



IJBEMP

BUSINESS
ECONOMICS
AND
MANAGEMENT
PERSPECTIVES

International Journal of Business, Economics and Management Perspectives
Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi

ISSN:

Yıl: 1, Sayı: 1, Ocak 2016, s. 23-36

Dr. Mustafa Erkut ÖNDER

Nevşehir Özel Kapadokya Hastanesi

Yrd. Doç. Dr. Ersan ERSOY

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Doç. Dr. Korhan KARACAOĞLU

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

**SAĞLIKTA YENİ BİR FİNANSMAN YÖNTEMİ OLAN TAMAMLAYICI VE DESTEKLE-
YİCİ SAĞLIK SİGORTASI HAKKINDA HASTALARIN BİLGİ VE MEMNUNİYET DÜ-
ZEYLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

SAĞLIKTA YENİ BİR FİNANSMAN YÖNTEMİ OLAN TAMAMLAYICI VE DESTEKLEYİCİ SAĞLIK SİGORTASI HAKKINDA HASTALARIN BİLGİ VE MEMNUNİYET DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Öz

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası (TDSS) özel bir sağlık sigortası çeşidi olup, gelişmiş ülkelerde çok uzun yıllardır kullanılmaktadır. Ancak Türkiye’de 2013 yılında uygulanmaya başlayan bu özel sigorta türü henüz yeterince yaygınlaşmamıştır. Bu çalışmanın iki temel amacı vardır. Birincisi, Nevşehir’deki özel bir hastaneye başvuran hastalardan oluşturulan örneklemeden hareketle, TDSS uygulamalarından bireylerin ne kadar haberdar olduğunun tespit edilmesidir. İkincisi ise TDSS’ye sahip olan bireylerin, TDSS’den memnuniyet düzeylerinin ve memnuniyet düzeylerinin demografik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesidir. Çalışmanın verileri yüz yüze anket tekniği ile toplanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, bireylerin TDSS’den yeterince haberdar olmadıklarını, TDSS’ye sahip olanların ise memnuniyet düzeylerinin genel olarak iyi olduğunu göstermektedir. Ayrıca gelir düzeyi dışındaki demografik faktörlerin hiçbirinin, TDSS’den memnuniyet düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür. Gelir düzeyi ile TDSS’den memnuniyet düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. TDSS’nin yaygınlaşabilmesi için çok daha fazla tanıtım ve bilgilendirme faaliyetine ihtiyaç vardır. Her ne kadar TDSS’nin sunduğu hizmetlerden genel olarak memnun olunsada, hastaların memnuniyet düzeylerini yükseltmek için hastanelerin TDSS’ye sahip olan hastalara verdikleri hizmetlerin kalitesini iyileştirecek bazı tedbirler alması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı, Özel Sağlık Sigortacılığı.

A STUDY ON THE PATIENTS’ KNOWLEDGE AND SATISFACTION LEVELS ABOUT COMPLEMENTARY AND SUPPLEMENTARY HEALTH INSURANCE WHICH IS A NEW HEALTH FINANCING PROCESS

24

Abstract

Supplementary and complementary health insurance is a form of private insurance, and it has been used in development countries for a long time. However, this kind of private insurance is not common in Turkey now because it has been applied since 2013. There are two main aims of this study: the first one is to determine the level of patients’ awareness in a private hospital in Nevşehir about supplementary and complementary health insurance. The second is to find out the satisfaction levels of the patients using this private insurance and to determine if there is a difference in their satisfaction levels according to the demographic factors. Data of the study was obtained from patients by face to face questionnaire technique. According to the findings of this study, most of the patients were not aware of this kind of insurance, and the patients who use this insurance were satisfied enough. In addition, no significant difference was found between satisfaction levels according to the demographic factors, except incoming level. We thought that it requires much struggle to increase the awareness of the people about this kind of private insurance in Turkey. Moreover, although the patients are generally satisfied with this health insurance, hospitals need to take some precautions in order to increase their satisfaction levels.

Key Words: Complementary Health Insurance, Supplementary Health Insurance, Health Care Financing, Private Health Insurance.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının ülke ekonomilerinden aldığı pay, her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikalarının belirlenmesi ile ilgili gündemde en önemli konular arasında yer almaktadır (Tatar, 2011:103). Birçok ülkede sağlık hizmetleri sürekli artan sağlık harcamalarından dolayı giderek kötüleşmektedir (Rossignol, 2006:2). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi gerekli düzeyde tutabilmek için sağlık hizmetlerinin finansmanında yeni modeller ortaya koymanın gerekliliği açık olmakla beraber, bunun da beraberinde ciddi bir finansmana ihtiyaç doğurduğu ortadadır.

Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması, diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın alma ve nitelikli personel istihdam etme çabaları sağlık giderlerini artırmaktadır (Orhaner, 2006: 6). Birçok başka faktörün yanında, artan ortalama

yaşam süresi, gelişen teknoloji ve hastalıkların yapısında meydana gelen değişim nedeniyle hızla yükselen sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için çok çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır (Tatar, 2011:103). Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı dünya genelinde tüm insanlar ve hükümetler için önemi hızla artan bir konu haline almıştır (İstanbuluoğlu vd., 2010:86).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için sürdürülebilir kaynak yaratmak temel amaç olmalıdır (İstanbuluoğlu vd., 2010:89). Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, ülkeler sağlığa ayırabileceği kaynakların kıt olduğu gerçeği ile yüz yüze olmakla birlikte, dünya genelinde sağlık harcamalarında önemli artışlar yaşanmaktadır. Kıt kaynaklar altında artan harcamalar ve bireylerin ödeme güçlüğü sağlık hizmetlerine erişememe riskini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle sağlık sisteminin fonksiyonlarından biri olan sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkelerin önemli politika gündem maddeleri arasında yer almaktadır (Uğurluoğlu ve Özen, 2008:134).

Özel bir sağlık sigortası türü olan tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası (TDSS) sağlık hizmetlerinin finansmanındaki sorunları gidermek ya da en azından azaltabilmek amacıyla birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Türkiye’de de kısa zaman önce uygulaması başlayan bu özel sigorta türü henüz yeterince yaygınlaşmamış olmakla beraber dünyada sağlık hizmetlerinin finansmanının genel gidişatına bakılınca zaman içinde daha da yaygınlaşacak gibi görünmektedir.

