

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE KAMUNUN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİ

Health Transformation Program and Public Satisfaction with Healthcare Service

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep B. UĞUR* - Dr. Öğr. Üyesi Abdullah TİRGİL**

Geliő Tarih: 15.08.2018 Yayına Kabul Tarihi: 14.11.2018

Öz

Türkiye 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık sisteminde önemli reformlara imza atmıştır. Bu çalışmada, bu reformların sağlık hizmetleri kalitesini arttırmada etkili olup olmadığını test etmek için, 2003-2016 arası her yıl yapılan Yaşam Memnuniyeti Anketi (YMA) mikro verisi kullanılarak, hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti incelenmiştir. Bulgularımıza göre; sağlık hizmetlerinden memnuniyet bu dönemde önemli bir artış kaydetmiştir. Ayrıca, her bir sosyal güvence grubunun memnuniyetinde artış olduğu gözlemlenmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; 2003-2016 döneminde sağlık sisteminde yaşanan sorunlarda özellikle organizasyonel konularda, sağlık personelinin hastalara muamelelerinde, hijyen konusundaki sorunlarda ciddi azalmalar olmasına rağmen; sağlık hizmetlerinin ücretleri en sorunlu alan olarak belirtilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, Kalite, Türkiye

Abstract

Since 2003, Turkey has introduced significant health system reforms through Health Transformation Program. This study aims at testing whether these reforms were effective for increasing the quality of health services by looking at patients' satisfaction with health services using Life Satisfaction Survey's individual level data collected by Turkish Statistical Institute annually between 2003-2016. According to our results, satisfaction with health services has clearly increased in this period. Besides, all types of social security holders' satisfaction with health services has increased in the same period. The results of this study show that although there have been substantial improvements in organizational matters and behavior of health care staff towards patients, the cost of health care services is perceived to be the most problematic area of health services production.

Keywords: Health Care Services Satisfaction, Quality, Turkey

* Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi İktisat Bölümü, zeynep.ugur@asbu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-5141-2529

** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Maliye Bölümü, atirgil@ybu.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-4491-4459

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri gidermeye yönelik olarak birçok ülke¹ sağlık sistemlerini reformlarla yenilemeye gitmiştir (Harvard School of Public Health, 2018). Bu yenilikler daha çok yoksul ve sigortası olmayanlara dönük olmuştur (Gruber, vd., 2014; Knaul, vd., 2012; Kutzin, 2013; World Health Organization, 2010). Hem bütün nüfusun sigorta altına alınmasıyla riski dağıtan, hem insanların maddi olarak altından kalkamayacağı hastane masraflarını engellemek, hem herkese eşit erişim hakkı tanıyan genel sağlık sigortası bu amaçlara ulaşmak için uygulanan yöntemlerden birisidir (Atun, vd., 2013; Moreno-Serra ve Smith, 2012).

Türkiye’de 2003 yılında uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı ile beraber sağlık sisteminde çok önemli reformlar yapılmıştır. Bu reformlar mevcut olan farklı sigorta çeşitleri için yapılan köklü düzenlemeleri kapsamaktadır. Özellikle fakirler için 1992 yılından bu yana uygulanmakta olan Yeşil kart sağlık sigortası büyük ve önemli bir revizyon geçirmiştir. Bütün bu reformlar genel sağlık sigortasını hayata geçirmek ve bunun yardımıyla farklı sigorta çeşitlerinin tek bir çatı altında birleşip; eşit ve adil bir şekilde vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlamak, finansal ödeme güclüğü girdabına düşmelerini engellemek ve sağlık çıktılarını en iyi düzeye getirmek amacıyla yapılmıştır (Atun, vd., 2013). Bütün bunları uygularken tabii ki en önemli konu bu reformları en iyi şekilde uygulayıp sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve dolayısıyla hasta memnuniyetini en üst seviyeye çıkarmaktır.

Geleneksel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesi etkin ve doğruluğu araştırmalarla tespit edilmiş tedavilerin uygulanması ile ölçülmekteydi. Fakat artık günümüzde hastaların da sağlık hizmetleri ile ilgili değerlendirmeleri sağlık hizmetinin kalitesini ölçmek hususunda kullanılabilecek bir ölçüt olarak kabul edilmektedir (Fitzpatrick, 1997; Linder-Pelz, 1982). Doktorlar tarafından hastanın sağlığını teknik olarak iyileştirdiği düşünülen, fakat hastanın sağlanan hizmetin faydasını hissedemediği durumlarda, tedavi edilen kişinin verilen sağlık hizmetini faydalı olarak görmemesi yüksek bir ihtimaldir (Jenkinson, 1998). Ayrıca, hastaların sağlanan hizmet ile ilgili memnuniyetinin yazılan

¹ Çin, Meksika ve Tayland gibi orta-düzyer gelir grubuna ait ülkelerde de benzer reformlar ile herkesin sigortalı olması için sağlık sigortasının kapsamı genişletilmeye çalışılmaktadır (Atun et al. 2012; Wagstaff, 2007; Gruber et al. 2012).

reçeteye uyma niyetini etkilemekte olduğu (Macstravic, 1991), şikâyetleri ve açılan davaları azalttığı (Aharony ve Strasser, 1993) tespit edilmiştir. Bir diğer husus da, Glickman ve arkadaşları (2010)'nın bulgularına göre hasta memnuniyetinin hastanın hastaneden çıktıktan sonraki ölüm oranları ile negatif ilişki içinde olduğudur. 2001 yılında Amerikan Ulusal Bilimler Akademisinin bir kolu olan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine (IOM, 2001) tarafından sağlık hizmetlerinin hasta odaklı olması en temel 6 husustan biri olarak ortaya konmuş ve sağlanan hizmetin hastaların tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olması gerektiğinin altı çizilmiştir (s. 6). Buna paralel olarak, bütün dünyada hastaların sağlık hizmetinde daha çok seçme imkânının olması ile de hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti önem kazanan bir olgu haline gelmiştir (Barr, vd., 2006; Press, 2006). Bundan dolayı, sağlık hizmetinin hangi özelliklerinin hasta memnuniyetini etkilediğini tespit etmek de önem kazanmıştır.

Ayrıca, sağlık hizmetlerinden memnuniyetin hizmet kalitesi için gösterge sayılması, iyi yönetişimin esas ilkelerinden olan hizmetin hizmetten faydalananların katılımıyla şekillenmesi prensibine de uygundur.

Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetini tespit etmenin yukarıda bahsedilen avantajları olmasına rağmen, hasta memnuniyet verisini kullanarak sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmenin bir takım zorlukları da bulunmaktadır. Birincisi, sağlık hizmeti sağlayıcıları ile sağlık hizmeti alıcıları arasında bir bilgi asimetrisi vardır (Pedersen, vd., 2016). Diğer bir deyişle, doktorlar hastanın sağlık durumu, hastalığının tanısı ve olası tedavi biçimleri ile ilgili çok daha fazla bilgiye sahip iken, hasta bu konularda çok daha az bilgiye sahiptir (Blomqvist, 1991). Bu durumda hastanın kendisine sunulan sağlık hizmetlerini tam anlamıyla değerlendirmesi zorlaşmaktadır. İkincisi, Amartya Sen (2004) gibi iktisatçılar memnuniyeti (fayda bazlı) temel alan kıyaslamaları ciddi eleştirmektedir. Sen'e göre bir insan vahim bir durumda olmasına rağmen bu duruma alıştığından dolayı hayatından memnun olabilir. Sen'in fayda bazlı kıyaslamalara olan bu eleştirisini sağlık hizmetlerine uyarlıysak, toplumda özellikle ekonomik imkânları düşük kişiler kötü sağlık hizmetlerine adapte olarak hallerinden şikâyet etmemeyi öğrenmiş olabilir. Memnuniyeti esas alan bir değerlendirme, sadece o kişinin değerlendirmesine bakacağından hizmet kalitesi gerçekte olduğundan daha iyi gibi görünebilir. Ayrıca, adaptasyon

seviyesi teorisine göre, insanların bir durum ile ilgili değerlendirmesi zamanla değişmekte ve insan içinde bulunduğu duruma adapte olmaktadır (Helson, 1967). Bu teoriyi destekleyen Brickman, vd. (1978)'in felce uğramış kazazedeler ile ilgili yaptığı çalışmada çok ilginç bulgular vardır. Geçmiş 1.5 yıl içinde başından kaza geçmiş ve felç geçirmiş hastalarla kazadan en az 1 ay sonra görüşüldüğünde, kazazedelerin kendilerini ortadan biraz daha fazla mutlu hissettiklerini belirtmişlerdir. Bu da insanların en çetin hayat şartlarına bile uyum sağladığını göstermektedir. En çetin şartlara bile zamanla alışan insanın sağlık sistemlerini değerlendirmesi tam Sen'in fayda bazı değerlendirmelere getirdiği eleştirileri desteklemektedir. Bununla beraber, kişinin kendi kullandığı sistemleri değerlendirmesini beğenmezsek, o sistemleri kalitesinin başkalarının yine öznellik barındıran değerlendirmelerini esas almak kaçınılmaz olacaktır.

Bu alandaki yazında hasta memnuniyeti genelde yüksek bulunmaktadır. Smith (1992) Birleşik Krallık'taki hastanelerden memnuniyet oranını %89.5-100 arası raporlamıştır. Hasta memnuniyeti yaş gruplarına göre değişmektedir. Aiken, vd. (2012)'nin Avrupa'da 11,318 hastanın; Amerika Birleşik Devletleri'nden 120,000'den fazla hastanın dâhil olmasıyla yapılan çalışmaya göre Belçika'da %47, Finlandiya'da %61, Almanya'da %48, Yunanistan'da %42, İrlandada %61, Polonya'da %55, İspanya'da %35, İsviçre'de %60, Amerika Birleşik Devletleri'nde %59 hasta hastanelerde sunulan sağlık hizmetinden memnuniyetini 10'lu ölçekte 9 ve üzerinde olarak belirtmiştir. Jha, vd. (2008)'nin çalışmasına göre hasta başına hemşire oranı ile hastaların memnuniyet seviyesi pozitif ilişki içindedir. Prakash (2010)'a göre hastayla kötü iletişim, empati yoksunluğu ve hastalığın kronik olması sağlanan hizmetten memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Yine bu çalışma da genç hastaların ve 35-49 yaş hastaların diğer yaş gruplarındaki hastalara göre memnuniyet seviyesinin en düşük olduğunu raporlamaktadır. Ayrıca, yaşça büyük olanların, sağlık durumu daha iyi olanların hasta memnuniyeti daha yüksek; bununla birlikte büyük hastanelerden hizmet alanların memnuniyeti daha düşük olarak tespit edilmiştir (Young, vd., 2000).

