde bu sonuçlar öngörülebilir niteliktedir.

Scheffe testine göre 2 nolu değerlendirmeye ilişkin olarak eski sistemde Bağ-Kur’a tabi olanlar ile Emekli Sandığı mensupları arasında ve SSK’ya tabi olanlar ile Emekli Sandığı mensupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde farklılık vardır. Emekli Sandığı mensuplarının bu değerlendirmeye ilişkin ortalaması 5 üzerinden 3.2 ile en az değeri alırken, SSK üyelerinin ortalaması 3.8 ve Bağ-Kurluların ortalaması ise 3.9 olarak elde edilmiştir. Buna göre, eski sistemde SSK ve Bağ-Kur’a tabi olan bireylerin reform sonrasında kaliteli hizmet sunumu noktasındaki memnuniyet derecelerinin Emekli Sandığı mensuplarına göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Tablo 4, eski

hizmeti sunumunda belirli bir kalite düzeyinin yakalandığı görüşünü paylaşmaktadır. Her ne kadar bu yüzdellik değeri olumlu gibi algılansa da sağlık sisteminde yapılan düzenlemeleri yetersiz bulanlar da vardır. Zaman içerisinde, süreklilik arz eden kaliteli hizmet sunumunun kümülatif olarak memnuniyet derecesini arttıracakları söylenebilir.

sistemde yer alan farklı sigorta kurumu üyelerinin 2 nolu değerlendirmeye ilişkin yaklaşımlarını daha net yansıtmaktadır. Tablodan görüldüğü gibi Bağ-Kur mensuplarının yaklaşık % 75'i sağlık sisteminde yapılan düzenlemeleri kaliteli hizmet sunumu noktasında bir ilerleme olarak görmekteyken, bu değer SSK mensuplarında yaklaşık % 67'ye ve Emekli Sandığı üyelerinde ise yaklaşık % 44'e gerilemektedir. Buradan eski sistemde Bağ-Kur ve SSK'ya tabi olan bireylerin Emekli Sandığı mensuplarına göre sağlık sisteminde gerçekleştirilen düzenlemeleri daha fazla benimsedikleri söylenebilir. Bu sonucu beraberinde getiren en önemli etken ise son dönemde gerçekleştirilen düzenlemelerden Bağ-Kur ve SSK mensuplarının daha olumlu etkilenmeleridir.

Tablo 4. Sigorta Kurumlarına Göre 2 nolu Değerlendirmenin Dağılımı

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
Katılmıyorum	10,53	13,78	27,74
Kararsızım	14,74	18,90	28,47
Katılıyorum	74,74	67,32	43,80
Toplam	100,00	100,00	100,00

3 nolu Değerlendirme Sonuçları: *“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 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli roller üstlenen SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde tek vücut halinde hareket etmeleri sağlanmıştır. Bu uygulama ile birlikte önceden farklı norm ve statüde olan üç kurumun mensupları artık genel sağlık sigortası ile sağlık sisteminin sunmuş olduğu her türlü imkâna eşit şekilde erişebilmektedir. Nitekim günümüzde Sosyal Güvenlik Kurumu mensubu haline gelen üyeler istedikleri eczaneden ilaçlarını alabilmekte, istedikleri hastanelere gidebilmekte kısacası SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın

sağlık sistemi ile ilgili oluşturduğu olanaklardan eşit bir şekilde yararlanabilmektedirler.¹²

Yapılan tek yönlü varyans analizi ile 3 nolu değerlendirmeye verilen cevapların, “eğitim seviyesi”, “gelir düzeyi” ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” değişkenleri alt bileşenleri itibarıyla % 1 anlamlılık düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca “eğitim seviyesi” için F test istatistiği değeri 3.954, “gelir düzeyi” için 8.286 ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” için ise 25.749’dur. Analiz sonucunda bulunan farklılığın hangi bileşenler arasında olduğunu tespit edebilmek için her bir değişkene yönelik Scheffe testi uygulanmıştır.

“Eğitim seviyesi” değişkeninin alt bileşenleri açısından yapılan Scheffe testine göre ilkökul ve yüksekökul mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan testten diğer eğitim düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

“Gelir düzeyi” değişkeninin alt grupları bağlamında yapılan Scheffe testinde ise gelir seviyesi “531-1000 TL” olanlar ile “1001-2000 TL” olanlar arasında % 1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel açıdan bir farklılık tespit edilmiştir. Değişkene ait alt grupların ortalamalarına bakıldığında, gelir seviyesi düşüğe bu değerlendirmeye katılım oranının arttığı görülmektedir. Nitekim geliri 531-1000 TL arasında olan bireylerin söz konusu değerlendirmeyle ilgili görüşlerinin ortalaması 5 üzerinden 4,2 iken, gelir seviyesi 1001-2000 TL civarında olanların ortalaması ise 3,7’dir. Aşağıda yer alan Tablo 5’de elde edilen sonuçları destekler niteliktedir. Tablo, ele alınan iki farklı gelir grubunun 3 nolu değerlendirmeye yönelik yaklaşımlarını özetlemektedir. Görüldüğü gibi “531-1000 TL” gelir grubuna giren bireylerin yaklaşık % 88’i 3 nolu değerlendirmeye katılımı şeklinde yanıt verirken, “1001-2000 TL” gelir grubuna dâhil olan bireylerde ise ilgili değerlendirmeye katılım oranı % 67’ye gerilemektedir. Elde edilen sonuçlar, gelir düzeyi nispeten düşük grupların eski sistemde daha fazla olumsuzluklarla karşılaştıklarını göstermektedir.

¹²EK 3’de yer alan tablodan görülebildiği gibi katılımcıların yaklaşık % 80’i eski sistemin en olumsuz özelliğinin SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının sağlık sisteminden yararlanmaları sürecinde farklı işlemlere tabi tutulması olduğunu düşünmektedir. Bu sonuç yapılan tek çatı uygulaması ile sosyal güvenlik ve sağlık hizmetleri noktasında toplumsal statü farkının zaman içinde ortadan kaldırılarak daha çağdaş ve eşit bir sosyal yapının oluşabileceği izleniminin doğduğunu göstermektedir.