Bu çalışmada, TDSS’nin bireyler tarafından ne kadar bilindiği, bu finansman yöntemini kullanan bireylerin memnuniyet düzeyleri ve memnuniyet düzeylerinin demografik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediği Nevşehir’deki özel bir hastane örneklemini özelinde belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın; Türkiye için oldukça yeni bir konuyu ele alması ve yerli literatürde konuyla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanılmaması nedeniyle bundan sonraki çalışmalara ışık tutabileceği ve konuyla ilgili olarak politika yapıcılara yol gösterici öneriler sunabileceği düşünülmektedir.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, özel sağlık sigortası ve TDSS hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde, çalışmada kullanılan yöntem hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü bölümde ise TDSS’nin bireyler tarafından bilinirlik düzeyi, bu sigorta türüne sahip olanların memnuniyet düzeyleri ve memnuniyet düzeylerinin demografik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Nevşehir’deki özel bir hastanede yapılan uygulamanın sonuçlarına yer verilmiştir.

1. KURAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, bir toplumda arzu edilen düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerekli kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla sağlanmasıdır (Çelikay ve Gümüş, 2010:187). Sağlık hizmetlerinin finansmanının, gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme yapma şeklinde üç temel işlevi bulunmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010:89). Gelir toplama yöntemini vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Bireysel düzeyde var olan ve önceden hesaplanamayan büyük riskler çok sayıda birey üzerinde havuzlandığında önceden hesaplanabilir hale gelmektedir. Temel amaç gelecekte ortaya çıkması muhtemel sağlık problemlerinden kaynaklanan finansal riskin paylaşılmasıdır (İstanbuluoğlu vd., 2010:90).

Sağlık hizmetleri, cepten ödeme ve özel sağlık sigortasını içeren piyasa ekonomisi aracılığıyla, zorunlu sağlık sigortası ve vergilerle finansmanı içeren kamu ekonomisi aracılığıyla ya da bu ikisinin değişik şekillerde birleştirilmiş olduğu bütünleştirilmiş yöntemlerle finanse edilir (Çelikay ve Gümüş, 2010:187). Birçok ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten ödeme, özel sağlık sigortası ve sosyal sağlık sigortasını içeren karma bir sistem kullanılmaktadır (Foubister vd., 2006:1).

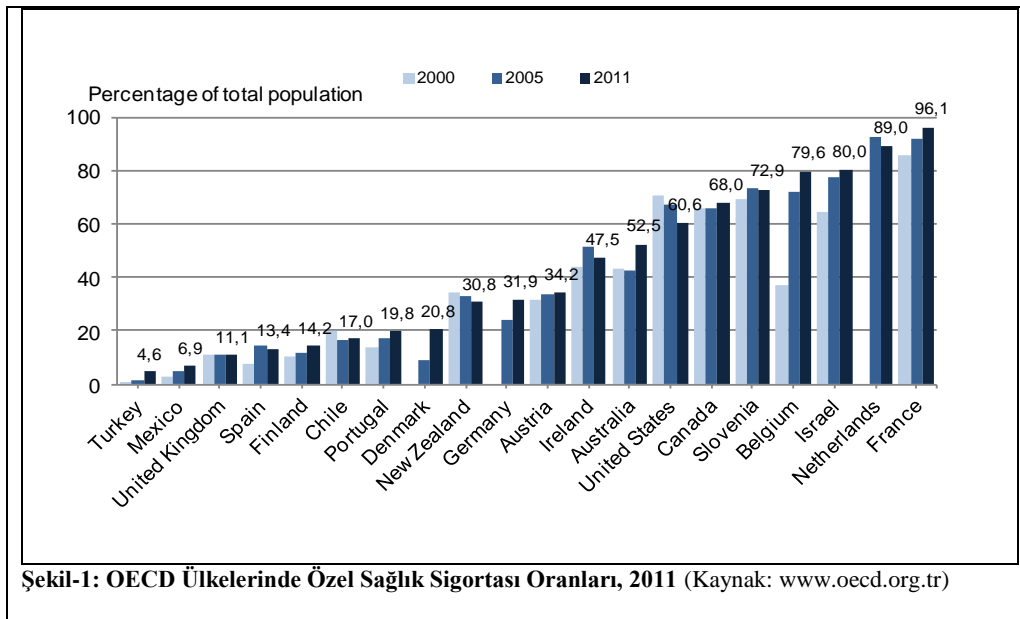
Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinin tümü ya da birkaçının, bir ülkede farklı rol ve ağırlıklarla aynı anda mevcut olabildiği görülmektedir. Ancak ülkeler sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri açısından sınıflandırılırken, sistemde ağırlıklı rol alan finansman şekline göre sınıflandırılırlar (Tatar, 2011:103). Türkiye’de sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan yöntem sosyal sağlık sigortasıdır. Bu yöntemin dışında özel finansman yöntemi olarak; cepten ödemeler, tıbbi tasarruf hesapları ile özel sağlık sigortalarından söz edilebilir.

Kar amaçlı bir finansman yöntemi olan özel sağlık sigortası, farklı ülkelerde farklı roller üstlenir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:142). Özel sağlık sigortası bazı ülkelerde (örneğin Amerika Birleşik Devletleri) nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansmanı konumundayken, bazı ülkelerde (örneğin Fransa) kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Bir başka ifade ile özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılabilir (Tatar, 2011:114).

Özel sağlık sigortaları, zorunlu sağlık sigortasına karşı bir alternatif yaratmaktadır. Sosyal sağlık sigortasının zorunlu olmadığı bazı ülkelerde bir kısım birey ve gruplar özel sağlık sigortası arayışına girmektedir. Bazı ülkelerde ise sosyal sağlık sigortasının yanında özel sağlık sigortası da yaptırma seçeneği mevcuttur. Ayrıca özel sağlık sigortaları sosyal sağlık sigortasının kapsamında olmayan dış tedavileri, hemopoetik ilaçlar ve estetik cerrahi gibi bazı durumları da kapsamına almaktadır (Gref vd., 2002). Özel sağlık sigortalarının en büyük amacının, kısıtlı olan kamu kaynaklarının; düşük geliri, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına olanak verebileceği de iddia edilmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010:91).

Son yıllarda özel sağlık sigortası, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de yaygınlaşmaya başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde özel sağlık sigortasının kapsamının artmasının, hükümetlerin sağlıkla ilgili kamu harcamalarını kontrol altında tutmasına yardım edeceği, geri kalmış ülkelerde ise kamu kaynaklarının daha fazla kullanılarak oldukça geniş bir kesimin sağlık hizmetine ulaşmasını sağlayacağı iddia edilmektedir. Örnek olarak Hollanda ve İtalya'da dış tedavileri tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındadır (Foubister vd., 2006:1).