Hasta memnuniyeti ile ilgili Türkiye'de de birçok çalışma yapılmıştır. Örneğin; Özcan, vd. (2008) Silvan devlet hastanesine ayakta tedavi almak üzere başvuran kişilerin %76'sının sağlık hizmetlerden memnun veya çok memnun olduğunu bulmuştur. Kidak ve Aksaraylı (2008) 2007 ve 2008 yıllarında bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi alan hastaların memnuniyeti

incelenmiş ve genel olarak %90 oranında hasta aldığı hizmeti olumlu olarak değerlendirmiştir. 2007 yılına göre 2008 yılında hasta kabul, servisten memnuniyet gibi alt başlıklarda büyük iyileşmeler tespit edilmiştir. Bu durum hasta memnuniyetinin ölçülüyor olmasının zaman içinde hastalara karşı tavırlarda iyileşmeye neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. Taşlıyan ve Akyüz (2010) Malatya devlet hastanesinden 2009 yılında sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyetini yüksek olarak tespit etmiştir. Fakat araştırmada kullanılan ölçeğin memnuniyeti ifade için 3 ayrı kategori kullanılırken (mükemmel, çok iyi, iyi) memnuniyetsizliği ifade için 2 kategori kullanılmış olması da sonuçların bu şekilde çıkmasına neden olmuştur denilebilir. Aytar ve Yeşildal (2014) hastanenin fizik ve teknik koşulları, yatan hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktör olarak tespit etmiştir. Papatya, vd. (2012) Kırıkkale ilinde 2 özel hastanenin hastaların memnuniyet düzeylerini incelediği çalışmasında memnuniyet düzeyini düşük olarak tespit etmiş; hasta memnuniyetinin eğitim düzeyi ve gelire göre önemli ölçüde farklılaşmadığı fakat meslek ve cinsiyete göre önemli farklılıklar bulmuştur. Kadınlar erkeklere göre hastanenin fiziksel şartlarının beklentilerini daha az karşıladığını belirtmiştir ve sunulan hizmetten duyulan güven faktörünü erkekler kadınlara nispetle beklentilerini daha çok karşıladıkları sonucu bulunmuştur. Önsüz, vd. (2008) ise hasta memnuniyeti ile hastanede çalışanların hastalara davranışları ve hastanenin fiziksel imkânları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit etmiştir.

Yukarıda özetlenen Türkiye ile ilgili çalışmaların en önemli dezavantajı sadece birkaç hastane ve şehir ile sınırlı kalmasıdır. Bu çalışmalar coğrafik kısıtlardan dolayı Türkiye genelinde uygulanan sağlık sisteminin kalitesini değerlendirmek için gerekli bilgiyi veremez. Ayrıca, genel olarak çalışmalar hasta memnuniyetini yüksek olarak raporlayıp, sağlık hizmeti kalitesini daha iyi bir noktaya taşımak için elzem olan sorunlu alanların tespit edilmesine ve bunların hasta memnuniyetini nasıl etkilediğine temas etmemişlerdir. Hâlbuki sağlık reformu ile ilgili temel metinler sorunların tanımlanmasını analitik olarak sağlam bir politika geliştirilmesi açısından kritik olarak nitelemektedir (Roberts, vd. 2010).

Bu çalışmada 'Sağlıkta Dönüşüm Programının' etkilerini değerlendirmek için Türkiye'de sağlık hizmetlerini kullanan kişilerin sağlık hizmetlerinden memnuniyeti incelenmesi ve hizmet sürecindeki sorunların hasta

memnuniyetine etkilerinin öncelik sırasının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bunun için 2003-2016 arası her yıl Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmış Yaşam Memnuniyeti Araştırmasının (YMA) mikroverisi temel alınmıştır. Sağlık hizmetleriyle ilgili beklentiler hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine göre (Kavuncubaşı, 2000) ve sağlık durumuna göre (Young, vd., 2000) farklılaştığından, analize cinsiyet, yaş, eğitim durumu, iş hayatı ile ilgili durumu ve sağlığından memnuniyet seviyesi de dâhil edilmiştir. Ayrıca, etkin teşhis, etkin tedavi, beklemeksizin hizmet alma, güler yüzlü yaklaşım, temiz hastane, ferah bir fiziksel ortam ve makul fiyat gibi faaliyetlerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetin unsurları olduğuna düşünülünce (Kısa ve Tokgöz, 2002), bu faktörlerin hizmet memnuniyetini hangi sırayla ve hangi oranlarda etkilediği de değerlendirilmelidir.

Elde edilen bulgulara göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2003-2016 arası dönemde net bir şekilde artmıştır. Ayrıca, her bir sosyal güvence grubunun memnuniyetinde artış olduğu gözlemlenmektedir. Buradan da bu reformların tüm sosyal güvence grupları için iyi sonuçlar doğurduğu söylenebilir. 2013-2016 arası dönemde sağlık sisteminde yaşanan sorunlarda özellikle organizasyonel konularda, hastalara karşı sağlık personelinin muamelelerinde, hijyen konusunda sorunlarda ciddi azalmalar olmasına rağmen; sağlık hizmetlerinin ücretleri hala çoğu insan tarafından sorun olarak görülmeye devam edilmektedir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti en fazla azaltan sorunlar ise muayene/tahlil randevusu almakta sorun yaşamak, hijyen ve doktorların hastaya muamelesindeki sorunlardır.

Sağlık hizmetlerinin bireye sağlanmasındaki bir aksaklığın tüm topluma bakan dışsal etkileri olduğu için kamu malı özelliği taşıyan sağlık hizmetlerinin sağlanmasında birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de devlet hem önemli bir hizmet sağlayıcısı hem de sosyal güvenlik sistemini yönetiyor olması nedeniyle hizmet satın alıcı konumundadır. Bundan dolayı, bu çalışmanın sonuçlarının politika yapıcılar açısından önemli olduğunu söyleyebiliriz. Elde edilen bulgulara göre, politika yapıcıların bundan sonra yüksek fiyatları düşürmeye yönelik politikalara odaklanması mantıklı olacaktır.

1. SAĞLIK ALANINDA BAŞLATILAN YENİ UYGULAMALAR

2003 yılından önce Türkiye’de sağlık sistemi Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık ocaklarından oluşuyordu. Bu sistem beş farklı sacayağından finanse edilmekteydi: özel sektörde çalışan (ya da özel sektörden emekli olmuş) vatandaşlar için Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı SSK; devlet kurumlarından emekli olanlar için Emekli Sandığı; serbest çalışanlar için Bağ-Kur; hâlihazırda memuriyetine devam edenler için aktif memur sigorta fonu; maddi durumu iyi olmayan ve işsiz vatandaşlar için Yeşil Kart sigorta uygulaması mevcuttu (Menon, vd., 2013; Oecd-World Bank, 2008).

Bu sigorta türleri aralarında farklılık arz eden çeşitli hizmetleri bünyelerinde barındırıyorlardı. Mesela; Yeşil Karta sahip vatandaşlar sadece yataklı hastane hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmekteydi. Benzer şekilde, ayakta tedavi hizmeti ya da buna bağlı olarak ilaç almak istediklerinde cepten ödeme yapmak mecburiyetindeydi. (Oecd-World Bank, 2008). İkinci olarak, yalnızca Emekli Sandığı üyeleri üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilirken, SSK ve Bağ-Kur’lular bu kurumlara doğrudan başvuramıyorlardı. Özel sağlık kurumlarından hizmet almakta da değişik sigortalar arasında farklılıklar vardı. SSK’lılar sevk alabilirlerse özel sağlık kurumlarında tedavi olabilirken, Bağ-Kur’lular önce cepten ödeyip daha sonra Bağ-Kur’un geri ödemesi gibi uygulamalar mevcuttu (Başol ve Işık, 2015). Bu farklılıklar sağlık hizmetlerine erişimde, cepten yapılan harcamalarda ve sağlık çıktılarında ülke genelinde ve daha özeldir bölgeler arasında eşitsizliklere yol açıyor ve sağlık hizmetlerinin adil olarak sunulmadığı algısı oluşuyordu.

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sağlık kuruluşlarının organizasyonunda ve bu hizmetlerin sunulduğunda önemli değişiklikler getirmektedir. SDP, 2003 ve 2009 yılları arasında birinci fazı tamamlanan, o tarihten bu yana da ikinci fazı devam eden birçok farklı reformu bünyesinde barındıran bir sağlıkta dönüşüm programıdır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu çalışmada SDP’nin getirdiği belli başlı değişiklikler ele alınacaktır. SDP’yi önemli kılan en dikkate değer husus değişik özelliklere sahip ve toplumun farklı kesimlerine hitap eden sağlık sigortalarını (devlete ait) birleştirerek tek bir çatı altında, Genel Sağlık Sigortası (GSS) adıyla birleştirmiş olmasıdır. Bu birleşmeden amaçlanan toplumun her kesiminin; özellikle işsiz, geliri düşük birey

ve ailelerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, ailelerin cepten yapacakları (resmi ve resmi olmayan) harcamaları en düşük düzeye indirgeyerek ailelerin maddi sıkıntı yaşamalarının önüne geçmektir . Aşağıda SDP ile gerçekleştirilen bazı önemli politikalara değinilecektir:

SDP ile birlikte 2003 yılının Ocak ayında ilk uygulamaya konulan değişiklik hastaların ödeme yapmadığında hastanelerde rehin tutulmasına yönelik olan çalışmadır. Bununla birlikte ödeme yapamayan hastaların hastanelerde rehin tutulmasına son verilmiş olup, tedavilerinin ardından serbest bırakılmalarına müsaade edilmiştir (Atun, vd., 2013).

2004 yılının Ocak ayı itibariyle kaliteli ve verimli hizmet sağlamayı amaçlayan ‘performansa dayalı ek ödeme’ sistemi Sağlık Bakanlığına bağlı bütün sağlık kuruluşlarında uygulanmaya başlanmıştır. 2004 yılı içerisinde Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri ortak kullanım protokolü hayata geçirilmiş olup, sigortalıların devlet hastanelerini ve SSK’ya bağlı sağlık kuruluşlarını kullanımının önü açılmıştır. Bu dönemde (19 Şubat 2005) ayrıca SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir (Akdag, 2011).

Diğer önemli bir husus ise 22 Aralık 2004 tarihinde yeşil kart sağlık sigortasının kapsamının arttırılması yönünde olmuştur. Bu sebeple dar gelirli ve işsiz vatandaşların ‘ayakta tedavi ve buna bağlı olarak ilaç giderleri’ yeşil kart sigorta kapsamına dâhil edilmiştir.

Burada bilinmesi gereken önemli bir husus ise Yeşil Kart sağlık sigortasına başvuru yapabilmenin ön koşulu kişi başı hane halkı gelirinin başvuru yapılan yıldaki asgari ücretin üçte birinden az olmasıdır. Aynı hanede yaşayan kişiler ayrı ayrı başvuru yapma hakkına sahiptirler. Diğer önemli bir husus ise, Yeşil Kart sahibi olan kimseler için sağlık sigortası primleri kamu bütçesi tarafından karşılanmaktadır. Bu düzenleme ile birlikte maddi imkânsızlıklar içerisinde yaşayan vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmış ve aynı zamanda sağlık hizmetine erişebilmek için cepten yapacakları resmi ve/veya gayri resmi harcamaların önüne geçilmiştir (Menon, vd., 2013).