Tablo 5. Farklı Gelir Düzeylerine Göre 3 nolu Değerlendirmenin Dağılımı

	Gelir Düzeyi	
	531-1000 TL	1001-2000 TL
Katılmıyorum	2,05	15,50
Kararsızım	10,26	17,50
Katılıyorum	87,69	67,00
Toplam	100,00	100,00

“Eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” bağımsız değişkeninin alt bileşenleri bağlamında yapılan Scheffe testine göre Emekli Sandığı ile Bağ-Kur, Emekli Sandığı ile SSK ve Emekli Sandığı ile diğer grubu arasında % 1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel açıdan farklılık vardır. Nitekim Emekli Sandığı mensuplarının ortalaması 3.4, Bağ-Kur üyelerinin 4.1, SSK’ya tabi olanların 4.2 ve diğer kategorisindeki (yeşil kart vb.) bireylerin ortalaması ise 4.3’tür. Bu sonuçlara göre geçmişte SSK, Bağ-Kur ve yeşil kart gibi diğer çeşitli sağlık güvencesine sahip bireyler eski sistemin en olumsuz yanı olarak, farklı sağlık güvencesine sahip bireylerin farklı muameleye muhatap olmasını görmekteyiz. Tablo 6’da yer alan veriler bu sonucu destekler nitelikte olup, eski sistemde farklı sigorta kurumlarına tabi olan bireylerin yaklaşımlarını daha net bir şekilde yansıtmaktadır. Görüldüğü gibi 3 nolu değerlendirmeye, Bağ-Kur, SSK ve yeşil kart gibi diğer çeşitli sağlık güvencesine sahip bireylerin ortalama % 80’i katıldıklarını belirtirken, Emekli Sandığı’na mensup kişilerde ise bu oran yaklaşık olarak % 57’ye gerilemektedir. Emekli Sandığı’na mensup olanlar ile Bağ-Kur, SSK ve yeşil kart gibi diğer sigorta müesseselerine mensup olanların değerlendirmeye yaklaşımları arasında fark vardır. Bu farklılığın ortaya çıkma nedeni yeni yapılan düzenlemeler ile eski sistemde Bağ-Kur, SSK ve diğer çeşitli sağlık güvencesine sahip vatandaşların SGK şemsiyesinde nispeten daha nitelikli ve kapsayıcı hizmet alacaklarına inanmalarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 6. Sigorta Kurumlarına Göre 3 nolu Tercihin Dağılımı

	Sosyal Güvence			
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı	Diğer
Katılmıyorum	4,21	1,97	24,09	0,00
Kararsızım	12,63	11,02	18,98	21,43
Katılıyorum	83,16	87,01	56,93	78,57
Toplam	100,00	100,00	100,00	100,00

4 Nolu Değerlendirme Sonuçları: *“Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir.”*

Sağlık sisteminin en önemli problemlerinden biri de kıt kaynakların verimsiz kullanımudur. Bunu önlemek üzere uygulamaya konulan katılım payı ise özellikle geliri yetersiz ya da yoksulluk sınırı altında gelir elde edenlerin gerektiğinde sağlık kurumlarına gitmelerini geciktirebilmekte, hatta rahatsızlıklarını önemsememelerine ya da gizlemelerine neden olabilmektedir. Mevcut katılım payı uygulamasının hangi yönü itibariyle ağır bastığı ise dikkate değer bir konudur.¹³

Yapılan tek yönlü varyans analizi ile 4 nolu değerlendirmeye verilen cevapların, “yaş” ve “gelir seviyesi” bağımsız değişkenleri alt bileşenleri itibariyle sırasıyla % 1 ve % 5 anlam düzeyinde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. “Yaş” için F test istatistiği değeri 4.226, “gelir düzeyi” için ise bu değer 3.274’tür. “Söz konusu değişkenlerin hangi alt bileşenleri açısından farklılık içerdiğini saptayabilmek için her bir değişkene yönelik Scheffe testi yapılmıştır.

“Yaş” değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testi sonrasında, 4 nolu değerlendirmeyle ilgili olarak “36-55” yaşlarındaki bireyler ile “26-35” yaşlarındaki bireylerin % 5 anlamlılık düzeyinde birbirlerinden farklı düşünceye sahip oldukları tespit edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre sağlık

¹³EK 3’de yer alan tablo, katılım payının sağlık sorunlarının gizlenmesine neden olarak, hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemekte olduğuna ilişkin değerlendirmeye verilen yanıtların dağılımını göstermektedir. Görüldüğü gibi ankete katılanların % 60’ı katılım payı nedeniyle sağlık problemlerinin gizlenebileceğini ve bu uygulamanın aile hekimi ya da hastane gibi sağlık kurumlarına gidilmesini engelleyebileceğini düşünmektedir. Buradan katılım payı miktarlarının belirlenmesi sürecinde vatandaşların alım güçleri ve maddi yeterliliklerinin de düşünülerek hareket edilmesi, özellikle ön teşhis ve birincil basamak sağlık hizmetlerinde katılım payının daha düşük tespit edilmesinin gerekliliği ileri sürülebilir. Aksi takdirde düşük gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları engellenebilir. Burada şu şekilde bir uygulama da gerçekleştirilebilir. Bireylerin sağlık kurumuna gitme sıklığı baz alınarak, ilave her gidişte daha yüksek bir katılım payı hesaplaması yapılabilir. Ayrıca günümüzde teknik imkânlar kullanılarak her bir bireyin gelir düzeyi gibi demografik özelliklerine ulaşılabilmektedir. Özellikle katılım payının gelire göre tersine artan oranlılığını telafi edebilmek ve düşük gelirli bireylerin sağlık problemlerini gizlemelerinin önüne geçebilmek için, kişilerin gelirleri ile orantılı katılım payı uygulamasına gidilebilir. Bu şekilde kişilerin gelirleri arttıkça katılım payı da artacak, geliri azaldığında ise katılım payı gerileyecektir.

hizmetlerinde katılım payının olumsuz etkilerine ilişkin geliştirilen 4 nolu değerlendirme, “26-35” yaşlarındaki bireyler arasında “36-55” yaşlarındaki bireylere göre daha fazla kabul görmektedir. Diğer yaş gruplarında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

“Gelir seviyesi” bağımsız değişkeninin alt unsurlarına uygulanan Scheffe testi sonuçlarına göre aylık geliri “531-1000 TL” olanlar ile “1001-2000 TL” olanlar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde farklılık vardır. Buna göre düşük gelirli bireyler yüksek gelirli bireylere göre katılım payı uygulamasına daha olumsuz bakmakta ve katılım payı nedeniyle sağlık problemlerinin gizlenebileceğini düşünmektedirler. Tablo 7, 4 nolu değerlendirmeye verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılığın ortaya çıktığı gelir gruplarındaki bireylerin söz konusu değerlendirmeye ilişkin yaklaşımlarını özetlemektedir. Görüldüğü gibi gelir seviyesi “531-1000 TL” arasında olan bireylerin sadece % 7’si sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulamasını sağlık problemlerinin gizlenme sebebi olarak görmemektedir. Gelir seviyesi “1001-2000 TL” arasında olan bireylerde ise katılım payını sağlık hizmetlerinden yararlanma psikolojisini etkileyecek yükseklikte görmeyenlerin oranı artmakta ve % 24 olarak gerçekleşmektedir.