Şekil 1'de OECD ülkelerinde özel sağlık sigortasının oranları verilmiştir. Diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında, Türkiye'de özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin oranının oldukça düşük seviyelerde kaldığı görülmektedir.



Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılındaki sınıflandırmasına göre özel sağlık sigortası; baskın (Dominant), zorunlu (Compulsory), ikame edici (Substitute), tamamlayıcı (Complementary) ve destekleyici (Supplementary) olmak üzere beş farklı rol üstlenmektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:142). Örneğin özel sağlık sigortası ABD'de tüm çalışan nüfus için (dominant) ve İsviçre'de tüm nüfus için (Zorunlu özel sigorta) zorunludur. Hollanda, Belçika ve Almanya'da kamu sağlık güvencesi programları tarafından kısmen ya da tamamen kapsam dışı bırakılan ve kamu sisteminden çıkma olan bireyler tarafından satın alınır (İkame özel sigorta). Kanada, Fransa ve İtalya'da kamu sağlık güvencesi programları tarafından kapsanan veya kısmen kapsanan hizmetler için özel sigorta kullanılır (Tamamlayıcı özel sigorta). Finlandiya, Yunanistan ve İngiltere'de ise kamu sağlık güvencesi

programları ile aynı mal/hizmet kapsamının sunulduğu ancak hizmet sunucu tercihinin genişletildiği (İlave/ek/destekleyici) özel sigorta satın alınır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:142-143). Sonuç olarak bir ülkedeki ikincil sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortasının yapısına ve düzenleme şekline bağlıdır. Kanada, Almanya, Japonya ve Amerika gibi gelişmiş ülkelerin tamamında destekleyici sağlık sigorta sistemi mevcuttur (Ellis vd., 2014:10). Destekleyici sağlık sigortası, primer sağlık sigortası tarafından hiç karşılanmayan hizmetleri karşılarken, tamamlayıcı sağlık sigortası bireylerin primer sağlık sigortalarının (birçok ülkede genellikle sosyal sağlık sigortası) kısmen karşıladığı hizmetlerin karşılanmayan kısımlarının finansmanını sağlar (Ellis vd., 2014:11). Tamamlayıcı sağlık sigortası düşük gelirli için ücretsiz sağlandığı Fransa’da oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır (Biro, 2011:4).

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarının arttığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde artan reform çalışmalarının en önemli gerekçesini, artan sağlık harcamalarını kontrol etme çabası oluşturduğu için sağlık hizmetlerinin finansmanı son derece önemlidir (Erol, 2014:32). Özellikle son 20-30 yılda sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesine paralel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda yapılan tartışmalar artmıştır. Birçok ülkede sağlık bakım finansmanı ve hizmet sunumu dramatik değişimler geçirmektedir. Politik değişimler, nüfusun yaşlanması ve bununla birlikte sağlık hizmetlerine gereksiniminin artması, yeni tedavi biçimlerinin ve teknolojilerin yaygınlaşması ve kamuoyunun beklentilerinin yükselmesi kaynaklar üzerindeki baskıları artıran faktörlerdir (Yalçın ve Yıldırım, 2001:1).

Sağlık harcamalarının son yıllarda oldukça artmış olması, kamu finansmanının yetersiz kalması ve yetersiz finansman sonucu sağlık hizmetlerindeki kalitenin azalması birçok ülkeyi sağlık hizmetlerinin finansmanında yeni arayışlara sokmuştur. Bu finansman arayışlarının bir sonucu olarak da ortaya çıktığı söylenebilecek olan ve Amerika, Kanada, Japonya ve birçok Avrupa ülkesinde uzun bir süredir uygulanan TDSS, Türkiye için yeni sayılabilecek bir uygulamadır.

Özel bir sigorta şekli olan TDSS için Türkiye’de hukuki altyapı 2013 yılında hazırlanmıştır. 23.10.2013’te Resmi Gazete’de TDSS’yi düzenleyen özel sağlık sigortaları yönetmeliği yayımlanarak uygulamaya başlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre TDSS özel sigorta şirketi ile yapılan sözleşmenin kapsamı ve şartları dahilinde;

- Genel sağlık sigortalısının kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye’deki giderlerine ilave masraflar,
- Genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye’deki giderler,
- Bakıma muhtaç kalma durumunun ortaya çıkmasına bağlı bakım hizmetlerine ilişkin giderler, yurtdışındaki sağlık hizmetleri ve buna bağlı diğer giderler, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile ilintili diğer konular için ek teminat özel sigorta şirketi tarafından verilebilir (Resmi Gazete, 23.10.2013/28800).

Sosyal sağlık sigortasının temel paketleri içinde yer almayan hizmetler için kullanılan destekleyici sağlık sigortası birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır (Gref vd., 2002:3). Bu ülkelerdeki politika yapıcılar kamunun finanse ettiği sağlık harcamalarının kısıtlanmasında destekleyici sağlık sigortasının primer enstrüman olduğunu düşünmektedirler. Sağlık hizmetlerinin finansmanında destekleyici sağlık sigortasının rolü giderek artmaktadır (Roos vd., 2009:2).

Destekleyici sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortasına sahip olan ancak bu sigorta ile yeterince tatmin olmayan kişilere yöneliktir (Foubister vd., 2006:4). Destekleyici sağlık sigortası, genel olarak zorunlu sosyal sağlık sigortası ile aynı alanları paylaşan ve çifte sigorta olarak da adlandırılan özel bir sağlık sigortası türüdür. Doktor tercihi yapabilmek, öğretim üyesi farkı, oda ve otelcilik hizmetleri farkı, hizmete daha hızlı ulaşım gibi durumları kapsamaktadır. Bir başka deyişle destekleyici sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortası ile ilgili memnuniyetin düşük olduğu durumlarda, sağlık hizmetlerinin finansmanında alternatif bir sigorta şeklidir (Foubister vd., 2006:4-5). Destekleyici sağlık sigortası katkı paylarının getirdiği finansal yükü de kapsayabilmektedir (Gref vd., 2002:3). Eğer sosyal sağlık sigortası oldukça kapsamlıysa, iyi bir kalite sunuyor ve katılım payları da düşükse destekleyici sağlık sigortası daha konforlu oda ve yatak gibi lüks sayılacak durumları kapsamaktadır.

Destekleyici sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortasının içeriğindeki temel hizmet paketlerini kapsamaz. Destekleyici sağlık sigortasının kapsamı ülkeden ülkeye oldukça büyük farklılıklar göster-

mektedir. Örneğin katılım payları sadece Fransa ve Belçika da yaygın olarak destekleyici sağlık sigortasının kapsamı içerisinde (Greß vd., 2002:3).