Buna ek olarak, reçete ile alınan ilaçlardaki KDV oranı %18’den %8’e düşürülmüştür ve ilaç fiyatlandırma sisteminde değişime gidilmiştir. Dolayısıyla, ilaç kaynaklı harcamaların kamuya ve bireylere olan yükü hafifletilmiş ve

SSK'ya bağlı kimselerin de özel eczanelerden ilaç almalarına imkân tanınarak ilaca erişim daha kolay hale getirilmiştir (Oecd-World Bank, 2008).

Dikkate değer diğer önemli bir husus ise SDP'den önce sağlık ocaklarında verilen birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak için başlatılan Aile Hekimliği uygulamasıdır. 5258 sayılı Kanun'a göre topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri Toplum Sağlığı Merkezleri'nin sorumluluğunda, bireye yönelik birinci basamak sağlık hizmetleri için ise aile hekimliği müessesesi tesis edilmiştir (Ataay, 2008). İlk kez, pilot uygulama olarak 15 Eylül 2005 tarihinde Düzcce şehrinde hayata geçirilmiştir. Zaman içerisinde ülkedeki bütün diğer illere yayılmıştır. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu hastanelerdeki yükün hafifletilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, bireylere aile hekimini seçme hakkı da verilmiş, böylece hekimlerin sundukları hizmete daha fazla özen göstermeleri amaçlanmıştır.

SDP'den önce sadece SSK'lıların şehir içi ambulans ücreti karşılanırken, SDP ile bütün ambulans hizmetleri sigorta kapsamına alınmıştır (Başol ve Işık, 2015). Bütün bunlara ek olarak '112 Acil Sağlık' hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir. Şehirlerin yanı sıra köylerde de 112 acil sağlık hizmetlerinden faydalanmanın önü açılmış ve istasyon sayıları arttırılmıştır. Bunlara kar paletli ambulanslar, hava ve deniz araçları da eklenerek acil sağlık hizmetlerinin kapasitesi bütün Türkiye çapında arttırılmıştır.

2008 yılının Haziran ayında yapılan düzenlemeyle özel sağlık hizmeti veren kuruluşların sigortalılardan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nun ödediği miktarın en fazla %30'una tekabül eden ilave bedeli tahsil edebilecekleri kararlaştırılmıştır. Bununla beraber, SGK'nın Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belli bir standardizasyona gidilmiş ve sigortalılardan uçuk miktarlar talep edilmesinin önüne geçilmiştir (Başol ve Işık, 2015).

1 Ekim 2008 tarihinde SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur kanunları yürürlükten kaldırılmış ve bu sigortalar 5502 sayılı kanun ile Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmişlerdir. Hemen akabinde, 5510 sayılı kanun ile de GSS uygulanmaya başlanmıştır. Türkiye, sağlık hizmetlerine erişim, cepten yapılan sağlık harcamalarının sebep olduğu yoksullukla mücadele ve sağlık çıktılarındaki dengesizlikleri çözmek (ya da en aza indirmek) için genel sağlık sigortası yaklaşımını uygulamayı tercih etmiştir (Atun, vd., 2013). Toplumun tamamının dâhil edilmesi adına 18 yaşın altındakiler ve eğitim gören nüfus

GSS kapsamına dâhil edilmiş ve bütün hizmetlerden ücretsiz faydalanmaları sağlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ve aile hekimliği dışındaki sağlık sunucularından alınan ayakta tedavi, hekim ve diş hekimi hizmetlerinde katılım payı uygulaması 2008 yılında uygulamaya konulmuştur. 2010 yılının Ocak ayında özel hastanelerin sınıflandırılmasıyla birlikte söz konusu hastanelerin muayene fark ücretleri yeniden yapılandırılarak SUT ile belirlenen tarife üzerinden %30-%70 arasında değişiklik göstermiştir.

Bununla beraber, Üniversite ve Sağlık Bakanlığı personeli için tam gün çalışma yasası yürürlüğe konmuştur. Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve ülke genelinde bölgeler arası farklılıkları azaltmak için çeşitli önlemler alınmıştır. Bulaşıcı hastalıkların takibi kolaylaştırılmıştır. Kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, felç gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların sağlığa zarar verici etkilerini ve bundan kaynaklı ölümleri önlemek amacıyla bütün ülkeyi kapsayıcı çeşitli ulusal programlar düzenlenmiştir.

2. YÖNTEM

Çalışmanın amacı SDP'nin sağlık hizmetlerinin kalitesine etkisini değerlendirmek olduğundan, sağlık hizmetlerini kullanan kişilerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin yıllara göre nasıl değiştiği ve hangi faktörlere bağlı olduğu incelenmektedir. Çalışma nerde yapıldı, örneklem sayısı yok.

2.1. Veri

Bu çalışma için 2003 yılından bu yana her yıl düzenli olarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırması (YMA)'nın birey düzeyindeki verileri kullanılmıştır. YMA'da kişilerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini ölçen ve aynı zamanda sağlık hizmetleri alırken yaşadıkları problemlere dair sorular da bulunduğundan bu çalışmanın amacına uymaktadır. YMA için her yıl Türkiye'de ikamet eden yetişkin (18 + yaş) ve kurumsal olmayan (okul, yurt, otel, huzurevi, hastane, hapisane, kışla ve ordu evlerinde ikamet edenler dışındaki) nüfustan Türkiye'yi temsil edebilen bir örneklem seçilmiş ve bu kişilerle yüz yüze görüşerek anket yapılmıştır.

YMA'nın bir diğer özelliği örneklemin büyük olmasıdır. 2003'de 3,095 kişiyle anket yapılmış iken, her yıl kademeli olarak anketin örneklemini

genişletilmiş 2012 yılında 6,126 kişiyle görüşülmüştür. 2013 yılında şehir bazında tahmin vermeye elverişli olacak şekilde örneklem tasarlanarak 135,314 kişiyle görüşülmüştür. 2016 yılında ise yine ülkenin bütününe temsil etme kabiliyetine sahip olması için 7,266 kişiyle anket yapılmıştır. Elimizde 2003-2016 yılları arası toplamda 202,562 kişiye ait veri bulunmaktadır.

Anket çalışmasında katılımcıların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet ‘Sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?’ sorusuna (1) çok memnun’dan (5) hiç memnun değil’e kadar şıklardan birini seçerek verdikleri yanıtlarla ölçülmüştür. Bu çalışmada regresyon analizlerinin daha kolay yorumlanabilmesi adına değişkenler (1) hiç memnun değil’den (5) çok memnun’a doğru yeniden sıralanmıştır. Anketin yapıldığı yıl içinde sağlık hizmeti almayanların geriye dönük bilgileri hatırlamanın zorluğunun sonuçları yanlı hale getirmemesi ve yıllar içindeki değişimi daha iyi gözlemleyebilmek için çalışmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

YMA zengin bir arka plan değişkenlerinin de çalışılmasına izin vermektedir. Katılımcının cinsiyeti, yaşı, kırdan mı kentte mi yaşadığı (2003-2012 yılları için), eğitim seviyesi (kategoriler: okuma yazma bilmiyor veya herhangi bir okul bitirmemiş, ilkokul, ilköğretim veya ortaokul, lise veya dengi, yüksekokul veya fakülte, master veya doktora), medeni hali (kategoriler: hiç evlenmemiş, evli, eşi ölmüş, boşanmış veya ayrı yaşıyor) ve iş hayatı (kategoriler: çalışıyor, işle ilgisi sürüyor, işsiz, ev işleriyle meşgul, öğrenci, emekli, mevsimlik çalışan, çalışamaz durumda, irad sahibi, diğer) ile ilgili bilgiler mevcuttur.

Maalesef kişinin kendi gelir durumu ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Fakat, kişinin toplam hane halkı gelirinden memnuniyeti ile ilgili de (1) çok memnun’dan (5) hiç memnun değil’e kadar değerlendirmesi mevcuttur. Buna ek olarak, kişinin kendi sağlığından memnuniyet ile ilgili de soru sorulmuş ve yine (1) çok memnun’dan (5) hiç memnun değil’e kadar şıklardan seçimi esas alınarak sağlığından memnuniyeti de ölçülmüştür.

Bu değişkenlere ek olarak; hastanın sağlık hizmeti alımında karşılaştığı tecrübeleri anlamak için, sağlık sistemindeki sorunları bulmak ve bu problemlere dönük politika geliştirmek adına ankette çoğu yılda sorulan bir takım değişkenlere (örneğin; muayene ücretini sorun olarak görmek, ilaç fiyatını sorun kabul etmek, muayene/tahlil randevusu alırken zorluk yaşamak, hijyen problemi, hemşire ve doktorların hastaya muamelesini sorunlu bulmak) yer vermek

uygun görülmüştür. Bu sorulara verilen cevaplar hayır sorun yok; evet sorun var ve bilgim yok şeklinde üç kategoriden oluşmaktadır. ‘Bilgim yok’ cevabını veren hastalar için hastalara kayıp değer ataması yapılmıştır.

2.2. İşlem

İlk olarak, sağlık hizmetlerinden memnun olan ve olmayanlar arasında sistematik bir fark olup olmadığını anlamak için t-test yapılmıştır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinden memnuniyet puanını etkileyen değişkenleri tespit etmek için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Literatürde yaşanan yerin kent ya da kır olmasının, cinsiyetin, eğitim seviyesinin ve sosyal sigorta türünün sağlık hizmetlerinden memnuniyete etkisi tespit edildiğinden (Önsüz, vd., 2008; Rahmqvist ve Bara, 2010; Tükel, vd., 2004), regresyon analizinde bu değişkenler kontrol edilmiştir.

Ankete katılanlardan toplanan veriler STATA 12.0 programı ile analiz edilmiştir. Analizlerimizde de anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, iş hayatıyla ilgili durumu, medeni durumu, sağlık durumundan memnuniyet gibi kontrol değişkenlerinin noksan olan gözlemler örneklemden çıkarıldığında, geriye 205,060 kişiye ait veri kalmıştır. 2003-2016 yılları arasında toplanan örnekleme ait betimleyici istatistikler Tablo 1’de sunulmaktadır. Birinci sütunda tüm örnekleme ait ortalama ve standart sapma değerleri sunulurken, ikinci sütunda sağlık hizmetlerinden memnun ve çok memnun olanlara ait ortalama ve standart sapmalar, üçüncü sütunda sağlık hizmetlerinden hiç memnun olmayan ve memnun olmayanlara ait ortalama ve standart sapmalar sunulmuştur.