Tablo 7. Farklı Gelir Düzeylerine Göre 12 nolu Değerlendirmenin Dağılımı

	Gelir Düzeyi	
	531-1000 TL	1001-2000 TL
Katılmıyorum	7,18	24,00
Kararsızım	32,82	18,00
Katılıyorum	60,00	58,00
Toplam	100,00	100,00

Sonuç olarak katılım payının iki etkisinden hangisinin gerçekleştiğini belirleyen etmenlerin başında bireylerin gelir seviyesi gelmektedir. Nitekim katılım payı gelir seviyesi düşük bireyler üzerinde caydırıcı bir etki oluştururken, gelir seviyesi yükseldikçe bu etki yavaş yavaş kaybolmakta ve katılım payının asıl amacı olan sistemden gereksiz yararlanmanın önüne geçilmesi amacına hizmet etmektedir. Tabii ki burada katılım payının sistem tarafından konulma amacı da ayrı bir önem kazanmaktadır. Asıl amaç aşırı kullanım ve kaynak israfının önüne geçmek midir? Ya da yönetim, katılım payını, talebi esnek olmayan ve zorunlu bir mal niteliğindeki sağlık hizmetlerinden sağlayabileceği bir mali kaynak olarak mı görmektedir? Şayet ilk seçenek ön planda ise, toplumun sosyo-ekonomik özelliklerini temel alarak belirlenecek katılım payı amacına daha fazla hizmet edecektir. Ancak ikinci seçenek yönetim tarafından amaç olarak görülüyorsa, sağlık hizmetlerinin bu

şekilde finanse edilmesi sosyal refah seviyesini olumsuz şekilde etkileyecektir. Çünkü katılım payı tersine artan oranlılık içermektedir. Yani gelir seviyesi arttıkça ödenen pay hissedilmezken, gelir seviyesi azaldığında ise bu kez tam tersine katlanılan yük daha fazla hissedilmekte ve sağlık sisteminden yararlanılmasını caydırıcı bir faktör olarak algılanmaya başlamaktadır.

5 Nolu Değerlendirme Sonuçları: *“Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.”*

Kişiler, ancak etkin ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi ile kendilerini sağlık açısından güvende hissedebilirler. Dolayısıyla oluşan sistemin etkinliği ve sürdürülebilir olup olmadığı önem arz etmektedir. Sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsadığına yönelik inancın varlığı, bireylerin sisteme dâhil olmalarını sağlayacağı gibi, kayıt dışı çalışma, düşük prim ödeme ya da ödememe gibi sistemi finansal açıdan zora sokabilecek davranışlardan da alıkoyar. Buradan yola çıkarak Türkiye’de sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamadaki yeterliliğini ölçebilmek için ankete katılanlara 5 nolu değerlendirme yöneltilmiştir.¹⁴

Tek yönlü varyans analizi ile 5 nolu değerlendirmeye verilen cevapların, sırasıyla “yaş”, “eğitim düzeyi” ve “gelir seviyesi” değişkenleri alt bileşenleri açısından % 1 anlam düzeyinde bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. “Yaş” için F test istatistiği değeri 3.795, “eğitim düzeyi” için 4.310 ve “gelir seviyesi” için ise 4.673’ tür. Bu bağımsız değişkenlerin hangi alt bileşenleri bağlamında farklılık içerdiğini saptayabilmek için her bir değişkene yönelik Scheffe testi yapılmıştır.

Sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yeterli olduğu değerlendirilmesine genel anlamda bireylerin olumsuz yaklaştığı söylenebilir.

¹⁴Söz konusu değerlendirmeye ilişkin verilen cevapların dağılımı EK 3’deki tabloda yer almaktadır. Bu verilere göre ankete katılanların sadece % 28,2’si 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. Bu sonuç son derece ilginç bir noktayı da gözler önüne sermektedir. Nitekim günümüzde, özellikle genel sağlık sigortası ile birlikte toplumun yaklaşık % 95’i sosyal sağlık güvencesi şemsiyesi altında toplanmaktayken, anket sonuçları bütüncül bir bakış açısıyla ele alındığında toplumun yarısı sistemin sağlık risklerini kapsadığına inanmamakta, % 22,4’ü ise sistemin güvenilirliğine çekimser bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Bu sonuç sağlık sistemindeki en önemli problemin, arkasına toplumsal bir destek alamayışı olduğunu açık bir şekilde göstermektedir.

“Yaş” değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testi sonrasında 5 nolu değerlendirmeye ilgili olarak “36-55” yaşlarındaki bireylerin görüşleri ile “26-35” yaşlarındaki bireylerin görüşleri arasında % 5 anlamlılık düzeyinde istatistikî bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre “26-35” yaşlarındaki bireyler konuya ilişkin olarak “36-55” yaşlarındaki bireylere göre daha olumlu bir tutum sergilemişlerdir. Ancak sonuç itibarıyla her iki alt bileşenin de ortalama değerleri göz önüne alındığında (26-35 yaşları için 2.90 ve 36-55 yaşları için 2.51 “Değerler 5 üzerindedir.”) sağlık sistemine güven düzeyinin düşük olduğu görülmektedir.

“Eğitim düzeyi” değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testine göre, 5 nolu değerlendirmeye yönelik “lise” mezunları ile “üniversite” mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde bir farklılık saptanmıştır. Üniversite mezunlarının lise mezunlarına göre sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsamada yeterliliği hakkında daha karamsar oldukları anlaşılmaktadır. Bu sonuç beklentilerle aynı doğrultudadır. Nitekim bireylerin eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak sistemden beklentileri de artmaktadır.

“Gelir seviyesi” bağımsız değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testi sonuçlarına göre sağlık sisteminin yeterliliğine ilişkin değerlendirmeye gelir seviyesi “531-1000 TL” olanlar ile “1001-2000 TL” olanlar arasında % 5 anlamlılık düzeyinde istatistikî bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Elde edilen veriler, gelir seviyesi 1000 TL’nin aşağısına düştüğünde sağlık sisteminin yeterliliğine ilişkin oluşan olumsuz bakış açısının yumuşadığını göstermektedir. Zira gelir seviyesi yüksek olan bireylerin sistemden beklentileri ve tatmin düzeyleri daha yüksek iken, gelir seviyesi düşük olan bireylerin ise tam aksine beklentileri daha makul bir düzeyde kalmaktadır. Ancak yapılan araştırma sonucunda elde edilen veriler, farklı gelir seviyesindeki bireylerin büyük bir çoğunluğunun sağlık sisteminin sağlık risklerini kapsama açısından yetersiz kaldığı düşüncesinde olduğunu yansıtmaktadır.

6 Nolu Değerlendirme Sonuçları: *“Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir.”*

Gerek genel sağlık sigortası sistemine geçilmesiyle ve gerekse sağlık alanında gerçekleştirilen diğer düzenlemeler ile vatandaşların hizmetten yararlanmaları sürecinde karşılaşılabilecekleri her türlü farklı uygulamanın giderilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda atılan önemli adımlardan bir tanesi de tedavi için gerekli ilaçların istenen eczaneden alınabilmesidir. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nı şemsiyesi altında birleştiren ve genel sağlık sigortası bağlamında tekel niteliğine kavuşan Sosyal Güvenlik Kurumu tüm eczaneler

ile anlaşma yapmakta, bu şekilde geçmişteki gibi sadece tabi olunan sigorta kurumunun anlaşmalı olduğu eczaneden ilaç alınması yerine, herhangi bir ayırım gözetilmeksizin vatandaşlar istedikleri eczanelerden ilaçlarını tedarik edebilmektedirler. Çalışmada ankete katılanlara yönlendirilen bir değerlendirmede yapılan bu düzenlemenin yerindeliği ile ilgilidir.¹⁵

Tek yönlü varyans analizi ile 6 nolu değerlendirmeye verilen cevapların, “eğitim düzeyi” ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” değişkenleri alt bileşenleri açısından % 1 anlam düzeyinde farklılık arz ettiği saptanmıştır. “Eğitim düzeyi” için F test istatistiği değeri 2.869, “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” için ise bu değer 17.558’dir. Bu bağımsız değişkenlerin hangi alt bileşenleri itibarıyla farklılık içerdiğini belirleyebilmek için ise her bir değişkene yönelik Scheffe testi yapılmıştır.

