T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
EKONOMETRİ ANABİLİM DALI
EKONOMETRİ PROGRAMI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİN ARAŞTIRILMASI: BİR KALİTATİF TERCİH MODELİ UYGULAMASI

Emre OKAY

Danışman
Prof. Dr. Sibel SELİM

MANİSA–2016

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
EKONOMETRİ ANABİLİM DALI
EKONOMETRİ PROGRAMI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİN ARAŞTIRILMASI: BİR KALİTATİF TERCİH MODELİ UYGULAMASI

Emre OKAY

Danışman
Prof. Dr. Sibel SELİM

MANİSA–2016

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 22.07.2016 tarih ve 21/22 sayılı toplantısında jürimiz tarafından Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin 23. Maddesi gereğince Enstitümüz Ekonometri Anabilim Dalı Ekonometri Yüksek Lisans Programı öğrencisi Emre OKAY'ın "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetin Araştırılması: Bir Kalitatif Tercih Modeli Uygulaması" Konulu tezi incelenmiş ve aday 05.08.2016 tarihinde saat 10.00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır. Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 90. dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından jüri üyelerine sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI olduğuna	☑	OY BİRLİĞİ	☑
DÜZELTME yapılmasına	* ☐	OY ÇOKLUĞU	☐
RED edilmesine	** ☐	ile karar verilmiştir.	

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.

** Bu halde adayın tez konusu değiştirilir veya adayın isteği halinde tezsiz yüksek lisans programına geçişi sağlanır.

BAŞKAN

Prof. Dr. Sibel SELİM

ÜYE

Doç. Dr. Mehmet GÜÇLÜ

ÜYE

Doç. Dr. Kadir KARAGÖZ.

	Evet	Hayır
Tez, burs, ödül veya Teşvik programına (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir.	☐	☐
Tez, mutlaka basılmalıdır.	☐	☐
Tez, mevcut haliyle basılmalıdır.	☐	☐
Tez, gözden geçirildikten sonra basılmalıdır.	☐	☐
Tez, basımı gereksizdir.	☐	☐

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans olarak sunduğum "TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİN ARAŞTIRILMASI: BİR KALİTATİF TERCİH MODELİ UYGULAMASI" adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilen eserlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

11/07/2016

Emre OKAY

ÖZET

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİN ARAŞTIRILMASI: BİR KALİTATİF TERCİH MODELİ UYGULAMASI

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve bireylerin bu hizmetlerden memnuniyeti konusunda birçok ülke reform çalışmaları içerisindedir. Sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi ve sunulan hizmetlerin etkin ve kaliteli olması ülkelerin kalkınması için önemlidir. Sağlık sisteminde yaşanan sorunların, toplumun sağlık düzeyini ve mutluluğunu olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Bu bağlamda önemini her geçen gün arttıran sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık altyapısı ve bireylerin sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyete yönelik çalışmalar sağlık politikalarında önemli bir yer teşkil etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından gerçekleştirilen 2008 ve 2012 yılları Türkiye Sağlık Araştırması anketi verileri kullanılarak bireylerin Kamu Hastaneleri, Özel Sağlık Kurumları, Sağlık Ocakları ve AÇSAP Merkezleri ile Aile Hekimleri ve Pratisyen Hekimler, Uzman Hekimler ve Diş Hekimleri'nin vermiş olduğu sağlık hizmetlerinden memnuniyetin sıralı logit model kullanılarak araştırılmasıdır. Analiz sonuçlarına göre, 2008'den 2012 yılına doğru bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetinde önemli bir artış olduğu görülmüştür. Bireylerin yaşı arttığında sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılıkları artarken, gelir ve eğitim seviyelerinin artması sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılıklarını düşürmüştür. Ayrıca bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesi ve olumlu ruh halleri memnun olma olasılıklarını arttırmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, Türkiye Sağlık Araştırması, Sıralı Logit Model

ABSTRACT

INVESTIGATION OF SATISFACTION WITH HEALTH SERVICES IN TURKEY: APPLICATION OF A QUALITATIVE CHOICE MODEL

Many countries have recently introduced reforms in delivery of health services and the individuals' satisfaction from these services. Evaluation of health services by patients, and effectiveness and quality of these services are important for the development of countries. It is inevitable that problems in a health system have a negative effect on community's health care level and happiness. In this sense, today, works on improvements in health services having increasing importance, building the foundation of healthcare systems and, satisfaction of individuals with health services have an important place in health policies.

The aim of this study is to investigate individuals' satisfaction level with the health services delivered by Public Hospitals, Private Health Institutions, Community Health Centers and Centers of MCHFP (Mother and Child Health and Family Planning), Family Doctors and Practitioners, Specialists and Dentists give them, by ordered logit model using the data of 2008-2012 Turkey Health Research's survey conducted by Turkish Statistical Institue (TURKSAT). Results of the analyses reveal that that there has been a significant increase in the individuals' satisfaction level with the health services between 2008 and 2012. In addition, as the age of individuals increases the possibility of satisfaction with health services increases while this possibility is reduced with an increase in the level of income and education level. Moreover, individuals' improved health status and positive mood increases the possibility of satisfaction with health services.