Örneklemin sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet ortalaması 5 üzerinden 3.59’dur. Bu durumda, sağlık hizmetlerinden çoğu insan ortanın biraz daha üstünde memnundur denilebilir. Ortalama sağlık durumundan memnuniyet de 5 üzerinden 3.48’dir. Bu da çoğu insanın sağlığından ortanın üzerinde memnun olduğu anlamına gelmektedir. Örneklemin %61’ini kadınlar oluşturmaktadır, %72’si kentlerde ikamet etmekte ve katılanların yaş ortalaması 44.83’tür. Örneklemdaki bireylerin iş hayatıyla ilgili durumlarına bakıldığında, %38’inin

ev işleriyle meşgul, %33'ünün çalışan, %13'ünün emekli, %6'sının çalışamaz durumda ve %4'ünün işsiz olduğu görülmektedir.

Analize dahil edilen bireylerin medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, %77'sinin evli, %13'ünün hiç evlenmemiş, %6'sının eşi ölmüş ve %4'ünün boşanmış veya ayrı yaşıyor olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, örnekleme-deki bireylerin eğitim düzeylerine bakıldığında ise, %39'unun ilköğretim eğitimi aldığı, %20'sinin ise hiç okul bitirmediği, %16'sının lise, %11'i ilköğretim mezunu olduğu, %12'sinin yüksekokul ve üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Örneklem sosyal güvenceleri bakımından değerlendirildiğinde %51'i SSK'lı, %15'i Emekli Sandığına bağlı, %15'inin Bağ-Kur'lu, %10'unun Yeşil Kart'lı ve %7'sinin hiçbir sosyal güvencesi olmayanlardan oluştuğu görülmektedir.

Tablo 1 ikinci ve üçüncü sütunlarda görüleceği üzere, bu iki sütun hastanın 'sağlık durumundan ne kadar memnun olduğu' sorusu için kıyaslandığında, sağlık hizmetlerinden memnun olmayanların sağlıklarından ortalama memnuniyeti sağlık hizmetlerinden memnun olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşüktür.

Tablo 1'de dikkat çekilmek istenilen hususlardan birisi; kadınların sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğudur. Bununla beraber, sağlık hizmetlerinden memnun olmayanların yaş ortalamalarının hizmetlerden memnun olanlara göre daha küçük olduğu görülmektedir. Sütun 2 ve 3 hanehalkı gelirinden memnuniyet açısından kıyaslandığında göze çarpan bir husus; sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğini dile getiren vatandaşların, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde toplam hanehalkı gelirinden de daha az memnun olduklarını ifade etmeleridir. Diğer dikkate değer bir husus ise; sağlık hizmetlerinden memnun olmayanların %77'lik bir kesiminin kentte yaşıyor olmasıdır.

Tablo 1: YMA Betimleyici İstatistikler

	Toplam	Sağlık Hizmetlerinden Memnun	Sağlık Hizmetlerinden Memnun olmayan
Sağlık Hiz. Memnuniyet	3.59 [0.90]	4.08 [0.28]	1.81 [0.39]***
Sağlık Durum. Memnuniyet	3.48 [0.93]	3.53 [0.90]	3.26 [1.02]***
Kadın	0.61 [0.49]	0.62 [0.49]	0.58 [0.49]***

Yaş	44.83 [16.44]	46.31 [16.74]	40.65 [14.76]***
Kent	0.72 [0.45]	0.70 [0.46]	0.77 [0.42]***
Gelirden Memnuniyet	3.03 [1.08]	3.10 [1.04]	2.68 [1.12]***
İşle İlgili Durumu			
Çalışıyor	0.33 [0.47]	0.30 [0.46]	0.40 [0.49]***
İşle ilgili sürüyor	0.01 [0.11]	0.01 [0.11]	0.02 [0.13]***
İşsiz	0.04 [0.19]	0.03 [0.18]	0.06 [0.23]***
Ev işleriyle meşgul	0.38 [0.49]	0.41 [0.49]	0.32 [0.47]***
Öğrenci	0.03 [0.17]	0.03 [0.16]	0.04 [0.20]***
Emekli	0.13 [0.33]	0.14 [0.34]	0.11 [0.31]***
Mevsimlik çalışan	0.01 [0.10]	0.01 [0.10]	0.01 [0.10]
Çalışamaz durumda	0.06 [0.23]	0.06 [0.24]	0.04 [0.18]***
İrad sahibi	0.00 [0.06]	0.00 [0.05]	0.00 [0.06]*
Diğer	0.01 [0.11]	0.01 [0.10]	0.01 [0.11]***
Medeni Durumu			
Hiç evlenmemiş	0.13 [0.33]	0.11 [0.31]	0.17 [0.37]***
Evli	0.77 [0.42]	0.78 [0.41]	0.76 [0.43]***
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	0.06 [0.24]	0.07 [0.26]	0.04 [0.19]***
Eşi ölmüş	0.04 [0.19]	0.04 [0.19]	0.04 [0.19]
Eğitim Seviyesi			
Bir okul bitirmemiş	0.20 [0.40]	0.22 [0.42]	0.14 [0.35]***
İlkokul	0.39 [0.49]	0.42 [0.49]	0.32 [0.47]***
İlköğretim/ortaokul	0.11 [0.32]	0.11 [0.32]	0.13 [0.33]***
Lise	0.16 [0.37]	0.15 [0.35]	0.22 [0.41]***
Yüksekokul/üniversite	0.12 [0.32]	0.10 [0.29]	0.18 [0.38]***
Master/Doktora	0.01 [0.10]	0.01 [0.09]	0.02 [0.13]***
Sosyal Güvenlik Durumu			
Emekli Sandığı	0.15 [0.36]	0.14 [0.35]	0.18 [0.39]***
SSK	0.51 [0.50]	0.52 [0.50]	0.49 [0.50]***
Bağ-Kur	0.15 [0.36]	0.17 [0.37]	0.11 [0.31]***
Özel Sigorta	0.01 [0.12]	0.01 [0.12]	0.01 [0.11]*
Yeşil Kart	0.10 [0.30]	0.10 [0.30]	0.10 [0.30]
Sigortası olmayanlar	0.07 [0.26]	0.06 [0.24]	0.11 [0.31]***
N	205,060	147,721	32,661

Not: Ortalama ve [] içinde standart sapma değerleri verilmiştir. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

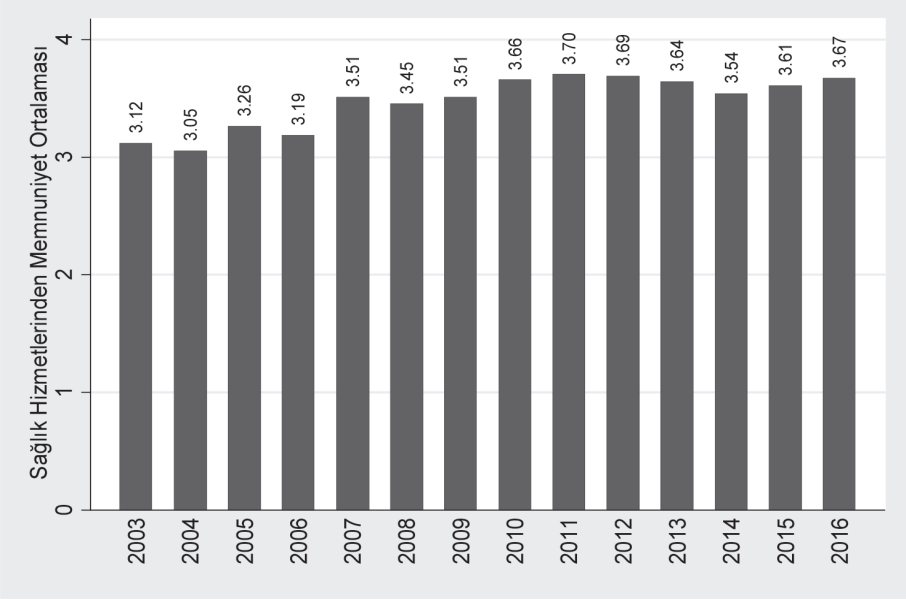
Sağlık hizmetlerinden memnun olanlara kıyasla, sağlık hizmetlerinden memnun olmayanların çalışıyor, işsiz ve öğrenci olma ihtimalleri daha yüksek iken, ev işleriyle meşgul, emekli ve çalışamaz durumda olma ihtimalleri daha düşüktür. Tablo 1’de dikkat çekmek istenilen diğer bir konu da ‘sağlık hizmetlerinden memnun olduğunu’ ifade eden vatandaşların evli olan kişilerden oluşması daha yüksek bir orana sahiptir.

Tablo 1’e eğitim seviyesi açısından baktığımızda hemen hemen bütün kategorilerde, sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliğini ifade eden bireylerin yüksek eğitim seviyesine sahip olma durumlarının daha yüksek olduğu gözükmemektedir.

‘Sağlık hizmetlerinden memnun’ ve ‘sağlık hizmetlerinden memnun olmayan’ kategorileri sosyal güvenlik durumu açısından kıyaslandığında; ilginç bir şekilde yeşil kartlı vatandaşlar için bu iki alt kategori arasında istatistiksel anlamda bir fark görünmemektedir. Oysaki yapılan reformların büyük bir çoğunluğu fakir ve işsiz vatandaşların durumunu iyileştirecek şekilde gerçekleştirilmiştir. Yeşil kartlıların bu durumu uygulanan sağlık reformlarını regresyon analizi ile daha detaylı bir şekilde incelemenin gerekli olduğu sonucuna götürmektedir. Sağlık hizmetlerinden memnun olanların SSK’lı ve Bağ-Kur’lu olma ihtimali daha yüksek iken, Emekli Sandığına bağlı olmaları daha düşüktür. Ayrıca herhangi bir sigorta kurumuna bağlı olmayanların sağlık hizmetlerinden memnun olmayan kategoride olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu gözlenmektedir.

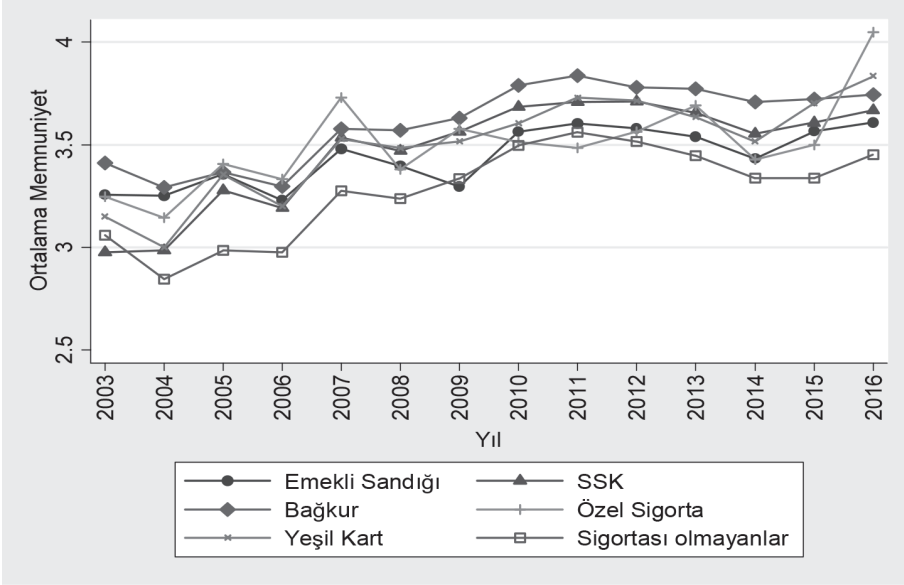
Betimleyici istatistikleri özetlemek gerekirse, sağlık hizmetlerinden memnun olanlar ile olmayanlar arasında birçok demografik gösterge açısından ve sosyal güvenceleri arasında önemli farklar vardır. Bu farklılıkların bütünü bir sonraki regresyon analizi bölümünde hesaba katılarak ancak net bir sonuca varmak mümkün olacaktır.