“Eğitim düzeyi” değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testine göre, “ilkokul” ile “yüksekokul” mezunlarının verdikleri cevaplar arasında % 5, “ilkokul” ile “üniversite” mezunlarının verdikleri cevaplar arasında ise % 1 anlamlılık düzeyinde bir farklılık olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular, ilaçlara erişimin kolaylaşmasını yeni sistemin en önemli getirilerinden biri olarak nitelendiren değerlendirmeye, ilkokul mezunlarının gerek üniversite ve gerekse yüksekokul mezunlarına göre daha olumlu yaklaşıtlarını göstermektedir.

“Eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testine göre ise 5 nolu değerlendirmeye ilişkin olarak Bağ-Kur ile Emekli Sandığı ve SSK ile Emekli Sandığı grupları arasında % 1 anlamlılık düzeyinde istatistikî açıdan bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Nitekim eski sistemde Emekli Sandığı’na mensup olan bireylerin vermiş oldukları yanıtların ortalaması 5 üzerinden 3.5 iken, SSK mensuplarının 4.1 ve Bağ-Kur üyelerinin ise 4.2’dir. Görüldüğü gibi eski sistemde SSK ve Bağ-Kur’a üye olan bireyler Emekli Sandığı mensuplarına göre yapılan düzenlemeyi daha yüksek bir ortalama ile olumlu karşılamaktadır. Tablo 8’de üç farklı kurum üyelerinin 6 nolu değerlendirmeye ilişkin görüşlerini toplu bir şekilde gösteren değerler yukarıda bahsedilenleri destekler niteliktedir.

¹⁵EK 2’de yer alan tabloya göre katılımcıların yaklaşık % 78’i sağlık sisteminde atılan bu adımı olumlu bir şekilde karşılamıştır. Özellikle eski sistemde SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart’a tabi olan bireylerin ihtiyaç duydukları ilaçları istedikleri eczaneden alabilmeleri doğrultusunda gerçekleştirilen düzenleme ile ilaç erişiminde yaşanan sıkıntılar kısmen önlenmiştir.

Tablo 8. Sigorta Kurumlarına Göre 6 nolu Tercihin Dağılımı

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
Katılmıyorum	5,26	5,12	25,55
Kararsızım	5,26	14,96	9,49
Katılıyorum	89,47	79,92	64,96
Toplam	100,00	100,00	100,00

Eski sistemde Bağ-Kur'a mensup olan bireylerin yaklaşık % 90'ı, SSK'ya mensup olanların ise yaklaşık % 80'i ilaç alımlarının istenen eczaneden gerçekleştirilebilmesini olumlu karşılamaktadır. Emekli Sandığı mensuplarının ise yaklaşık % 65'i bu görüşe katılmaktadır. Bu sonuçlar beklentilerle örtüşmektedir. Çünkü sağlık sisteminde gerçekleştirilen değişiklikler ile birlikte eski sistemde SSK ve Bağ-Kur'a tabi olanların ilaçlarını sadece bu kurumların anlaşmalı olduğu eczanelerden değil, Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde anlaşma yapılmış tüm eczanelerden alabilme imkânı sağlanmıştır.

7 Nolu Değerlendirme Sonuçları: *“Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır.”*

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden arzu edilen ölçüde verimliliğin elde edilmesi ve sevk zinciri müessesesinin etkin bir şekilde işleyebilmesi için, sağlıkta dönüşüm sürecinde yeni oluşturulan aile hekimliğinin kaliteli ve güvenilir hizmet üreten bir kurum haline gelmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, vatandaşlar herhangi bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında sevk zincirinin ilk ayağı olan aile hekimliği müessesesini tercih etmeyecekler, devlet hastanelerine ya da özel sağlık kuruluşlarına yöneleceklerdir. Bunun önlenmesi için aile hekimliklerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli bir hale getirilmesi, bu şekilde toplumda söz konusu kurumlara güven tesis edilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme vatandaşların aile hekimliğine ilişkin bakışlarını yansıtmaktadır.¹⁶

¹⁶EK 3'de yer alan tablodan görüldüğü üzere ankete katılanların % 34'ü bu değerlendirmeye katılmazken, yaklaşık % 47'si ise olumlu yanıt vermiştir. Özellikle kararsızların dağılımı da dikkate alındığında toplum nezdinde aile hekimliği müessesesine henüz tam olarak güvenilmediği sonucu ortaya çıkmaktadır. Nitekim

Tek yönlü varyans analizi sonucunda 7 nolu değerlendirmeye verilen cevapların, “yaş”, “eğitim düzeyi” ve “gelir seviyesi” değişkenleri alt bileşenleri açısından % 1 anlam düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. “Yaş” için F test istatistiği değeri 4.479, “eğitim düzeyi” için 2.871 ve “gelir seviyesi” için ise bu değer 6.168’dir. Bu üç bağımsız değişkenin hangi alt bileşenleri açısından farklılık gösterdiğini belirleyebilmek amacıyla her bir değişkene yönelik Scheffe testi uygulanmıştır.

“Yaş” grupları değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testi sonucunda, “36-55” yaş grubu ile “26-35” yaş grubu arasında % 5 anlam düzeyinde bir farklılık bulunmuştur. Buna göre “26-35” yaşlarındaki kişiler “36-55” yaşlarındaki kişilere göre aile hekimlerinin tercih edilmesi görüşüne daha fazla katılmaktadır.

“Eğitim düzeyi” değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testi sonucunda, her birime ait anlamlılık düzeyinin % 5’ten büyük olduğu görülmüştür. Dolayısıyla “eğitim düzeyi” değişkeni alt kategorilerine göre *Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır* görüşüne ilişkin anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

“Gelir seviyesi” değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testine göre, gelir seviyesi “1001-2000 TL” olanlar ile geliri “530 TL’den az” olanlar arasında ve gelir seviyesi “531-1000 TL” olanlar ile geliri “1001-2000 TL” olanlar arasında da % 1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel açıdan farklılık tespit edilmiştir. Burada elde edilen sonuçlara göre gelir seviyesi arttıkça, herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında aile hekiminin tercihi azalmaktayken, gelir düzeyi düştüğünde ise bu kez aile hekimliği müessesesinin tercih edilirlilik derecesi artmaktadır. Tablo 9 da bu görüşü destekler niteliktedir.

Tablo 9. Farklı Gelir Düzeylerine Göre 7 nolu Değerlendirmenin Dağılımı

	Gelir Düzeyi		
	530 TL’den az	531-1000	1001-2000
Katılmıyorum	26,23	26,67	42,50
Kararsızım	8,20	18,97	21,00
Katılıyorum	65,57	54,36	36,50
Toplam	100,00	100,00	100,00

ankete katılanların yaklaşık % 70’i aile hekimliği müessesesinin kaliteli hizmet sunamadığı ve bu nedenle sağlık sisteminde etkin bir şekilde rol üstlenemediği düşüncesini paylaşmaktadır (Çelikay, 2009: 142).