Tamamlayıcı sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortasındaki eksiklikleri (diş tedavileri gibi) gidermek amacıyla ortaya çıkmıştır (Foubister vd., 2006:3). Özel sağlık sigortaları, tamamlayıcı bir rol oynayabilir ve tipik olarak temel sağlık paketinde yer almayan daha az süre bekleme ya da bazı katılım ücretlerinin kapsanması gibi ekstra sağlık hizmetleri sağlar (WHO, 2005).

Özel sağlık sigortalarının dezavantajları da vardır. Örneğin sağlık hizmetlerine ihtiyacı olacağını bilen bireylerin, sigortayı tercih etme oranları daha fazla olduğu için sigortalar genellikle bireysel riske göre oranlanır ve hizmeti kullanma riski daha yüksek olan bireylerin primleri daha yüksek belirlenir. Bunun sonucu olarak özel sağlık sigortalarının daha az sağlık hizmeti ihtiyacı olan genç ve sağlıklı bireyler lehine çalıştığı söylenebilir. Tüm nüfusu kapsayan tek bir havuzlama sisteminin olmadığı durumlarda, havuzlamayı düzenleyecek kuralların çok iyi belirlenmesi gerekir. Aksi halde piyasanın bölünmesi ve bazı risk gruplarının izole edilmesi söz konusu olabilir. Ayrıca özel sağlık sigortasına olan talep, kişi başına gelirin düşük ve sağlık sigortası primlerinin yüksek olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde sınırlı düzeyde kalmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:144).

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın Amacı, Önemi ve Örnekleme

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyo-demografik ve tedavi sürecine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır (Özer ve Çakıl, 2007:140-143). Hasta memnuniyeti, klinik sonuçlar kadar önemlidir ve bunu ölçmek her sağlık kuruluşunun hedeflerinden biri olmalıdır (Önsüz vd., 2008:34). Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel bir ölçüt olup, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve tedavi sürecine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir (Taşlıyan ve Akyüz, 2010:62). Buradan hareketle, bu çalışmanın amacı, Türkiye için sağlıkta yeni bir finansman modeli sayılabilecek TDSS hakkında hastaların bilgi ve memnuniyet düzeylerinin tespiti ile TDSS'ye sahip olanların memnuniyet düzeylerinin demografik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesidir. Türkiye'de sağlık sektörü özelinde yapılan literatür taramasında, uygulamanın çok yeni olması nedeniyle her hangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu açıdan bakıldığında yapılan bu çalışmanın, özellikle Türkçe literatürün zenginlik kazanmasına katkı sağlaması ve politika yapıcılara ve uygulayıcılara faydalı bilgiler sunması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmada tesadüfi örneklem yöntemi kullanılmıştır. Veriler yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanmıştır. Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır ve iki farklı örneklem kullanılmıştır. İlk örneklem, hastaların TDSS hakkındaki bilgi düzeylerini araştırmak amacıyla oluşturulan, Nevşehir'deki özel bir hastaneden tesadüfi örneklem yöntemi ile belirlenen 416 hastayı kapsamaktadır. İkinci örneklem ise TDSS'den memnuniyet düzeyini tespit etmek amacıyla oluşturulan, TDSS'ye sahip olup Nevşehir'deki özel bir hastaneye başvuran 94 hastayı kapsamaktadır

2. 2. Veri Toplama Tekniği ve Aracı:

Çalışmada yüz yüze anket tekniği kullanılarak veriler toplanmıştır. Araştırma verilerini toplamak için "Demografik Bilgiler ve TDSS Hakkında Bilgi Düzeyleri" ve "TDSS Memnuniyet Düzeyleri" anket formları kullanılmıştır. Anket formları, konuyla ilgili çalışmalardan da faydalanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (Günay vd., 2014:43; Çelikalp vd., 2009:3; Arjun vd., 2013:36-37; Özer ve Çakıl, 2007:141). Anket formunda hastaların TDSS ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi için hiç bir bilgin yok, gereken her şeyi biliyorum, medyadan takip ediyorum, kanunları biliyorum ve sorun olduğunda nereye başvuracağımı biliyorum gibi sorular sorulmuştur. TDSS sahibi hastaların ise memnuniyetini ölçmek amacıyla şu sorular sorulmuştur;

- Ülkemizde TDSS'nin size sağlayacağı avantajlar ile ilgili tanıtım ve bilgilendirmeden memnun musunuz?
- TDSS'nin gelecek ve sağlıkla ilgili endişelerinizi giderme düzeyinden memnun musunuz?

- TDSS için ödemeniz gereken ek ücret düzeylerinden memnun musunuz?
- TDSS sahibi olarak herhangi bir hastaneye başvurduğunuzda size gösterilen ilgiden memnun musunuz?
- TDSS'nin sağladığı tedavi hizmetlerinden memnun musunuz?
- TDSS'nin sağlığını ve yaşam kalitenize olan etkisinden memnun musunuz?

Anket metni, TDSS memnuniyeti bakımından Memnunum=1, Kararsızım=2, Memnun Değilim=3 şeklinde düzenlenmiştir.

2.3. Araştırmanın Hipotezleri

TDSS'ye sahip hastaların TDSS'den memnuniyetlerinin demografik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla geliştirilen hipotezler aşağıdaki gibidir;

H₁ : TDSS'ye sahip çalışanların memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

H₂ : TDSS'ye sahip çalışanların memnuniyet düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.

H₃ : TDSS sahip çalışanların memnuniyet düzeyleri eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

H₄ : TDSS sahip çalışanların memnuniyet düzeyleri gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir.