Tablo 1’de verilen ortalama memnuniyetin (3.59/5) zaman içinde nasıl değiştiği Şekil 1’de gösterilmektedir. Şekil 1’e göre 2003 yılında 3.12 seviyesinde olan ortanın biraz üzerindeki memnuniyet seviyesi 2016 yılında 3.67 seviyesine çıkarak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin zaman içinde net bir şekilde arttığı görülmektedir. Ek’te sağlık hizmetlerinden hiç memnun olmayanların ve memnun olmayanların yüzdesinin verildiği Şekil 1-A’ya göre de memnuniyetsizlerin yüzdesi 2003 yılında %22 iken 2016 yılında %13’e gerilemiştir.

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Ortalaması, Türkiye

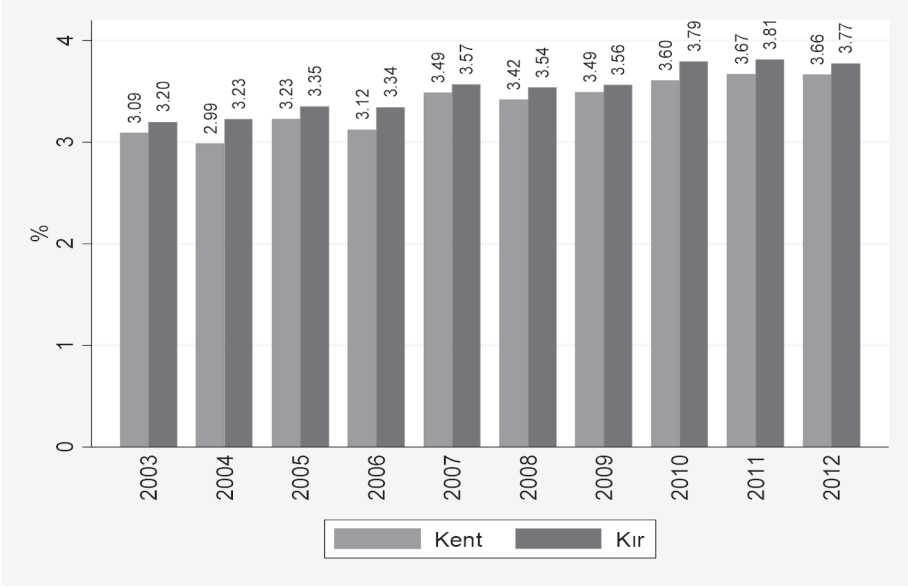
Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketleri, 2003-2016

Şekil 1’de görülen ortalama memnuniyet rakamlarının artıyor oluşundan, her bir alt grubun memnuniyetinin arttığı sonucunu çıkarmak mümkün değildir. Çünkü yapılan reformların bütün sosyal sigorta sahiplerini aynı oranda etkilememe ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, SSK’lılara bütün hastanelerin açılması, yalnızca SSK’lılara yönelik bir reform iken Emekli Sandığı mensupları bu hastanelerden zaten daha önce de faydalanmaktaydı. Diğer yandan, SSK’lılara hastanelerin açılmış olmasının hastanelerin aşırı kalabalıklaşmasına neden olması ve bu durumun da Emekli Sandığı mensuplarının memnuniyetini düşürmüş olması ihtimali hesaba katılmalıdır. Bu ihtimal gözetilerek, Şekil 2’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet, değişik sosyal güvence grupları bazında incelenmiştir. Burada sunulan sonuçlar her bir sosyal güvence grubunun ortalama memnuniyet seviyesinin birbiriyle paralel hareket ettiğini göstermektedir. Diğer bir deyişle, hiçbir sosyal güvence grubunun memnuniyeti bir diğerinin faydası için azalmış değildir. Ayrıca, her grubun memnuniyetinde artış olduğu gözlemlenmektedir. Buradan hareketle bu reformların tüm sosyal güvence grupları için iyi sonuçlar doğurduğunu söylemek mümkündür.

Şekil 2. Sosyal Güvenceye göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

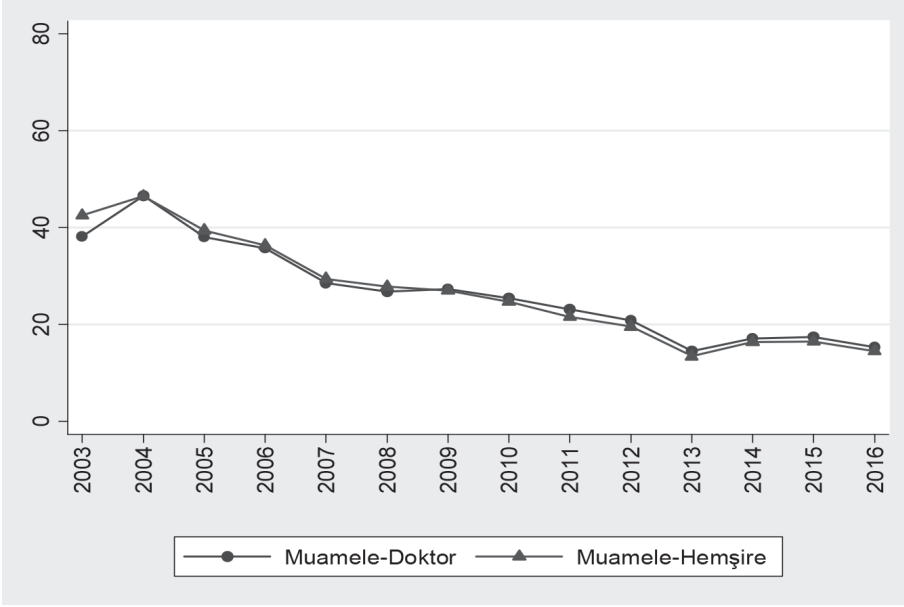
Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketleri, 2003-2016

Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin kent ve kırsal alanlarda yıllar içindeki dağılımını gösteren Şekil 3'e göre bütün yıllarda kentteki memnuniyet ortalaması kırdaki memnuniyet ortalamasından bir miktar daha geridedir (Benzer sonuçlar için bakınız Ek Şekil A-2). Gerek ileri teknoloji sağlık gereçlerinin kentlerde bulunma ihtimalinin fazla olması ve kentlerdeki sağlık hizmet sağlayıcılarının beşeri sermayesinin kırdakilere nazaran daha iyi olma ihtimali (kentlerdeki tıp fakülteleriyle oluşan kümelenme etkisi) hesaba katıldığında, kenttekilerin kırdakilere göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin daha yüksek olması beklenir. Fakat Şekil 3'te görüldüğü gibi araştırma bulguları bunun aksinin göstermektedir. Bunun bir sebebinin kentte yaşayanların beklentilerinin de yükselmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Nitekim beklentilerin karşılanması teorisine (expectation confirmation theory) göre de memnuniyet beklentilerinin ne derece tatmin edildiğinin değerlendirilmesinden elde edilen bir sonuçtur (Jiang ve Klein, 2009).

Şekil 3: Sağlık Hizmetlerinden Ortalama Memnuniyet, Kent-Kır dağılımı

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketleri, 2003-2012

Şekil 4’te hastalar perspektifinden sağlık sisteminde yaşanan sorunların zaman içinde değişimi gösterilmektedir. Buna göre, doktorların ve hemşirelerin muamelelerinden kaynaklanan sorunlarda ciddi bir düşüş olduğu görülmektedir. 2003 yılı örneklemindeki kişilerin %38’i doktorların hastalara davranışlarını sorunlu bulurken, 2016 yılında bu oran %15 seviyesine düşmüştür. Aynı şekilde, hemşirelerin hastalara davranışlarını sorunlu bulanların oranı 2003 yılında %43 seviyesinde iken bu oran 2016 yılında %14 seviyesine gerilemiştir.

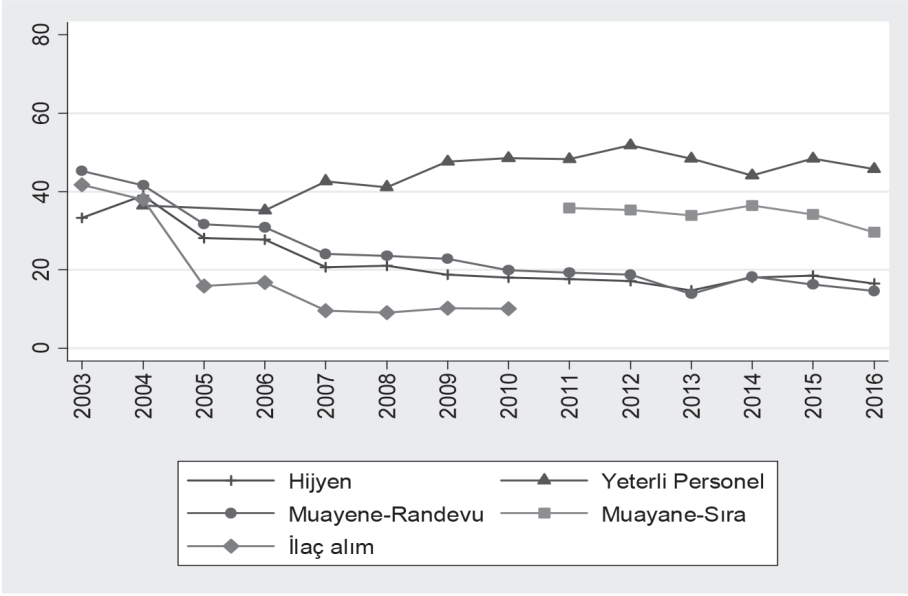
Şekil 4: Sağlık Personelinden Kaynaklı Sorunların Zaman içinde Değişimi

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketleri, 2003-2016

Şekil 5'te sağlık hizmeti almak için randevu almakta, beklenen sırada ve ilaç alımı ile ilgili işlemlerde yaşanan sorunların zaman içinde değişimi gösterilmektedir. İlaç alımı ile ilgili soru en son 2010 yılında sorulduğundan, hizmet alımı için sıra beklemek ile ilgili soru da 2011 yılından itibaren sorulduğundan serilerde kesiklik bulunmaktadır. Organizasyonel sorunlar kategorisinde de ciddi azalmalar görülmektedir. 2003 yılında örneklemimizin %45'i muayene/tahlil için randevu almakta sorun yaşadığını bildirmekte iken, 2016 yılında bu oran %15'in altına düşmüştür. 2003 yılında yaklaşık %42 insan ilaç almak ile ilgili sorun yaşadığını beyan ederken, bu oran en son ölçülen 2010 yılında %10 seviyesine düşmüştür. Sıra beklemek ile ilgili sorun yaşayanlar da 2011'deki %35'lik orandan 2016'da %29'a hafif bir gerileme gözlemlenmektedir. Ayrıca, sağlık kurumlarının temizlik ve hijyenini sorunlu bulanların ve personel sayısını yetersiz bulanların zaman içinde değişimi gösterilmektedir. Buna göre, sağlık hizmeti sunan kurumların hijyenini sorun olarak bildirenlerin oranı 2004 yılında %39 iken 2016 yılında bu