Tablo 9, Scheffe testine göre 7 nolu değerlendirmeye verilen cevaplar açısından aralarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilen üç gelir grubunun söz konusu değerlendirmeye vermiş oldukları yanıtların özeti niteliğindedir. Buradan gelir seviyesi arttıkça aile hekimlerinin tercih edilirliliğinin düştüğü oransal olarak daha basit bir şekilde görülmektedir. Zira gelir seviyesi 530 TL'den az olan bireylerin yaklaşık % 65'i hastalık durumlarında aile hekimlerini tercih etmekteyken, gelir seviyesi 531-1000 TL'ye çıktığında bu oran yaklaşık % 54'e gerilemekte ve kararsızların sayısında bir artış gerçekleşmekte, gelir 1000-2000 TL arasında olduğunda ise aile hekimlerinin tercihi yaklaşık olarak % 36'a gerilemektedir. Bu sonuç, beklentileri karşılamaktadır. Düşük gelire sahip bireyler, yetersiz satın alma güçleri dolayısıyla, özel sağlık kuruluşlarından yararlanamamakta ya da sevk zincirine uymamaları durumunda, ödemeleri gereken katılım payını karşılamada zorlanacaklarından, doğrudan devlet hastanelerine de gidememektedirler. Bu nedenle, düşük gelirli bireyler öncelikle aile hekimlerine başvurumaktadırlar. Gelir seviyesi arttıkça aile hekimliğine alternatif olarak özel sağlık kuruluşlarını tercih de artmaktadır. Bu şekilde yüksek gelirli bireyler nitelikli sağlık hizmeti sunumunu düşünmedikleri aile hekimliklerini diğer sağlık kuruluşları ile ikame edebilmektedirler.

8 Nolu Değerlendirme Sonuçları: *“Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.”*

Toplumun yapılan değişimi özümseme ve kabullenme esnekliği genel sağlık sigortası sisteminin geleceği açısından son derece önemlidir. Sağlık sisteminde yapılan değişikliğin toplumda kabul edilebilirliğini ölçebilmek amacıyla ankete katılanlara yönlendirilen ve bu çalışmada ele alınan son değerlendirme *Yapılan değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır* şeklindedir.¹⁷

Tek yönlü varyans analizi sonucunda 8 nolu değerlendirmeye verilen cevapların, “eğitim düzeyi” ve “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu”

¹⁷EK 3'de yer alan tablodan görüldüğü gibi vatandaşların yaklaşık % 54'ü yakın gelecekte sağlık sisteminin daha etkin işleyeceğine inanmaktayken, yaklaşık % 16'sı bu görüşe katılmamakta, % 29,8'i ise çekimser kalmaktadır. Sağlıkta reform süreci sonrasında oluşan sistemin işlerlik kazanabilmesi ve uzun yıllar uygulanabilmesi için toplumsal memnuniyetin mutlak suretle sağlanması ve sisteme ilişkin yaklaşık % 54'lük olumlu yaklaşımın en azından kararsızları da kapsayacak şekilde genişlemesi gerekmektedir. Zira ancak bu durumda devamlılığı olan ve etkin işleyen bir sistemin varlığından söz edilebilecektir.

değişkenlerinin alt bileşenleri açısından % 1 anlam düzeyinde farklılık gösterdiği saptanmıştır. “Eğitim düzeyi” için F test istatistiği değeri 4.676, “eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” için ise bu değer 9.845’dir. Bu bağımsız değişkenlerin hangi alt bileşenleri açısından farklılık içerdiğini belirleyebilmek için ise her bir değişkene Scheffe testi uygulanmıştır.

Scheffe testi ile eğitim durumu kategorileri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Ancak her birine ait anlamlılık düzeyinin % 5’ten büyük olması nedeniyle 8 nolu değerlendirmeye ilişkin kategoriler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 10. Sigorta Kurumlarına Göre 8 nolu Tercihin Dağılımı

	Sosyal Güvence		
	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı
Katılmıyorum	16,84	10,24	27,01
Kararsızım	18,95	30,31	36,50
Katılıyorum	64,21	59,45	36,50
Toplam	100,00	100,00	100,00

“Eski sistemde tabi olunan sigorta kurumu” bağımsız değişkeninin alt bileşenlerine uygulanan Scheffe testine göre, Bağ-Kur ile Emekli Sandığı ve SSK ile Emekli Sandığı arasında % 1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel yönden farklılık olduğu tespit edilmiştir. Tablo 10, Scheffe testi sonucunda elde edilen alt bileşenler arasındaki farklılığı destekler niteliktedir. Görüldüğü gibi Emekli Sandığı mensupları gerek Bağ-Kur’a ve gerekse SSK’ya tabi olanlara göre sistemin geleceğine daha olumsuz bakmaktadırlar.

III. Tartışma

Türk sosyal güvenlik sisteminde köklü bir dönüşüm ve değişim süreci yaşanmaktadır. Gerek 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ve gerek 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile bu sürecin birçok önemli unsuru hayata geçirilmiştir. Nitekim bu kanunlar ile farklı sosyal sigorta kuruluşlarına tabi olanlar genel sağlık sigortası bünyesinde tek elde toplanmış, böylece vatandaşların anlaşmalı tüm sağlık kurumlarından herhangi bir ayırım gözetilmeksizin hizmet alabilmeleri sağlanmış, ayrıca sağlık kurumlarında yaşanan aşırı yoğunluğun azaltılabilmesi için sevk zinciri sistemi ve aile hekimliği müessesesi getirilmiştir. Yapılan değişikliklerle finansal açıdan sürdürülebilir, tüm toplumu kapsayan ve optimal işleyen bir sağlık sistemi kurulmak istenmiştir. Çalışmada değişim içerisindeki sağlık sisteminin etkinliği

ve geleceği, vatandaşların bakış açıları temelinde ele alınmış, özellikle sunulan hizmetin yeterliliği ve niteliği açısından toplumsal memnuniyet düzeyi saptanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmada yapılan analizlere göre “yaş”, “gelir seviyesi”, “eğitim durumu” ve “eski sistemde tabi olunan sigorta müessesesi” gibi değişkenler, bireylerin sağlık sistemiyle ilgili düşüncelerinde ortaya çıkacak farklılıkların asıl nedenlerini oluşturmaktadır. Elde edilen bulgular, genellikle düşük gelirli ve eski sistemde SSK ya da Bağ-Kur’a tabi olanlar ile 36 ve daha yukarı yaşlardaki vatandaşların oluşan yeni sağlık sistemine olumlu baktıklarını, yaşanan süreç sayesinde en azından orta ve uzun vadede refah seviyelerinde bir artış yaşayacakları düşüncesinde olduklarını yansıtmaktadır. Buna karşılık nispeten genç olanlar ile Emekli Sandığı’na mensup vatandaşların ise yapılan değişiklikleri yetersiz bularak, sağlık sistemine daha karamsar yaklaştıkları görülmektedir. Ayrıca, bireylerin gelir seviyeleri yükseldikçe buna benzer bir tutum sergiledikleri yapılan analizlerden net bir şekilde anlaşılmaktadır. Eski sistemde Emekli Sandığı’na mensup olanlar ile yüksek gelirli vatandaşların reform öncesine göre durumlarında çok fazla bir gelişme olmaması bu şekildeki karamsar tutumun nedeni olarak gösterilebilir. Genç bireylerin ise sağlık sisteminden beklentileri çok yüksektir. Ayrıca sistemin geçmişi ile içinde bulunulan dönemi karşılaştırabilecek bir birikimden yoksun olmaları, yapılan değişikliklere daha mesafeli yaklaşmalarına neden olmaktadır.