3. Verilerin Analizi ve Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, sahip olduğu sağlık sigortası ile ilgili bilgiler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: TDSS Hakkında Bilgisi Araştırılan Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	182	43,8
	Erkek	234	56,2
Yaş	17-25 yaş arası (1.grup)	50	12,0
	26-36 yaş arası (2.grup)	140	33,7
	37-47 yaş arası (3. Grup)	118	28,4
	48 yaş ve sonrası (4. Grup)	108	26,0
Medeni Durumu	Bekar	79	19,0
	Evli	337	81,0
Eğitim Durumu	İlkokul	73	17,5
	Lise	255	61,3
	Üniversite	88	21,2
Gelir Düzeyi	Düşük (1000TL ve altı)	97	23,3
	Orta (1000-3000TL)	250	60,1
	Yüksek (3000TL ve üstü)	69	16,6
Sahip Olduğu Sağlık Sigortası	yok	56	13,5
	Genel Sağlık Sigortası	273	65,6
	Özel Sağlık Sigortası	87	20,9
Toplam		416	100

Tablo 1’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan hastaların 182’si (% 43,8) kadın, 234’ü (% 56,2) erkeklerden oluşmaktadır. Buna göre örneklemin cinsiyet değişkenine göre büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan 416 hastanın 50’si (% 12,0) 17-25 yaş arasında, 140’ı (% 33,7) 26-36 yaş arasında, 118’i (% 28,4) 37-47 yaş arasında ve 108’i (% 26,0) 48 yaş ve üzeri hastalardır. Örneklemin yaş değişkenine göre en büyük grubunu 26-36 yaş, en küçük grubunu ise 17-25 yaş arası hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların 337’si (% 81,0) evli, 79’u (% 19,0) bekaardır. Buna göre örneklemin medeni durum değişkenine göre büyük çoğunluğunu evli hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların 73’ü (% 17,5) ilkökul, 255’i (% 61,3) lise, 88’i (% 21,2) üniversite eğitim almıştır. Buna göre örneklemin eğitim durumu değişkenine göre en büyük grubunu lise, en küçük grubunu ise ilköğretim eğitimi almış hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların 97’si (% 23,3) düşük, 250’si (% 60,1) orta, 69’u ise (% 16,6) yüksek gelir düzeyine sahip hastalardan oluşmaktadır. Buna göre örneklemin gelir düzeyine göre en büyük grubunu orta, en küçük grubunu ise yüksek gelir düzeyinde olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların 56’sı (% 13,5) sağlık sigortası olmayan, 273’ü (% 65,6) genel sağlık sigortası olan, 87’si ise (% 20,9) özel sağlık sigortası olan hastalardan oluşmaktadır. Buna göre örneklemin oluşturulan kişilerin sahip olduğu sağlık sigortası değişkenine göre en büyük grubunu genel sağlık sigortası olan, en küçük grubunu ise sağlık sigortası olmayan hastalar oluşturmaktadır.

TDSS’den memnuniyet düzeyleri araştırılan katılımcıların demografik özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 2’de verilmiştir. Tablo 2’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan 94 hastanın 52’si (% 55,3) 17-35 yaş arasında, 42’si (% 59,6) 36 yaş ve üzerindedir.

Tablo 2: Araştırmaya Katılan ve TDSS’den Faydalanan Hastalara Ait Demografik Özellikler

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	45	47,9
	Erkek	49	52,1
Yaş	17-35 yaş arası	52	55,3
	36 yaş ve üzeri	42	44,7
Medeni Durumu	Bekar	32	34,0
	Evli	62	66,0
Eğitim Durumu	İlkökul	0	0,0
	Lise	36	38,3
	Üniversite	58	61,7
Gelir Düzeyi	Düşük (1000TL ve altı)	0	0,0
	Orta (1000-3000TL)	73	77,7
	Yüksek (3000TL ve üstü)	21	22,3
Toplam		94	100

TDSS’den faydalanan toplam 94 kişinin 45’i (% 47,9) kadın, 49’u ise (% 52,1) erkeklerden oluşmaktadır. Buna göre cinsiyet değişkenine göre örneklemin büyük çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların 62’si (% 66,0) evli, 32’si (% 34,0) bekaardır. Buna göre medeni durum değişkenine göre örneklemin büyük çoğunluğunu evli hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların 36'sı (% 38,3) lise, 58'i (% 61,7) üniversite eğitim almıştır, ilkokul mezunu ise bulunmamaktadır. Buna göre örneklemin eğitim durumu değişkenine göre en büyük grubunu üniversite, en küçük grubunu ise lise eğitimi almış hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hastaların 73'ü (% 77,7) orta, 21'i (% 22,3) yüksek gelir düzeyine sahip hastalardan oluşmaktadır. Buna göre örneklemin gelir düzeyine göre en büyük grubunu orta, en küçük grubunu ise yüksek gelir düzeyinde olan hastalar oluşturmaktadır. Düşük gelir düzeyine sahip hasta yoktur.

Araştırmaya katılan 416 kişinin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, gelir durumu ve sahip olduğu sağlık sigortası değişkenlerine göre TDSS hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla yöneltilen anket sorularına verilen cevaplar Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Katılımcıların TDSS Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

Bağımsız Değişkenler	Katılımcı Sayısı	Hiçbir bilğim yok		Medyadan Takip Ediyorum		Kanunları biliyorum		Sorun olduğunda nereye başvurulacağını biliyorum		Gereken her şeyi biliyorum	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	TN	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Erkek	234	131	56,0	53	22,6	18	7,7	14	6,0	18	7,7
Kadın	182	104	57,1	39	21,4	11	6,0	15	8,2	13	7,1
Yaş	TN	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
17-25 yaş	50	27	54,0	13	26,0	3	6,0	5	10,0	2	4,0
26-36 yaş	140	87	62,1	31	22,1	7	5,0	6	4,3	9	6,4
37-47 yaş	118	70	59,3	25	21,2	8	6,8	7	5,9	8	6,8
48 yaş ve sonra	108	51	47,2	23	21,3	11	10,2	11	10,2	12	11,1
Medeni Durum	TN	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Evli	337	201	59,6	66	19,6	20	5,9	25	7,4	25	7,4
Bekâr	79	34	43,0	26	32,9	9	11,4	4	5,1	6	7,6
Öğrenim Durumu	TN	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
İlkokul	73	49	67,1	11	15,1	3	4,1	5	6,8	5	6,8
Lise	255	151	59,2	55	21,6	18	7,1	17	6,7	14	5,5
Üniversite	88	35	39,8	26	29,5	8	9,1	7	8,0	12	13,6
Gelir Durumu	TN	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Düşük	97	63	64,9	16	16,5	6	6,2	6	6,2	6	6,2
Orta	250	142	56,8	53	21,2	16	6,4	19	7,6	20	8,0
Yüksek	69	30	43,5	23	33,3	7	10,1	4	5,8	5	7,2
Sağlık Sigortası	TN	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Yok	56	40	71,4	7	12,5	3	5,4	3	5,4	3	5,4
Genel Sağlık Sig.	273	159	58,2	62	22,7	18	6,6	15	5,5	19	7,0
Özel Sağ. Sig.	87	36	41,4	23	26,4	8	9,2	11	12,6	9	10,3
Toplam	416	235	56,5	92	22,1	29	7,0	29	7,0	31	7,5