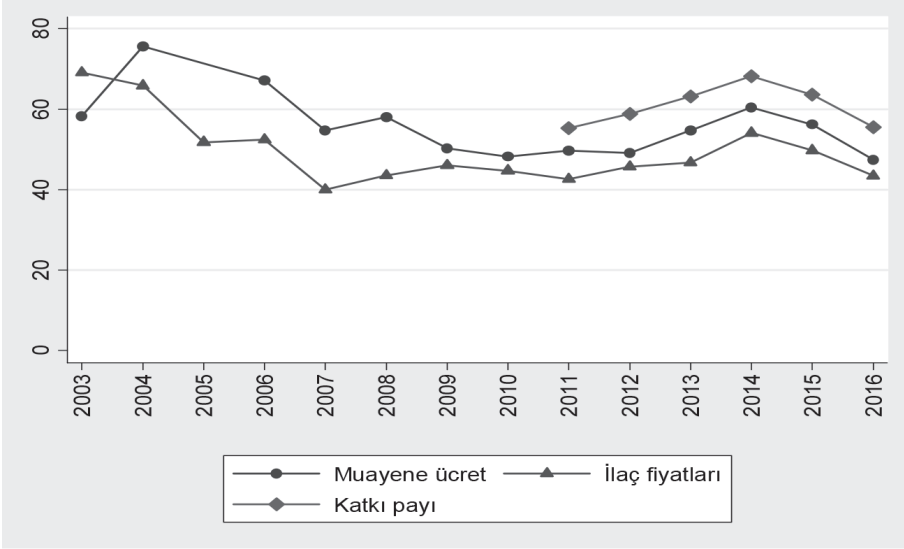
oran %16 seviyesine gerilemiştir. Fakat personel yetersizliği ile ilgili sorun bildirenlerin oranı 2003- 2016 yılları arasında %36'dan %46'a çıkmıştır.

Şekil 5: Organizasyonel Sorunların Zaman içinde Değişimi



Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketleri, 2003-2016

Şekil 6'da muayene ve tahlil ücretlerini yüksek bulanların, ilaç fiyatlarında sorun görenlerin, muayene için katkı payı ücreti ödemeyi sorun olarak görenlerin zaman içinde değişimi verilmiştir. Muayene için katkı payı ile ilgili soru 2011 yılından itibaren sorulduğundan seride kesiklik bulunmaktadır. Örneklemimizde en yüksek oranda sorunlu bulunan kısım ücretlerin yüksek bulunmasından kaynaklanan sorunlardır. 2004 yılında muayene ve tahlil ücretlerini yüksek bulanların oranı %75'e vardığı, bunun 2016 yılında bir miktar düşerek %47'e gerilediği görülmektedir. Benzer şekilde, 2003 yılında ilaç fiyatlarını yüksek görenlerin oranı %69 olup zaman içinde bu oran bir miktar gerileyip 2016 yılında %43 olmuştur. 2011 yılında muayene katkı payını sorun görenlerin oranı 2016 yılında da %55 ile aynı seviyede kalmıştır.

Şekil 6: Ücretlerden Kaynaklı Sorunların Zaman İçinde Değişimi

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Anketleri, 2003-2016

Kısaca özetlemek gerekirse organizasyonel konularda, hastalara karşı sağlık personelinin muamelelerinde, hijyen konusunda sorunlarda ciddi azalmalar olmasına rağmen; sağlık hizmetlerinin ücretleriyle ilgili sorunlar bir miktar azalmakla birlikte hala çoğu insan tarafından sorun olarak görülmeye devam edilmektedir. Politika yapıcılarının bundan sonra en çok yüksek fiyatları düşürmeye yönelik politikalara odaklanması mantıklı olacaktır.

3.1. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyeti Etkileyen Değişkenler

Çalışmamızda aşağıda gösterilen dört farklı model tahmin edilmiştir.

$$SHM_i = \alpha_0 + X_i \gamma + \epsilon_i \quad (\text{Model 1})$$

$$SHM_i = \alpha_0 + Y1_i \alpha_1 + X_i \gamma + \epsilon_i \quad (\text{Model 2})$$

$$SHM_i = \alpha_0 + Y1_i \alpha_1 + \text{Sigorta Türü}_i \alpha_2 + X_i \gamma + \epsilon_i \quad (\text{Model 3})$$

$$SHM_i = \alpha_0 + Y1_i \alpha_1 + \text{Sigorta Türü}_i \alpha_2 + \text{Sorun Türü}_i \alpha_3 + X_i \gamma + \epsilon_i \quad (\text{Model 4})$$

Model 1 sadece X ile gösterilen demografik değişkenler (cinsiyet, yaş grubu, eğitim durumu, iş hayatıyla ilgili durum ve medeni durum) içermektedir. Model 2’de ise Model 1’deki kontrol değişkenlerine ek olarak, yıllar içerisinde ‘sağlık hizmetlerinden memnuniyetin’ ortalama değişimi konusunda bilgi edinebilmek için ‘yıl’ değişkenini de regresyon analizine eklenmiştir. Model 3’te değişik sigorta türlerini (Emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur, Özel sigorta ve Yeşil kart) eklediğimiz regresyon analizimize; Model 4’te sorunlu alanlara işaret edebilmek adına hastaların sağlık hizmeti alımında yaşadıkları sorunları gösteren bazı değişkenler (muayene/tahlil ücret, ilaç fiyat, muayene/tahlil randevu, hijyen, doktor ve hemşire davranışları) eklenmiştir. ‘Muayene/tahlil ücret’ şeklinde tanımladığımız değişken; hastaların muayene ve tahlil ücretlerini yüksek bulup bulmadıklarını ölçmek için kullanılan bir sorudur. İlaç fiyat değişkeni ise ilaç fiyatlarında herhangi bir sorun görüp görmediklerini anlamak için yöneltilmiştir. Bununla beraber, muayene/tahlil randevu değişkeni ise muayene ve tahlil için randevu alırken yaşanan sıkıntıları ifade etmek için kullanılan bir soru yapısıdır. Temizlik/Hijyen değişkeni ortamın temizliğiyle ilgili iken; doktor ve hemşire/hastabakıcı değişkenleri, doktor ve hemşirelerin hastalarla olan ilişkilerinin ve davranış biçimlerinin hastalar tarafından sorunlu bulunup bulunmadığını ölçmek için kullanılmıştır. Bu değişkenlere verilen cevaplar ise evet sorun var, hayır sorun yok ve fikrim yok şeklindedir. Ankette bu sorulara ‘fikrim yok’ diye cevap veren bireylere regresyon analizi sırasında kayıp değerler atanmıştır. Ayrıca sonuçların daha iyi anlaşılabilmesi için bu değişkenler regresyon analizi sırasında iyi’den kötü’ye doğru tanımlanmıştır.

OLS regresyon analizi sırasında doğru standart hataları elde edebilmek için hane bazında kümeleme yapılmıştır. Yaş için referans alınarak kıyas yapılan grup 18-24 yaş aralığıdır. Medeni durum için kıyas yapılan grup ‘hiç evlenmemiş’ kategorisidir. Sigorta çeşitlerinin kıyaslandığı referans noktası ise herhangi bir resmi sigortaya sahip olmayanlardır.

Tablo 2’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecesi bağımsız değişkenini açıklayan regresyon modellerinin sonuçları gösterilmektedir. Tablo 2’deki sonuçlara göre; sağlığından memnun olduğunu ifade eden hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde bütün modeller için yüksek olduğunu görmekteyiz. Yalnız, Model 4’e sağlık sisteminde sorunlu alanların bulunması için eklenen değişkenlerle beraber sağlık

hizmetlerinden memnuniyetin derecesinde kısıtlı bir azalma görünmektedir. Kadınların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti yalnızca Model 1 ve 4'te pozitif ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$). Model 2 ve 3'te ise kadınların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti istatistiksel olarak erkeklerden farklı değildir.

Farklı yaş gruplarının sağlık hizmetlerinden memnuniyetini ölçmek sağlık politikası yapan kişiler tarafından önem arz etmektedir. Dolayısıyla, bu çalışmada regresyon analizine değişik yaş grup kuklaları yerleştirdik. Bu yaş grubu kuklalarını, 18-24 yaş aralığında bulunan hastaları kıyas olarak değerlendirilmiştir. Dikkat çeken husus; bütün modeller için (25-34 yaş aralığı hariç) yaş aralığının artmasıyla beraber sağlık hizmetlerinden memnuniyetin 18-24 yaş grubuna göre daha fazla olduğudur. Bu alandaki yazınla uyumlu bir şekilde; bireyin eğitim seviyesinin artması sağlık hizmetlerinden memnuniyetini azaltmaktadır ($p < 0.01$). Hastane çalışanları genç ve eğitilmiş insanlara daha farklı muamele edebilme ihtimali düşük görüldüğünden, bu grupların düşük memnuniyeti genç yaşta olanların ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin beklentilerinin daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Evli olmanın sağlık hizmetlerinden memnuniyete etkisinin pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bütün modellerde elde edilen bir sonuçtur (Kıyas yapılan kategori 'hiç evlenmemiş' olanlardır). Yıl kuklasına bakılarak anlaşılacağı üzere 2003 ve 2016 yılları arasında sağlık hizmetlerinden memnuniyet ortalaması dikkate değer bir artış göstermiştir.

Yaşam memnuniyeti anketlerinde gelir ile ilgili tek bilgi sahibi olabileceğimiz soru; insanların gelirlerinden ne kadar memnun olduklarını ifade eden sorudur. Bu soru ankete 1 'hiç memnun değildim', 5 'memnun olana' doğru sıralanarak girmiştir. Regresyon analizlerinde ise bu soruyu sürekli bir değişken olarak alınmıştır. Tablo 2'de farklı modeller için görüleceği üzere gelirden memnuniyet arttıkça sağlık hizmetlerinden de memnuniyet istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde artmaktadır ($p < 0.01$).

Model 3'e eklediğimiz farklı sigorta türlerinin sigortası olmayan vatandaşlara nazaran sağlık hizmetlerinden ortalama memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek değerler vermektedir. Ayrıca, Yeşil karta sahip vatandaşların (prim ödemeleri devlet tarafından karşılanan) hizmetlerden daha fazla memnun oldukları göze çarpmaktadır. Bu da Türkiye'de uygulanan

sağlık reformlarının farklı sigorta türleri için özellikle fakir vatandaşlar için pozitif bir etkiye sahip olduğunu ifade etmesi açısından önemli bir sonuçtur.