Analiz sonuçlarına göre toplumun büyük bir kesimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından olumlu bir gelişmenin yaşandığı görüşünü paylaşmaktadır. Ancak sistemin aksamasına neden olan ve henüz tam verim elde edilemeyen uygulamalar da bulunmaktadır. Özellikle yeni geliştirilen aile hekimliği kurumunun güvenilir ve nitelikli sunmadığı algısı, sevk zinciri mekanizmasında arzu edilen akışkanlığın sağlanmasını önlemektedir. Ayrıca kıt kaynakların gereksiz yere kullanımını önleyebilme amacıyla uygulamaya konulduğu iddia edilen katkı payları, vatandaşlar tarafından *mali bir külfet* olarak algılanmaktadır. Bu olumsuzluklar vatandaşların azımsanmayacak bir bölümünün, sağlık risklerini kapsamada sistemi yetersiz görmelerine neden olmaktadır. Bu güvenin tesis edilmesi ise aile hekimliğinden, sevk zincirine, ilaç tedarikinden katılım payı uygulamasına, genel sağlık sigortasından kamu ve özel sağlık kurumlarınca sunulan hizmete kadar uzanan ve sağlıkta dönüşüm sürecinin en önemli bileşenleri olan müesseselerin etkin işlemesiyle sağlanabilir.

Sonuç olarak sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ile finansal açıdan sürdürülebilir, kapsam itibarıyla bütün toplumu içeren, hizmet sunumunda vatandaşlarının memnuniyetini temel alarak nitelikli bir etkileşimin gerçekleştirilebildiği, hizmet sunucuları arasındaki rekabetin artırılarak verimliliğin, etkinliğin ve tutumluluğun yaygınlaştığı bir sistemin inşası

istenmektedir. Yapılan analiz vatandaşların sağlık sisteminde yaşanan dönüşüm sürecini olumlu ancak yetersiz bulduklarını göstermektedir.

Kaynakça

- Ağartan, Tuba (2007), "Sağlıkta Reform Salgını" Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Editor: Berna Akkıyal, İletişim Yayınları, Yayın No: 1, İstanbul, 37-54.
- Akdere, Murat (2009), "Sağlık Katılım Payı, Uluslararası Uygulamalar ve Türkiye Örneği", Bütçe Dünyası, 3(32): 29-35.
- Akdur, Recep (2006), Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu (Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi).
- Altay, Asuman (2007), "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", Sayıştay Dergisi, No: 64, 33-58.
- Aydın, Sabahattin (2008), "Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri", Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, FTS Turizm, Ankara.
- Başara Berrak, Bora ve İsmet Şahin (2008), "Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler", H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(2), 319-340.
- Bayram, Nuran (2004), Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi (Bursa: Ezgi Kitabevi).
- Bulut, Ayşe (2007), "Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi", Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Editör: Berna Akkıyal, İletişim Yayınları, Yayın No:1, İstanbul, 111-124.
- Carrin, Guy ve Chris James (2005), "Social Health Insurance: Key Faktors Affecting the Transition Towards Universal Coverage", International Social Security Review, 58(1), 45-64.
- Çakıcı, Sedat (2006), "Yönetimin Yeniden Yapılandırılması Bağlamında Genel Sağlık Sigortası Uygulaması," Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Çalış, Serkan (2006), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi", Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Çelikay, Ferdi (2009), "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği," Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Doetinchem, Ole, Bernd Schramm ve Jean-Olivier Schmidt (2006), "The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries," Series International Public Health, GTZ and Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, C: 18.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2004), *Sağlık Reformu Çalışma Grubu Raporu*, 2004 Türkiye İktisat Kongresi, (Çevrimiçi) <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/tik2004/cilt14.pdf>, 20 Aralık 2008.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001), *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı-Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara.

- Ener, Meliha ve Esra Demircan (2008), "Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları", Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(1), 57-82.
- Erençin, Arif ve Vesim Yolcu (2008), "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi," Memleket Siyaset Yönetim, 3 (6): 118-136.
- Gülbaş, Ayten (2007), "Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi Kapsamındaki Ödeme Sistemine Yönelik Modellerin Değerlendirilmesi ve Öneri", Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Gümüş, Erdal (2010), "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler," Seta Analiz, Sayı 24.
- Güneş, İsmail ve Soner Yakar (2004), "Sosyal Sigorta Finansman Yöntemleri ve Türkiye'de Sosyal Sigorta Kurumlarının Finansman Yöntemlerinin Değerlendirilmesi", Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 13(2), 127-142.
- Gürsoy, Şafak Taner ve Aksu, Feride (2007), "Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri", Amme İdaresi Dergisi, , 40, (3), 63-77.
- Hayran, Osman (2001), "Küreselleşme ve Sağlık," Yeni Türkiye, 2 (40): 1110-1115.
- Kesgin, Coşgun ve Ahmet Topuzoğlu (2006), "Sağlığın Tanımı; Başaçıkma," Journal of İstanbul Kültür University, 4 (3): 47-49.
- Özdemir, Oya, Esin Ocaktan ve Recep Akdur (2003), "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi," Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56 (4): 207-216.
- Özkara, Yasemin (2006), "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama," Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Pekten, Ali (2006), "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler," Sayıştay Dergisi, 61: 119-138.
- Phelps, Charles E. (2003), Health Economics, (USA: Addison Wesley).
- Sağlık Bakanlığı (2008), *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2004), *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Editör: Sabahattin Aydın, Mavi Ofset, Ankara.
- Tekin, Fazıl (1987), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı," Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 5 (1): 263-298.
- World Health Organization (1981), Global Strategy for Health All By the Year 2000, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>, (10.12.2008).
- Yıldırım, Hasan H. (2006), "Türkiye'de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası," <http://www.absaglik.com/GSSkanun.pdf>, (28.08.2009).
- World Bank (2003), Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, Human Development Sector Unit Europe and Central Asia Region, Main Report, C: 1/2, No: 24358.
- World Health Organization (2008), *The World Health Report 2008-Primary Health Care*, (Çevrimiçi) http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf, 12 Ocak 2009.
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

EKLER

EK-1: ANKET FORMU (Anketin kullanımı yazarların iznine tabidir.)