Keywords: Satisfaction with Health Services, Turkey Health Survey, Ordered Logit Model

TEŞEKKÜR

Çalışmamın tüm aşamalarında desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, üstün bilgi ve deneyimleri ile yoluma ışık tutan, kendisini tanımaktan büyük onur duyduğum danışman hocam Sayın Prof.Dr. Sibel SELİM'e, bilgi ve tecrübeleri ile lisansüstü öğrenim hayatımda maddi, manevi desteklerini her zaman hissettiğim Doç.Dr. Kadir KARAGÖZ ve Yrd.Doç.Dr. Rıdvan KESKİN'e, 2016-045 nolu proje ile bu çalışmanın en önemli maddi destekçisi olan Celal Bayar Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimine, çalışmamın en büyük moral kaynağı olarak gördüğüm, zor zamanlarımda beni hiç yalnız bırakmayan sevgili eşim Şeyma OKAY'a, öğrenim hayatım boyunca beni maddi ve manevi olarak destekleyen ve hep yanımda olan aileme tüm kalbimle teşekkür ederim.

Emre OKAY
MANİSA-2016

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI 3

1.1.1. Sağlık Kavramı 3

1.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı 4

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ 5

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI 9

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri 12

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri 13

1.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 14

1.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri 15

1.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri 16

1.3.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri 17

1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri 18

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET 19

1.4.1. Hasta Memnuniyeti 19

1.4.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi 21

1.4.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler 23

1.5. TÜRKİYE' DE SAĞLIK HİZMETLERİ 27

1.6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP) 31

1.7. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET ÜZERİNE YAPILAN AMPİRİK ÇALIŞMALAR 34

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTATİF TERCİH MODELLERİ

2.1. İKİLİ TERCİH MODELLERİ 44

2.1.1. Doğrusal Olasılık Modeli (DOM) 45

2.1.2. Logit Model 47
2.1.2.1. Logit Modelin Özellikleri 49
2.1.2.2. Logit Modelin Tahmini 50
2.1.2.2.a. En Çok Benzerlik Yöntemi 50
2.1.2.2.b. Tartılı En Küçük Kareler Yöntemi (TEKKY) 52
2.1.3. Probit Model 54
2.1.3.1. Probit Model Tahmini 57
2.1.3.1.a. En Çok Benzerlik Yöntemi 57
2.1.3.1.b. Tartılı En Küçük Kareler Yöntemi 58
2.1.4. Logit ve Probit Modellerinin Katsayılarının Anlamlılığının Testi .. 58
2.1.4.1. Wald Testi 59
2.1.4.2. Olabilirlik Oran (OO) Testi 60
2.1.5. Logit ve Probit Modellerinde Uyum İyiliği Ölçüleri 60
2.1.6. Logit ve Probit Modellerinin Karşılaştırılması 61
2.2. ÇOKLU TERCİH MODELLERİ 62
2.2.1. Çok Durumlu (Multinomial) Logit Model 63
2.2.1.1. Çok Durumlu Logit Modellerin Tahmini 65
2.2.1.2. Çok Durumlu Logit Modelde İlişkisiz Alternatiflerin Bağımsızlığı Varsayımı ve Hausman Testi 66
2.2.2. Çok Durumlu (Multinomial) Probit Model 68
2.2.2.1. Çok Durumlu Probit Modelin Tahmini 69
2.2.3. Sıralı Logit Model 70
2.2.3.1. Gözlenemeyen (Gizli) Değişken Yaklaşımı 71
2.2.3.2. Kümülatif (Birikimli) Yaklaşım 74
2.2.3.3. Sıralı Logit Modelde Paralel Eğimler Varsayımı ve Testi 76
2.2.3.4. Sıralı Logit Modelinin Tahmini 80
2.2.3.5. Katsayıların Yorumlanması 81

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMETRİK ANALİZ

3.1. ÇALIŞMANIN AMACI 84

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİLER, DEĞİŞKENLER VE TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER 84

3.3. TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI ANKETİ 90

3.4. BULGULAR 92

3.4.1. Sağlık Kurumları Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları 93

3.4.2. Hekimlerin Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları 97

SONUÇ 100

KAYNAKÇA 103

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÇSAP	Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AIC	Akaike Information Criterion
BDF	Birikimli Dağılım Fonksiyonu
DOM	Doğrusal Olasılık Modeli
EÇBY	En Çok Benzerlik Yöntemi
EKKY	En Küçük Kareler Yöntemi
GAHTS	Görsel Analog Hasta Tatmin Skalası
GSS	Genel Sağlık Sigortası
IIA	Independence of Irrevelant Alternatives
LÇ	Lagrange Çarpanı
OO	Olabilirlik Oranı
OYF	Olasılık Yoğunluk Fonksiyonu
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TEKKY	Tartılı En Küçük Kareler Yöntemi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar 29
Tablo 1.2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye 30
Tablo 1.3: Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı 30
Tablo 1.4: Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye 30
Tablo 2.1: Y_i nin Olasılık Dağılımı 46
Tablo 2.2: Birikimli Olasılık Fonksiyonların Değeri 62
Tablo 3.1: Türkiye Sağlık Araştırması Anketi Örneklem Sayıları 92