Tablo 2. Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti belirleyen değişkenler - OLS sonuçları

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Sağlıktan memnuniyet	0.159*** (0.003)	0.146*** (0.003)	0.146*** (0.003)	0.117*** (0.003)
Kadın (ref: Erkek)	0.017*** (0.004)	-0.004 (0.004)	-0.005 (0.004)	0.015*** (0.004)
Yaş: 25-34 (ref: yaş:18-24)	0.012 (0.009)	-0.000 (0.009)	-0.005 (0.009)	-0.014 (0.009)
Yaş: 35-44	0.093*** (0.009)	0.071*** (0.009)	0.065*** (0.009)	0.031*** (0.010)
Yaş: 45-54	0.155*** (0.010)	0.123*** (0.009)	0.116*** (0.010)	0.050*** (0.010)
Yaş: 55-64	0.246*** (0.010)	0.200*** (0.010)	0.190*** (0.010)	0.101*** (0.011)
Yaş: 65 ve yukarı	0.305*** (0.011)	0.254*** (0.010)	0.241*** (0.011)	0.131*** (0.011)
Eğitim	-0.098*** (0.002)	-0.111*** (0.002)	-0.107*** (0.002)	-0.093*** (0.002)
Evli (ref: Hiç evlenmemiş)	0.018** (0.008)	0.029*** (0.008)	0.027*** (0.008)	0.032*** (0.009)
Eşi öldü	-0.062*** (0.013)	0.007 (0.013)	0.007 (0.013)	0.007 (0.014)
Boşandı/Ayrı yaşıyor	0.048*** (0.011)	0.021* (0.011)	0.022** (0.011)	0.018 (0.012)
Gelir memnuniyeti	0.101*** (0.003)	0.122*** (0.002)	0.121*** (0.002)	0.084*** (0.002)
Yıl		0.051*** (0.001)	0.049*** (0.001)	0.028*** (0.001)
Sigorta çeşitleri				
Emekli sandığı (ref: Sigortası olmayanlar)			0.131*** (0.011)	0.076*** (0.011)
SSK			0.157*** (0.010)	0.109*** (0.010)
Bağ-Kur			0.198*** (0.010)	0.119*** (0.011)
Özel sigorta			0.193*** (0.019)	0.116*** (0.020)

Yeşil kart			0.201*** (0.012)	0.150*** (0.012)
Sorunlu alanlar				
Muayene/tahlil ücret				-0.114*** (0.005)
İlaç fiyat				-0.147*** (0.005)
Muayene/tahlil randevu				-0.287*** (0.007)
Temizlik/Hijyen				-0.203*** (0.007)
Doktor muamele				-0.180*** (0.009)
Hemşire/hastabakıcı muamele				-0.154*** (0.009)
R-squared	0.077	0.102	0.105	0.187
N	205222	205222	204672	167929

* $p < .1$, ** $p < .05$, *** $p < .01$. OLS katsayıları ve parantez içinde standart hatalar paylaşılmaktadır.

Sağlık alanında sorunlu olabilecek alanları ortaya çıkarmak, bu sorunların sağlık hizmetlerinden memnuniyete etkisini tespit etmek için Model 4'e eklenen, sağlık hizmeti alımında yaşanan sorunları ifade eden kontrol değişkenlerinin ayrı bir önemi vardır: Muayene/tahlil ücretlerini yüksek bulanların (5 üzerinden 0.11 puan daha az), ilaç fiyatlarında sorun görenlerin (0.15 daha az) ve temizlik hususunda sorun olduğunu dile getirenlerin (0.20 daha az) sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin daha az olduğu göze çarpmaktadır. Doktor ve hemşire/hastabakıcı davranışlarının kötü olması da sağlık hizmetlerinden memnuniyeti azaltıcı bir mahiyet taşımaktadır; sırasıyla 0.18 ve 0.15. 'Muayene ve tahlil için randevu almakta zorluk yaşamak, 5 üzerinden yaklaşık 0.29 puan sağlık hizmetlerinden memnuniyeti azaltmaktadır. Bütün bunlar dikkate alındığında şunu net bir şekilde ifade edebiliriz: sağlık politikası oluştururken, muayene/tahlil randevusu almayı kolaylaştırıcı önlemlerin alınması, hastaların bu problemlerini giderici çözümlerin öncelikli olarak sunulması sağlık hizmetlerinden memnuniyeti önemli bir oranda arttıracaktır. Buna ek olarak; sağlık sunucularının da temizliğe dikkat edilmesi, doktorun hastaya muamelesi de diğer iki önemli unsurdur ve hastaların sunuculardan aldıkları hizmetin kalitesini arttırmak için öncelik verilmesi gereken konulardandır denebilir.

SONUÇ

Türkiye birçok ülkenin yapmak gayretinde olduğu bütün nüfusun sigorta altına alınması, aile hekimliğine geçiş ve diğer birçok konuda önemli reformları Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya koymuştur. Bütün bu reformların asıl amacı hastalara sunulan hizmet kalitesini arttırmaktır.

Bu çalışma ile TÜİK tarafından 2003-2016 yılları arasında her yıl düzenli olarak yapılan Yaşam Memnuniyeti Anketi mikroverileri kullanılarak sağlık hizmeti kullanan kişilerin bu hizmetlerden memnuniyeti araştırılmıştır. Ayrıca, bu çalışmadan bir diğer maksat; sağlık alanında sorunlu olabilecek alanları ortaya çıkarmak, uygulanan reformların eksik yönlerini bulup sağlık alanında politika yapıcılara yardımcı olmaktır.

Çalışmanın hasta memnuniyeti ile ilgili bulguları Türkiye’de yapılan çalışmaların bulgularıyla epey farklılıklar tespit etmektedir. Sağlık hizmetlerinden memnun veya çok memnun olduğunu söyleyenlerin oranı genel olarak hastane ve şehir düzeyinde yapılan araştırmaların çok altında kalmaktadır. Bulgulara göre %42 katılımcı memnun veya çok memnun olduğunu söylerken, Önsüz, vd. (2008)’ün Marmara üniversitesi hastanesinde memnuniyet oranı %64.5, Aytar ve Yeşildal (2004) Düzce Tıp fakültesi hastanesinde yatan hasta memnuniyetini %91.8 olarak belirtmiştir. Emhan ve Bez (2010) Dicle tıp fakültesinde yatarak tedavi gören hastaların %79.5’inin ve ayakta tedavi gören hastaların %76.2’sinin beklentilerine uygun veya üzerinde hizmet aldıklarını söylediklerini raporlamıştır. Uzun, vd. (2006) Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisindeki hastalardaki memnuniyet oranını %90.2 olarak raporlamıştır. Tek bir hastanede yapılan çalışmaların elde edilen bulgulara göre çok yüksek olması hastalara memnuniyetleri ile ilgili soru soranların kendi sağlığı ile ilgileniyor olması objektif cevap verememeye yol açmış olabilir veya hasta memnuniyetsizliğini dile getirirse daha kötü muameleye uğrayacağından çekinmiş olabilir.

Şöyle ki; sağlık durumunun sağlık hizmetlerinden memnuniyete pozitif etkisi bu çalışmada da Young, vd. (2000)’nin ve Rahmqvist ve Bara (2010)’nın çalışmalarında da tespit edilmiştir. Ayrıca, bulgularla uyumlu olarak genç yaş grubundakilerin memnuniyetsizliği de Önsüz, vd. (2008)’nin çalışmasında da belirtilmiştir. Elde edilen bulgularla örtüşür şekilde Önsüz, vd. (2008) de

memnuniyet seviyesinin en yüksek olduğu grubu eğitim seviyesi en düşük olan grup bulmuş, fakat kadınların memnuniyet seviyesi daha yüksek olmakla beraber erkeklerle aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Bulgularla benzer şekilde, Rahmqvist (2001) de kadınlar ile erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulamamıştır. Elde edilen bulgulara paralel olarak, literatürde bazı çalışmalar eğitim ile memnuniyetin ters orantılı olduğunu bulmuştur (bakınız Tükel, vd. (2004). Bu durum genel olarak eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgi talebinde bulunacağı, alternatifleri daha yakından takip ettiği için beklentilerinin daha yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Sonuçlarımız göstermektedir ki; sağlık hizmetlerinden memnuniyet 2003-2016 arası dönemde net bir şekilde artmıştır. Ayrıca, her bir sosyal güvence grubunun memnuniyetinde artış olduğu görülmektedir. Bu da aslında yapılan reformların bütün sosyal güvence grupları için iyi sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. 2013-2016 arası dönemde hastalar tarafından belirtilen sağlık hizmetleriyle ilgili sorunlarda da ciddi düşüşler olmuştur. Özellikle muayene ve tahlil için randevu alınması gibi organizasyonel konularda, doktorların ve hemşirelerin hastalara karşı davranışlarında, sağlık kurumlarında hijyen hususundaki sorunlarda ciddi azalmalar olmasına rağmen; muayene ücretleri, muayene için ödenen katkı payları ve ilaç ücretleri gibi sağlık hizmetlerinin ücretleri hala %40'ın üzerinde insana göre sorundur. Regresyon sonuçlarına göre, sağlık hizmetlerinden memnuniyeti en fazla azaltan sorunlar ise muayene/tahlil randevusu almakta sorun yaşamak (5 üzerinden 0.29), hijyen (0.20) ve doktorların hastaya muamelesindeki (0.18) sorunlardır.

Elbette bu çalışma ile sadece Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlanan hizmetlere pozitif katkılarının olduğunu söyleyebiliriz. SDP'yi daha bütüncül olarak değerlendirmek için sağlık harcamalarına ve bunların nasıl finanse edildiğine de bakmak gerekir.

Sağlık hizmetleri piyasasında her ne kadar hastaların memnuniyeti önemli bir kalite göstergesi ise de, piyasanın yapısından kaynaklanan hastalar ile hizmet sunucular arasındaki bilgi asimetrisi dikkat edilmesi gereken bir husustur. Dolayısıyla hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için sadece bir ölçüt olduğu akılda tutularak, sağlık hizmetleri kalitesi farklı kalite ölçütleriyle de birlikte düşünülmelidir.