Sayın Katılımcı;

Bu çalışmanın amacı, sosyal güvenlik sisteminde yapılan reform ile geliştirilen genel sağlık sigortasının sağlık sistemine dahil edilmesiyle birlikte hizmet sunumunda gerçekleştirilen köklü değişikliklerin vatandaşlar tarafından nasıl algılandığını ortaya koyabilmektir. Bu şekilde sistemde yapılan reformun etkinliği ve geleceğine ilişkin öngörüye sahip olunarak genel bir değerlendirme yapılabilecektir. Anket çalışması iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişisel bilgilerinizi ve sağlık sistemiyle ilişkinizin niteliğini ifade eden sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde ise genel sağlık sigortası kurumu ile sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan yeni yapının değerlendirilebilmesine ilişkin oluşturulan içerikte sizin görüşlerinize yer verilmektedir. Katılımcıların kimlik bilgileri istenmemektedir. Anket sorularına verilecek cevaplardan, sadece çalışma amaçları doğrultusunda yararlanılacaktır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz sağlık sisteminde yapılan değişimlerin yeterliliğinin incelenebilmesi açısından son derece önemlidir. Çalışmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Arş. Gör. Ferdi ÇELİKAY
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü

Doç. Dr. Erdal GÜMÜŞ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Maliye Bölümü

Birinci Bölüm

Bu bölümde kişisel bilgiler ve sağlık sigortası sisteminden yararlanmanıza ilişkin sorular bulunmaktadır. Lütfen size uygun olan seçeneği (x) işareti ile doldurunuz.

1- Yaşınızı belirtebilir misiniz?

- 15-25 26-35
 36-55 56-Yukarı

2- Cinsiyetinizi belirtebilir misiniz?

- Erkek Kadın

3- Medeni durumunuz hakkında bilgi verebilir misiniz?

- Evli Bekâr
 Boşanmış Dul
 Eşinden ayrı yaşıyor

4- Çocuğunuz var mı? Sayısını belirtebilir misiniz?

- Yok 1 2
 3 4 ve Yukarı

5- Tamamlamış olduğunuz eğitim seviyesini belirtebilir misiniz?

- İlkokul Ortaokul
 Lise Yüksekokul
 Üniversite Yüksek Lisans
 Doktora Diğer.....

6- Ortalama aylık net gelirinizi belirtebilir misiniz?

- 530 TL'den az 531-1000 TL
 1001-2000 TL 2001-4000 TL
 Diğer.....

7- Sosyal güvenceniz var mı?

- Var Yok

8- Eski sistemde tabi olduğunuz sigorta kurumu aşağıdakilerden hangisidir?

- Bağ-Kur
 SSK
 Emekli Sandığı
 Özel Sigorta Kurumları
 Diğer.....

9- Aile bireylerinizde dikkate alındığında son altı ay içerisinde sağlık kurumlarına gitme sıklığımız?

- Hiç gitmedim 1 – 3 kez
 4 – 6 kez 7 – 10 kez
 Diğer.....

10- Herhangi bir sağlık sorununuz olması durumunda ilk gitmeyi düşündüğünüz sağlık kurumunun niteliği;

- Aile Hekimi (Sağlık Ocağı)
 Devlet Hastanesi
 Alternatif tıp
 Özel Hastane
 Özel Muayenehane
 Diğer.....

İkinci Bölüm

Bu bölümde genel sağlık sigortası kurumıyla değişen sağlık sisteminin etkinliğini ölçmeye ilişkin değerlendirmelere yer verilmektedir. Bu amaçla beş dereceli seçenekten oluşan bir anket formu oluşturulmuştur. Lütfen tercihlerinizi belirtirken her bir soruyu en olumludan (kesinlikle katılıyorum), en olumsuz (kesinlikle katılmıyorum) doğru size göre en uygun seçenek ile doldurunuz.

Genel Sağlık Sigortası Sistemine İlişkin Değerlendirmeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır.					
2.Sunulan sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması gereksiz yere hastanelere ya da aile hekimlerine gidilmesini engellemektedir.					
3.Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır.					
4.Özel hastaneler hizmet sunumu bakımından devlet hastaneleriyle rekabet edebilecek seviyeye ulaşmışlardır.					
5.Sağlık kurumlarınca sağlanan hizmetlerde farklı statüdeki vatandaşların istedikleri hastanede tedavi olabilmeleri hastanelerdeki yoğunluğu azaltmıştır.					
6.Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmasının en önemli belirleyicilerinden biri hizmet sunumundaki olumlu tavır ve samimiyettir.					
7.Hastalar, sağlık ocaklarında yeteri kadar ekipman ve nitelikli personel olmadığı için devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gitmeyi tercih etmektedirler.					
8.Genel sağlık sigortası sistemine geçilmesinden sonra hizmeti veren sağlık görevlilerinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir düzelme gözlemlenmektedir.					
9.Hastanelerin ve diğer sağlık kurumlarının son derece kalabalık olması sağlık sisteminin en önemli problemlerindedir.					
10.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.					

11.Sağlık sigortası prim oranlarının seviyesi ve cezaların caydırıcılığı ile denetimin etkinliği, primlerin zamanında ödenmesinin temel belirleyicilerindedir.					
12.Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir.					
13.Genel sağlık sigortası prim oranlarının yüksekliği ve denetim yetersizliği kayıt dışı istihdamı teşvik etmektedir.					
14.Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.					
15. Gelir düzeyi yetersiz bireylerin ve 18 yaşın altındaki çocuklarının devletçe genel sağlık sigortası kapsamına alınması olumlu bir gelişmedir.					
16.Genel sağlık sigortası sistemi ile getirilen sevk zinciri müessesesi etkin bir şekilde işlemektedir.					
17.Sağlık hizmetini kaliteli ve eksiksiz sunan sağlık kurumuna hizmeti alanlar ilave katkı yapmayı kabul ederler.					
18.Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir.					
19.Sağlık sisteminde uygulanmaya çalışılan aile hekimliği kurumu kaliteli hizmet sunamadığı için etkin işlememektedir.					
20.Devlet hastanelerinde uzun kuyruklarda beklemektense özel hastanelerde ek ücret ödenerek sağlık hizmeti talep edilmesi tercih edilmektedir.					
21.Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır.					
22.Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.					
23.Sağlık reformu ile getirilen aile hekimliği, sevk zinciri ve katılım payı gibi yenilikler vatandaşa tam olarak tanıtılmadığından sistem karmaşık bir hale gelmiştir.					
24.Reform sonrası sağlık hizmetlerinden yararlanmada vatandaşlar olumsuz şekilde etkilenmiştir.					