Ankete katılanların TDSS hakkındaki bilgi düzeyleri genel toplamlardan yola çıkarak incelendiğinde, katılımcıların % 56,5'inin TDSS hakkında hiçbir bilgisi bulunmazken, katılımcıların sadece % 7,5'i gereken herşeyi bildiğini ifade etmiştir. Bu durum, uygulamanın Türkiye'de ilk başladığında yapılan tanıtımların kısmen etkili olduğunu, ancak TDSS'nin yaygınlaşabilmesi için çok daha fazla tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların TDSS'den ne kadar haberdar oldukları demografik değişkenler temelinde ele alındığında; erkeklerin (%56,0) ve kadınların (%57,1) çoğunluğunun "Hiçbir bilğim yok" cevabını vermeleri, bireylerin TDSS'den yeterince haberdar olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların TDSS hakkında bilgi durumları yaş değişkeni açısından incelendiğinde, 17-25 yaş arası (%54,0), 26-36 yaş arası (%62,1), 37-47 yaş arası (%59,3) ve 48 yaş ve sonrası (%47,2)

hastaların çoğunluğunun “Hiçbir bilgim yok” cevabını verdiği görülmektedir. Bu durum yaş değişkeni açısından da TDSS’nin yeterince bilinmediğini göstermektedir.

TDSS hakkında bilgi düzeyleri medeni durum açısından incelendiğinde bekar (%43,0) ve evli (%47,2) hastaların çoğunluğunun “Hiçbir bilgim yok” cevabını vermeleri medeni durum değişkeni açısından da TDSS’nin yeterince bilinmediğini göstermektedir.

Öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde üniversite mezunlarının, ilkökul ve lise mezunlarına kıyasla daha çok TDSS ile ilgili bilgileri ve gelişmeleri medyadan takip ettikleri ve konu hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Fakat ilkökul mezunu (%67,1), lise mezunu (%59,2) ve üniversite mezunu (%39,8) hastaların çoğunluğunun “Hiçbir bilgim yok” cevabını vermeleri, öğrenim durumu değişkeni açısından da TDSS’nin yeterince bilinmediğini göstermektedir. Buna rağmen hastaların eğitim düzeyi arttıkça TDSS hakkında bilgi düzeylerinin de arttığı görülmektedir.

Gelir durumu değişkenine göre araştırmaya katılan hastaların, TDSS hakkında bilgilerini ölçen sorulara verdikleri cevapların sonuçlarına göre, gelir durumu düşük (%64,9), gelir durumu orta (%56,8) ve gelir durumu yüksek (%43,5) hastaların çoğunluğunun “Hiçbir bilgim yok” cevabını vermeleri TDSS’nin yeterince bilinmediğini düşündürmektedir.

Sahip olunan sağlık sigortası durumu açısından değerlendirildiğinde de sağlık sigortası olmayan (%71,4), genel sağlık sigortası olan (%58,2) ve özel sağlık sigortası olan (%39,8) hastaların önemli bir kısmının “Hiçbir bilgim yok” cevabını vermeleri yine TDSS’nin yeterince bilinmediğini göstermektedir. Ayrıca özel sağlık sigortasına sahip olanların TDSS hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Bu durumun sebebi, özel sağlık sigortasına sahip olanların bağlı buldukları özel sağlık sigortasının bu konuda kendilerine tanıtım yapmasından kaynaklanabilir.

TDSS hakkındaki bilgi düzeyinde, cinsiyet değişkenine göre önemli bir farklılık olmadığı görülmektedir. Yaş değişkenine göre incelendiğinde, 48 yaş ve üzeri yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre TDSS hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Medeni durum değişkenine göre, TDSS hakkında hiçbir fikri olmayanların oranı evlilerde %59,6 iken, bekarlarda %43’tür. Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça, gelir düzeyleri yükseldikçe TDSS hakkındaki bilgi düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Son olarak, özel sağlık sigortası olanların TDSS hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmektedir.

TDSS’den faydalanan hastaların, memnuniyet düzeyini belirlemeye yönelik ankette yer alan sorulara vermiş oldukları cevapların, memnuniyet düzeyine göre dağılımları ve tanımlayıcı istatistikler Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4: Anketlerdeki Memnuniyet Sorularına Verilen Cevapların Yüzdeleri

Anket Soruları	Memnunum		Kararsızım		Memnun değilim		Tanımlayıcı İstatistikler	
	N	%	N	%	N	%	Ortalama	Stn. Sapma
Ülkemizde TDSS’nin size sağlayacağı avantajlar ile ilgili tanıtım ve bilgilendirmeden memnun musunuz?	41	44	33	35	20	21	1,77	0,77
TDSS’nin gelecek ve sağlıkla ilgili endişelerinizi giderme düzeyinden memnun musunuz?	44	47	31	33	19	20	1,73	0,77
TDSS için ödemeniz gereken ek ücret düzeylerinden memnun musunuz?	14	15	43	46	37	39	2,24	0,69
TDSS sahibi olarak herhangi bir hastaneye başvurduğunuzda size gösterilen ilgiden memnun musunuz?	47	50	35	37	12	13	1,62	0,70
TDSS’nin sağladığı tedavi hizmetlerinden memnun musunuz?	51	54	27	29	16	17	1,62	0,76
TDSS’nin sağlığınıza ve yaşam kalitenize olan etkisinden memnun musunuz?	50	53	23	25	21	22	1,69	0,81

Tablo 4 incelendiğinde, TDSS sahibi olan hastaların TDSS ile ilgili memnuniyet düzeylerinin genel olarak yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin TDSS’nin sağladığı tedavi hizmetlerinden hastala-

rın yarısının memnun olduğu, yine hastaların yarısının TDSS'nin sağlıklarına ve yaşam kalitelerine olan etkisinden memnun oldukları görülmektedir. Ayrıca, TDSS sahibi olarak herhangi bir hastaneye başvurduklarında, kendilerine gösterilen ilgiden de memnun oldukları görülmektedir. Ancak hastaların TDSS için ödenmesi gereken ücret düzeyinden sadece % 15 düzeyinde memnun oldukları görülmektedir. Ankete katılanların sadece % 15'lik bir kısmının TDSS için ödenmesi gereken ücret düzeyinden memnun olduklarını ifade etmesi, bu konuda bir memnuniyetsizliğin olduğunu ortaya koymaktadır. Eğer TDSS'nin yaygınlaşması isteniyorsa, ödenmesi gereken ücret konusunda bazı indirimlerin yapılması veya vergi muafiyeti ya da devlet katkısı gibi bir takım teşviklerin getirilmesi yerinde olacaktır.