KAYNAKÇA

- AHARONY, Lea ve Stephen Strasser (1993). “Patient Satisfaction: What We Know About and What We Still Need to Explore”. **Medical Care Review**, Cilt: 50 Sayı:1,ss. 49-79.
- AIKEN, Linda H, Walter Sermeus, Koen Van Den Heede, Douglas M Sloane, Reinhard Busse, vd. (2012). “Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States”, **BMJ**, Cilt: 344, ss.1717.
- AKDAG, Recep (2011). **Turkey Health Transformation Program: Assessment Report (2003-2011)**, The Ministry of Health publication, Ankara.
- AKDAĞ, Recep (2012). **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- ATAAY, Faruk (2008). “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”. **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 41 Sayı:3, ss. 169-184.
- ATUN, Rifat, Sabahattin Aydın, Sarbani Chakraborty, Safir Sümer, Meltem Aran, vd. (2013). “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity”, **The Lancet**, Cilt: 382 Sayı:9886,ss. 65-99.
- AYTAR, Gülsen ve Nuray Yeşildal (2004). “Yatan Hasta Memnuniyeti”, **Düzce Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt:16 Sayı:2, ss. 31-34.
- OECD-World Bank (2008). **OECD Reviews of Health Systems: Turkey**, Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.
- BARR, Judith K, Tierney E Giannotti, Shoshanna Sofaer, Cathy E Duquette, William J Waters, vd. (2006). “Using Public Reports of Patient Satisfaction for Hospital Quality Improvement”, **Health services research**, Cilt:41 Sayı:31, ss.663-682.
- BAŞOL, Emel ve Abdulkadir Işık (2015). “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler”, **IAAOJ Social Science**, Cilt:2 Sayı:2, ss.1-26.
- BLOMQUIST, Ake (1991). “The Doctor as Double Agent: Information Asymmetry, Health Insurance, and Medical Care”, **Journal of Health Economics**, Cilt: 10 Sayı:4,ss. 411-432.

- BRICKMAN, Philip, Dan Coates ve Ronnie Janoff-Bulman (1978). “Lottery Winners and Accident Victims: Is Happiness Relative?”, **Journal of Personality and Social Psychology**, Cilt:36 Sayı:8, ss. 917.
- EMHAN, Abdurrahim ve Yasin Bez (2010). “Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri”, **Dicle Tıp Dergisi**, Cilt:37 Sayı:3, ss. 241-247
- FITZPATRICK, Ray (1997). **The Assessment of Patient Satisfaction**, edited by Crispin Jenkinson, Open University Press, Buckingham.
- GLICKMAN, Seth W., William Boulding, Matthew Manary, Richard Staelin, Matthew T. Roe, vd. (2010). “Patient Satisfaction and Its Relationship with Clinical Quality and Inpatient Mortality in Acute Myocardial Infarction”, **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, Cilt:3 Sayı:2, ss.188-195.
- GRUBER, Jonathan, Nathaniel Hendren ve Robert M Townsend (2014). “The Great Equalizer: Health Care Access and Infant Mortality in Thailand”, **American Economic Journal: Applied Economics**, Cilt: 6 Sayı: 1, ss. 91-107.
- HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH (2018). **Transforming Health Systems for Universal Health Care**, Harvard University.
- HELSON, Harry (1967). **Adaptation-Level Theory: An Experimental and Systematic Approach to Behavior**, Harper and Row, New York.
- IOM (2001). **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**, National Academy Press, Washington, DC.
- JENKINSON, Crispin (1998). **Measuring Health Status: A Brief but Critical Introduction**, Radcliffe Medical Press, Oxford.
- JHA, Ashish K, E John Orav, Jie Zheng ve Arnold M Epstein (2008). “Patients’ Perception of Hospital Care in the United States”, **New England Journal of Medicine**, Cilt: 359 Sayı:18, ss.1921-1931.
- JIANG, James J. ve Gary Klein (2009). Expectation-Confirmation Theory: Capitalizing on Descriptive Power. **Handbook of Research on Contemporary Theoretical Models in Information Systems**, IGI Global s. 384-401
- KAVUNCUBAŞI, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitabevi, Ankara s. 291-304.

- KIDAK, Levent B. ve Mehmet Aksaraylı (2008). “Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi Ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması” **Doğuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 10 Sayı:3, ss. 87-122.
- KISA, Adnan ve Nuray Tokgöz (2002). **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir
- KNAUL, Felicia Marie, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, David García-Junco, Héctor Arreola-Ornelas, vd. (2012). “The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico”, **The Lancet**, Cilt: 380 Sayı:9849, ss.1259-1279.
- KUTZIN, Joseph. (2013). “Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concepts and Implications for Policy”, **Bulletin of the World Health Organization**, Cilt: 91 Sayı:8, ss. 602-611.
- LINDER-PELZ, Susie (1982). “Toward a Theory of Patient Satisfaction”, **Social Science & Medicine**, Cilt: 16 Sayı:5, ss. 577-582.
- MACSTRAVIC, Robin E. Scott (1991). **Beyond Patient Satisfaction: Building Patient Loyalty**, Health Administration Press, Ann Arbor.
- MENON, Rekha, Salih Mollahaliloglu ve Iryna Postolovska (2013) **Toward Universal Coverage: Turkey’s Green Card Program for the Poor**, The World Bank, Washington DC.
- MORENO-SERRA, Rodrigo ve Peter C Smith (2012). “Does Progress Towards Universal Health Coverage Improve Population Health?”, **The Lancet**, Cilt: 380 Sayı:9845, ss. 917-923.
- ÖNSÜZ, Muhammed Fatih, Ahmet Topuzoğlu, Utku Can Cöbek, Sercan Ertürk, Fatma Yılmaz, vd. (2008). «İstanbulda Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi», **Marmara Medical Journal**, Cilt: 21 Sayı: 1, ss. 033-049.
- ÖZCAN, Mansur, Veysi Özkaynak ve İzzettin Toktaş (2008). «Silvan Devlet Hastanesine Başvuran Kişilerin Memnuniyet Düzeyleri», **Dicle tıp dergisi**, Cilt: 35 Sayı: 2, ss. 96-101.
- PAPATYA, Gürcan, Nurhan Papatya ve A Buğra Hamşioğlu (2012). “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hasta Memnuniyeti: İki Özel Hastanede

- Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, **Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 2 Sayı:1, ss.87-108.
- PEDERSEN, Line Bjørnskov, Stephane Hess ve Trine Kjær (2016). “Asymmetric Information and User Orientation in General Practice: Exploring the Agency Relationship in a Best–Worst Scaling Study”, **Journal of Health Economics**, Cilt: 50, ss. 115-130.
- PRAKASH, Bhanu (2010). “Patient Satisfaction”, **Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery**, Cilt:3 Sayı: 3, ss. 151.
- PRESS, Irwin (2006). **Patient Satisfaction: Understanding and Managing the Experience of Care**, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- RAHMQVIST, Mikael (2001). “Patient Satisfaction in Relation to Age, Health Status and Other Background Factors: A Model for Comparisons of Care Units”, **Int J Qual Health Care**, Cilt:13 Sayı:5, ss.385-390.
- RAHMQVIST, Mikael ve Ana-Claudia Bara (2010). “Patient Characteristics and Quality Dimensions Related to Patient Satisfaction”, **Int J Qual Health Care**, Cilt: 22 Sayı:2, ss. 86-92.
- ROBERTS, Marc, William Hsiao, Peter Berman ve Michael R Reich (2010). **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz**, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2003) **Sağlıkta Dönüşüm Programı**. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- SEN, Amartya (2004). “Elements of a Theory of Human Rights”, **Philosophy and Public Affairs**, Cilt:32 Sayı:4, ss. 315-356.
- SMITH, Caroline (1992). “Validation of a Patient Satisfaction System in the United Kingdom”, **International Journal for Quality in Health Care**, Cilt: 4 Sayı:3, ss.171-177.
- TAŞLIYAN, Mustafa ve Müslüme Akyüz (2010). “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi’nde Bir Alan Çalışması”, **Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Cilt: 2010 Sayı:2, ss. 61-66.
- TÜKEL, Burhan, Ahmet Münir Acuner, Ömer Rıfkı Önder ve Arzu Üzgül (2004). “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel

Cerrahİ Anabilim Dalı Örneği”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt: 57 Sayı:4, ss. 205-214.

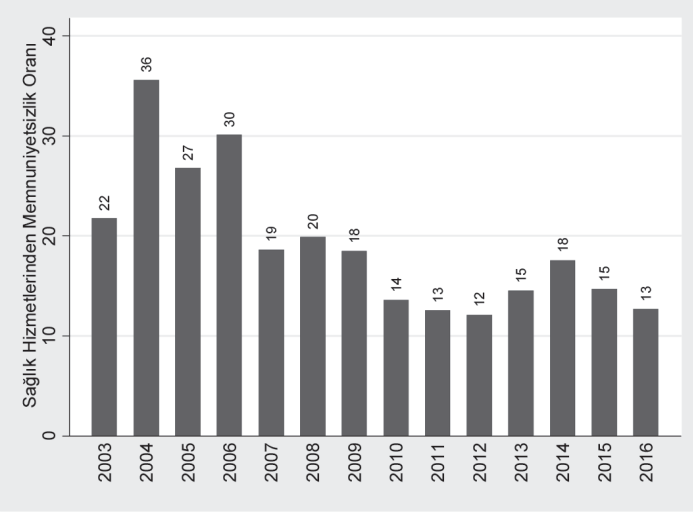
UZUN, Ertan, Mehmet Güney, Baha Oral, Mesut Özsoy ve Tamer Mungan(2006). “Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi: Verilen Hizmetlerle İlgili Hasta Memnuniyeti Ve Etki Eden Faktörler”, **Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi**, Cilt: 3 Sayı: 3, ss. 167-171.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010) **World Health Report, 2010: Health Systems Financing the Path to Universal Coverage**, WHO, New York

YOUNG, Gary J, Mark Meterko ve Kamal R Desai (2000). “Patient Satisfaction with Hospital Care: Effects of Demographic and Institutional Characteristics”, **Medical Care**, Cilt: 38 Sayı: 3, ss. 325-334.

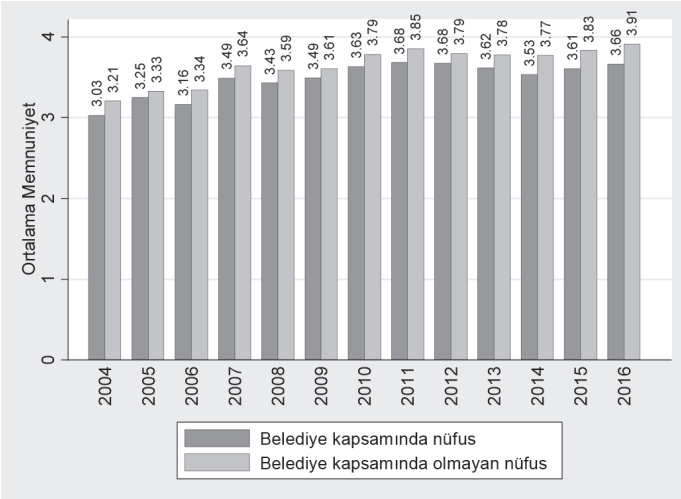
EK Şekiller

Şekil A-1. Yıllara İçinde Sağlık Hizmetlerinden Memnun Olmayanların Yüzdesi (=1,2)



Kaynak: Yaşam Memnuniyeti Verilerinden Yazarların Hesaplamaları

Şekil A-2. Sağlık Hizmetlerinden Ortalama Memnuniyet, Belediye durumuna göre



Kaynak: Yaşam Memnuniyeti Verilerinden Yazarların Hesaplamaları