EK-2: DEĞİŞKENLERİN ORTALAMA ve STANDART SAPMA DEĞERLERİ

Değerlendirmelerin Yaş Gruplarına Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

		Yaş Grupları	15-25	26-35	36-55	56- Yukarı	Toplam
Değerlendirmeler	D2	Ort.	3,67	3,475	3,621	4,15	3,632
		Std. Sapma	0,974	1,086	1,099	0,769	1,059
	D4	Ort.	3,73	3,78	3,456	3,4	3,598
		Std. Sapma	0,972	0,82	1,088	0,981	0,997
	D5	Ort.	2,83	2,9	2,511	2,85	2,712
		Std. Sapma	1,223	1,172	1,197	1,051	1,194
	D7	Ort.	3,36	3,48125	2,9	3,175	3,198
		Std. Sapma	1,259	1,214	1,215	1,238	1,238

Değerlendirmelerin Gelir Seviyelerine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

		Gelir Seviyesi	530 TL'den Az	531-1000 TL	1001- 2000 TL	2001- 4000 TL	Diğer	Toplam
Değerlendirmeler	D3	Ort.	4,0656	4,2103	3,705	3,6364	4,1364	3,962
		Std. Sapma	0,8537	0,7264	1,0834	1,3988	0,7101	0,9604
	D4	Ort.	3,7377	3,7231	3,405	3,8182	3,6364	3,598
		Std. Sapma	1,0312	0,8586	1,0894	1,0064	0,9534	0,9971
	D5	Ort.	2,8197	2,9538	2,53	2,2273	2,4091	2,712
		Std. Sapma	1,3355	1,2069	1,0885	1,066	1,333	1,1949
	D8	Ort.	3,5902	3,4103	2,92	2,8636	3,0909	3,198
		Std. Sapma	1,2566	1,2039	1,1919	1,3556	1,2309	1,2384

Değerlendirmelerin Sosyal Güvenceye Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

		Sosyal Güvence	Bağ-Kur	SSK	Emekli Sandığı	Diğer	Toplam
Değerlendirmeler	D1	Ort.	3,9263	3,8701	3,2117	4,0714	3,706
		Std. Sapma	1,0025	1,0073	1,2685	0,8287	1,1198
	D2	Ort.	3,8737	3,7559	3,2117	3,8571	3,632
		Std. Sapma	0,9919	1,0115	1,1076	0,7703	1,0596
	D3	Ort.	4,0842	4,2047	3,3942	4,2857	3,962
		Std. Sapma	0,8077	0,7421	1,1779	0,8254	0,9604
	D8	Ort.	3,6211	3,6457	3,1168	3,7857	3,5
		Std. Sapma	1,0019	0,9411	1,0436	0,5789	1

Değerlendirmelerin Eğitim Seviyesine Göre Ortalama ve Standart Sapmaları

	Eğitim Seviyesi	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yüksek Okul	Üniversite	Yüksek Lisans	Doktora	Diğer	Toplam
Değerlendirmeler	D1 Ort.	4,107	4,043	3,689	3,515	3,457	3,875	2	3,666	3,706
	D1 Std. Sapma	0,836	0,917	1,088	1,168	1,25	1,246	0	1,527	1,119
	D2 Ort.	4,119	3,938	3,652	3,39	3,341	3,25	1,5	4,333	3,632
	D2 Std. Sapma	0,718	0,952	1,06	1,063	1,135	0,886	0,707	0,577	1,059
	D3 Ort.	4,25	4,021	4,018	3,593	3,86	4,5	2,5	3,666	3,962
	D3 Std. Sapma	0,637	0,856	0,962	1,136	1,021	0,534	0,707	0,577	0,96
	D5 Ort.	2,464	3,043	3,018	2,687	2,442	2,125	1,5	2,334	2,712
	D5 Std. Sapma	1,134	1,281	1,265	1,167	1,038	0,641	0,707	1,155	1,195
	D6 Ort.	4,285	4,13	3,951	3,656	3,845	4,125	4,5	4,666	3,968
	D6 Std. Sapma	0,737	1,002	0,989	1,129	1,1	0,991	0,707	0,577	1,014
	D7 Ort.	2,928	3,630	3,426	3,093	2,984	3,125	3,000	3,333	3,198
	D7 Std. Sapma	1,200	0,951	1,292	1,064	1,292	1,356	1,414	1,154	1,238
	D8 Ort.	3,738	3,760	3,603	3,265	3,271	3,125	1,500	4,333	3,500
	D8 Std. Sapma	0,865	0,992	0,897	1,130	1,051	0,991	0,707	0,577	1,000

EK-3: Değerlendirmelerin Frekans Dağılımları

Değerlendirmeler	Kesinlikle	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Kesinlikle
	Katılıyor	Katılıyor	Kararsız	Katılmıyor	Katılmıyor
1.Genel sağlık sigortası sistemi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanma koşulları kolaylaştırıldığı için genel olarak vatandaşların sağlık güvencesi artmıştır.	24,6	43,4	15,6	10,8	5,6
2.Sağlık sisteminde yapılan düzenlemeler ile verimsiz, hantal yapı giderilerek kalite bakımından daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlanmaktadır.	21	41,2	21,2	13,2	3,4
3.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.	29,8	48	13,8	5,4	3
4.Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması sağlık sorunlarının gizlenmesini sağlamakta ve hastane ya da aile hekimine gidilmesini önlemektedir.	17,2	42,8	25,6	11,4	3
5.Günümüz sağlık sistemi sağlık risklerini kapsamada yeterlidir.	8,4	19,8	22,4	33,4	16
6.Yeni sistemin en olumlu yönlerinden biri de tedavi için gereken ilaçların istenilen eczaneden alınabilmesidir.	32,8	45	11,6	7,4	3,2
7.Herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında ilk önce aile hekimine başvurulmalıdır.	15,8	31,6	18,6	24,6	9,4
8.Yapılan son değişikliklerle sağlık sisteminin yakın gelecekte daha etkin işleyeceğine inanılmaktadır.	14,8	39,6	29,8	12,4	3,4

EK-4: Scheffe Testi Sonuçları

	Yaş	Eğitim Düzeyi	Gelir Seviyesi	Eski Sistemde Tabi Olunan Sigorta Kurumu			
				Emekli Sandığı-	Diğer		
Değerlendirmeler	1	“Üniversite”- “İlkokul”	0.014	1001-2000 TL ile 531-1000 TL	0.000	Emekli Sandığı- “Diğer”	0.046
						Emekli Sandığı- “SSK”	0.000
						Emekli Sandığı- “Bağ-Kur”	0.000
	2	“26-35” ile “56-Yukarı”	0.0027	“Üniversite”- “İlkokul”	0.000	Emekli Sandığı- SSK	0.000
				“Yüksekokul”- “İlkokul”	0.010	Emekli Sandığı- Bağ-Kur	0.000
	3			“Yüksekokul”- “İlkokul”	0.015	Emekli Sandığı- Diğer	0.006
						Emekli Sandığı- SSK	0.000
						Emekli Sandığı- Bağ-Kur	0.000
4	“26-35” ile “36-55”	0.028	1001-2000 TL ile 531-1000 TL	0.038			
5	“26-35” ile “36-55”	0.027	“Üniversite”- “Lise”	0.015	1001-2000 TL ile 531-1000 TL	0.013	
6			“Yüksekokul”- “İlkokul”	0.047		Emekli Sandığı- SSK	0.000
			“Üniversite”- “İlkokul”	0.001		Emekli Sandığı- Bağ-Kur	0.000
7	“26-35” ile “36-55”	0.011	1001-2000 TL ile 531-1000 TL	0.003			
			1001-2000 TL ile 530 TL'den az	0.007			
8					Emekli Sandığı- SSK	0.002	
					Emekli Sandığı- Bağ-Kur	0.000	