Çalışmanın bundan sonraki kısmında, demografik faktörlerin TDSS'den faydalanan hastaların memnuniyet düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki yaratıp yaratmadığını belirlemek amacıyla yapılan t testi sonuçlarına yer verilmiştir. Cinsiyete göre TDSS'den memnuniyet düzeyinin bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t testi sonuçlarının yer aldığı Tablo 5 incelendiğinde, hastaların TDSS'den memnuniyet düzeylerinin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir. Bu sonuca göre, "TDSS'ye sahip hastaların memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre farklılık göstermektedir" şeklindeki araştırma hipotezi reddedilmektedir.

Tablo 5: Cinsiyete Göre TDSS'den Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki Farka Dair T Testi Sonuçları

	N	\bar{X}	t	df	Sig. (2-tailed)
TDSS memnuniyeti	Erkek =49 Kadın= 45	Erkek: 1,67 Kadın: 1,74	-,445	92	,657

Hastaların TDSS'den memnuniyet düzeyinin medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla yapılan t testi sonuçları Tablo 6'da sunulmuştur. T testi sonuçlarına göre TDSS'den memnuniyet düzeyi hastaların evli veya bekar olmaları durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Dolayısıyla "TDSS'ye sahip çalışanların memnuniyet düzeyleri medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir" şeklindeki araştırma hipotezi reddedilmektedir.

Tablo 6: Medeni Duruma Göre TDSS'den Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki Farka Dair T Testi Sonuçları

	N	\bar{X}	t	df	Sig. (2-tailed)
TDSS memnuniyeti	Evli =62 Bekar= 32	Evli: 1,76 Bekar: 1,59	,994	92	,323

Hastaların TDSS'den memnuniyetlerinin eğitim düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediği yine yapılan t testi ile ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırmada katılımcı hastalar içinde tesadüfi olarak en az lise mezunu katılımcı olduğundan, lise ve üniversite mezunları arasında TDSS memnuniyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmak durumunda kalınmıştır. Tablo 7'de yer alan sonuçlara göre, hastaların eğitim düzeylerindeki farklılıklar, TDSS'den memnuniyet düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır. Diğer bir ifadeyle hastaların lise veya üniversite mezunu olmaları, TDSS'den memnuniyet düzeyini etkilememektedir. Bu sonuçlara göre "TDSS sahip çalışanların memnuniyet düzeyleri eğitim düzeylerine göre farklılık göstermektedir" şeklindeki araştırma hipotezi reddedilmektedir.

Tablo 7: Eğitim Düzeyine Göre TDSS'den Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki Farka Dair T Testi Sonuçları

	N	\bar{X}	t	df	Sig. (2-tailed)
TDSS memnuniyeti	Lise =36 Üniversite= 58	Lise: 1,74 Üniversite: 1,68	,296	92	,768

Hastaların TDSS'den memnuniyet düzeylerinin gelir düzeylerine göre farklılık gösterip göstermediği yine yapılan t testi ile ortaya konulmaya çalışılmıştır. Gelir düzeyi 1000 TL altı düşük, 1000-3000 TL orta 3000 ve üzeri yüksek gelir düzeyi olarak belirlenmiştir. Ancak düşük gelir sahibi olduğunu belirten hasta bulunmadığından, sadece orta ve yüksek gelir sahibi gruplarının ortalamaları arasındaki farklılık t testi ile ortaya konulmuş ve Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8: Gelir Düzeyine Göre TDSS'den Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki Farka Dair T Testi Sonuçları

	N	\bar{X}	t	df	Sig. (2-tailed)
TDSS memnuniyeti	Orta =73 Yüksek= 21	Orta: 1,57 Yüksek: 2,17	-3,128	92	,002

T testi sonuçlarına göre, hastaların gelir düzeyindeki farklılaşmalar TDSS'den memnuniyet düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Bu sonuçlara göre "TDSS sahip çalışanların memnuniyet düzeyleri gelir düzeylerine göre farklılık göstermektedir" şeklindeki araştırma hipotezi kabul edilmektedir. Ortalamalara bakıldığında, orta gelir seviyesine sahip olanların ortalama memnuniyet düzeylerinin (1,57) daha yüksek olduğu, buna karşın yüksek gelir seviyesine sahip olanların ise ortalama memnuniyet düzeylerinin (2,17) daha düşük olduğu görülmektedir (daha önce de belirtildiği üzere, anket metni, TDSS memnuniyeti bakımından Memnunum=1, Kararsızım=2, Memnun Değilim=3 şeklinde düzenlenmiştir)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Beklenen yaşam süresinin uzaması, teknolojik gelişmelerin sağlık alanına yansması ve sağlığa olan talebin artması gibi nedenlerle son çeyrek yüzyılda tüm dünyada sağlık harcamaları giderek artmış ve sağlık hizmetlerinin finansmanının sürdürülebilirliği temel amaç haline gelmiştir. Dünyada birçok ülke sosyal devlet ilkesi ile çok bağdaşmasa da sağlık harcamalarında sosyal sigorta ve ona yardımcı ödeme araçlarının olduğu karma bir finansman politikasına yönelmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda gelişmiş veya Türkiye gibi gelişmekte olan birçok ülkede önemli sorunlar olduğu ve sağlık hizmetlerinin finansmanının mevcut haliyle sürdürülebilirliğinin uzun vadede kolay olmadığı bilinmektedir. Birçok ülkede sosyal sağlık sigortasına destek amacıyla kullanılan TDSS, bu finansman sorununun çözümünde önemli bir alternatif olarak görülmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanının ana kaynağı halen sosyal sağlık sigortası olmakla birlikte, bu sistemin sürdürülebilirliği açısından yardımcı finansman yöntemlerine ihtiyaç olduğu açıktır.

Türkiye'de de kısa bir süre önce uygulamaya geçen özel bir sağlık sigortası türü olan TDSS, sağlık hizmetlerinin finansmanındaki sorunları azaltabilmek amacıyla birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Türkiye'de de son yıllarda bu konunun altyapısı hazırlanmış, gerekli kanuni düzenlemeler yapılmış ve uygulama başlatılmıştır. Konunun henüz çok yeni olması nedeniyle Türkiye'de bu konuda henüz yeterli akademik çalışma yoktur. Bu çalışmada, TDSS'den bireylerin ne kadar haberdar oldukları ve bu sağlık sigortasına sahip olan bireylerin memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır.

TDSS hakkındaki bilgi düzeyi demografik değişkenler temelinde tüm değişkenlerin genel ortalamasından hareketle incelendiğinde, katılımcıların % 56,5'inin TDSS hakkında hiçbir bilgisinin bulunmadığı, katılımcıların sadece % 7,5'inin gereken herşeyi bildiği tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu durum uygulamanın Türkiye'de ilk başladığında yapılan tanıtımların kısmen etkili olduğunu, ancak TDSS'nin yaygınlaşabilmesi için çok daha fazla tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

TDSS hakkındaki bilgi düzeyi, her bir demografik faktör için ayrı ayrı ele alındığında şu sonuçlara ulaşılmıştır. Cinsiyet değişkeni, TDSS hakkındaki bilgi düzeyi üzerinde önemli bir farklılık yaratmamaktadır. Yaş değişkenine göre, 48 yaş ve üzeri yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre TDSS hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir. Medeni durum değişkenine göre, TDSS hakkında hiçbir fikri olmayanların oranı evlilerde %59,6 iken, bekarlarda %43'tür. Katılımcıların eğitim düzeyleri arttıkça, gelir düzeyleri yükseldikçe TDSS hakkındaki bilgi düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Son olarak, özel sağlık sigortası olanların, TDSS hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

TDSS'den yararlanmakta olan bireylerin memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan anketlerden elde edilen sonuçlar, TDSS'den faydalanan hastaların yaklaşık yarısının bu sigorta türünden memnun olduklarını göstermiştir. Ankete katılanların yarısından fazlasının TDSS'nin sağladığı tedavi hizmetlerinden, TDSS'nin sağlıklarına ve yaşam kalitelerine olan etkisinden, hastanelere başvurduklarında kendilerine gösterilen ilgiden, TDSS'nin gelecek ve sağlıkla ilgili endişeleri giderme düzeyinden memnun oldukları tespit edilmiştir. Ancak hastaların TDSS için ödenmesi gereken ücret

düzeyinden sadece yüzde on beş düzeyinde memnun oldukları görülmüştür. Bu noktada, ödenmesi gereken ücret düzeyinin yeniden gözden geçirilmesi ve/veya bir takım muafiyet ya da teşviklerin getirilmesi TDSS'nin daha fazla yaygınlaşmasına yardımcı olacaktır.

Ankete katılanların verdikleri cevapların memnuniyet düzeyine göre genel ortalamaları dikkate alındığında, katılımcıların %43,8'i TDSS'den memnun olduklarını, %22,2'si memnun olmadıklarını, %34'ü ise kararsız olduklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlara göre; hastalar her ne kadar TDSS'nin sunduğu hizmetlerden genel olarak memnun olsalar da, hastanelerin TDSS'ye sahip olan hastalara verdikleri hizmetlerin kalitesini iyileştirmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastanelerin daha iyi şartlarda hizmet sunmak için altyapılarını daha da güçlendirmeleri ve hastaların memnuniyet düzeylerinin yükseltecek bazı tedbirler almalarının faydalarına olacağı söylenebilir.

Demografik faktörlere göre TDSS'den faydalanan hastaların memnuniyet düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla t testi yapılmıştır. T testi sonuçlarına göre, gelir durumu değişkeni dışında diğer değişkenler TDSS'den memnuniyet düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamıştır. Ankete katılanlardan yüksek gelir seviyesine sahip olanların memnuniyet düzeylerinin daha düşük, orta gelir seviyesine sahip olanların ise memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla gelir düzeyi ile TDSS'den memnuniyet düzeyi arasında ters yönlü bir ilişkinin olduğundan söz edilebilir.

Gelecekte bu konuda yapılacak çalışmalarda daha geniş bir örneklemin kullanılması ve daha farklı yöntemlerle konunun incelenmesi mümkündür. Bu sayede konuyla ilgili literatürün zenginlik kazanmasına önemli katkılar sağlanabilecektir.

KAYNAKLAR

- Arjun, M., Deshpande, A. and Srivastava, N. (2013). Service Quality, Costmer (Patient) Satisfaction and Behavioural Intention in Health Care Services: Exploring the Indian Perspective; *Journal of Health Management*, 15(1), 29-44.
- Biro, A. (2011). Voluntary Private Health Insurance and Health Care Utilization of People Aged 50+. Central European University, (http://www.personal.ceu.hu/students/09/Aniko_Biro/Paper2.pdf).
- Carrin, G. and James, C. (2004). Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, Discussion Paper, Number: 2, World Health Organization, Geneva.
- Çelikalp, Ü., Temel, M., Varol, Saraçoğlu G. ve Demir, M. (2009). Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1-10.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Ellis, R.P., Chen, T. and Luscombe C.E. (2014). Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries. *Encyclopedia of Health Economics*, 1-22.
- Erol, H. (2014). Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Foubister, T., Thomson, S., Mossialos, E. and McGuire, A. (2006). Private Medical Insurance in the United Kingdom. *European Observatory on Health Systems and Policies*, The Cromwell Press, Trowbridge, Wilts.
- Greß, S., Okma, K.G.H. and Wasem, J. (2002). Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries-Market Outcomes and Policy Implications. *Discussions Paper*, 01/2002, 1-31.
- Günay, G., Aydın, Boylu A. ve Bener, Ö. (2014). Ev Kadınlarının Sosyal Güvenlik Sistemine İlişkin Görüşleri. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 35-58.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2006(1), 1-19.

- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2013) Health Statistics (<http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>)
- Önsüz, M.F., Topuzoğlu, A., Cöbek, U.C., Ertürk, S., Yılmaz, F. ve Birol, S. (2008). İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 33-49.
- Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Perronin, M., Pierre, A. and Rochereau, T. (2011). Complementary Health Insurance in France. Wide-scale Diffusion but Inequalities of Access Persist. *Institute for Research and Information in Health Economics*, n° 161-January 2011.
- Roos, A.F. and Schut, F.T. (2009). Spillover Effects of Supplementary on Basic Health Insurance: Evidence from the Netherlands. *İBMG Working Paper W2009.8*, Institute of Health, Policy and Management.
- Rossignol, S. (2006). Politics of Social Health Insurance. Paris University and Versailles-Saint-Quentin University, February 15, 2006.
- Taşlıyan, M., ve Akyüz, M. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 12 (19), 61-66.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011(1), 103-133.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2), 133-159.
- WHO (World Health Organisation) (2005) Social Health Insurance: Key Factors Affecting The Transition Towards Universal Coverage. *International Social Security Association*.
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayı, 2001(40), 1-11.