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri 9
Şekil 1.2: Sağlık Hizmetleri 11
Şekil 1.3: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri 17
Şekil 1.4: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler 24
Şekil 2.1: Lojistik dağılım fonksiyonu 48
Şekil 2.2: Logit Model 49
Şekil 2.3: Birikimli Dağılım Fonksiyonu 55
Şekil 2.4: Probit Model 56
Şekil 2.5: Logit ve Probit Birikimli Dağılımları 61
Şekil 2.6: J Kategorili Sıralı Bağımlı Değişken İçin Gizli Değişken y^* ve Gözlenen y Değişkeninin Gösterimi. 72
Şekil 2.7: Dört Kategorili Bağımlı Değişkenli Model İçin Kümülatif Olasılıklar 75
Şekil 2.8: Paralel Eğimler Varsayımının Grafiksel Gösterimi 77
Şekil 3.1: 2008 ve 2012 Yılları Memnuniyet Oranları 85
Şekil 3.2: 2008 ve 2012 Yılları Cinsiyete Göre Dağılım 86
Şekil 3.3: 2008 ve 2012 Yılları Yaş Grubuna Göre Dağılım 87
Şekil 3.4: 2008 ve 2012 Yılları Eğitim Seviyesine Göre Dağılım 88
Şekil 3.5: 2008 ve 2012 Yılları Gelir Durumuna Göre Dağılım 89

EKLER LİSTESİ

Ek-Tablo 1: 2008 Yılı Sağlık Kurumları Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri
Ek-Tablo 2: 2008 Yılı Hekimler Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri
Ek-Tablo 3: 2012 Yılı Sağlık Kurumları Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri
Ek-Tablo 4: 2012 Yılı Hekimler Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri
Ek-Tablo 5: 2008 Yılı Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları
Ek-Tablo 6: 2008 Yılı Hekimlerden Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları
Ek-Tablo 7: 2012 Yılı Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları
Ek-Tablo 8: 2012 Yılı Hekimlerden Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları
Ek-Tablo 9: Faktör Analizi Değişken Açıklamaları
Ek-Tablo 10: 2008 Yılı Kamu Hastanelerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 11: 2008 Yılı Özel Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 12: 2008 Yılı Sağlık Ocaklarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 13: 2008 Yılı Aile Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 14: 2008 Yılı Aile Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 15: 2008 Yılı Uzman Hekimlerden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 16: 2008 Yılı Diş Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 17: 2012 Yılı Kamu Hastanelerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 18: 2012 Yılı Özel Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 19: 2012 Yılı Sağlık Ocaklarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 20: 2012 Yılı Aile Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 21: 2012 Yılı Uzman Hekimlerden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları
Ek-Tablo 22: 2012 Yılı Diş Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, toplumu oluşturan bireylerin yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil, bedenen, ruhen ve toplumsal yönden de tam bir iyilik hallerinin olması olarak tanımlanan sağlık; bireylerin refah, huzur ve mutluluğu için önemli ve öncelikli bir etkendir (Başol ve Işık, 2015: 3). Günlük yaşantıda insanlar genellikle sağlıklı olma hallerinin varlığını değil yokluğunun farkına varmaktadır. Toplumun bütünü için önem arz eden sağlık konusunda bireylerin bilgilenmesi ve yaşantılarını koruyucu tedbirleri alarak sağlıklı bir şekilde sürdürmeye çalışması son derece önemli bir konudur.

Günümüzde bireylerin ekonomik ve sosyal açıdan daha iyi şartlarda hayatlarını devam ettirmeye yönelik istekleri bir hak olarak değerlendirilmekte ve bu hak, 1982 Anayasası'nın 17. Maddesinde belirtilen "*Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir*" hükmü ile bağlantılıdır (Çağlar ve Gülel, 2015: 30). Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanabilen sağlık hizmetlerinden, yeterli ve etkin bir şekilde faydalanmak iyi yaşama koşullarına sahip olma unsurlarındandır.

Bir ülkede yeterli ve etkin düzeyde sunulan sağlık hizmetleri beşeri gelişmişliği yükseltirken aynı zamanda toplumsal refahın olumlu yönde gelişimine de öncülük etmektedir (Çelebi ve Cura: 2013: 48). Bu bakımdan bir devletin dünya çapındaki statüsü için önem arz eden sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri; sağlık birimlerince sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, toplumun her kesimine ve tüm fertlere eşit, adil, etkili ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulması, hasta memnuniyet seviyesinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerinin verimliliğinin ve etkinliğinin arttırılması olarak söylenebilir. Bu hedeflerin ne kadar gerçekleştirildiğinin ve hangi seviyelere gelindiğinin ölçülmesi adına yapılan hasta memnuniyet çalışmaları günümüzde çok önemli bir role sahiptir.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet araştırmaları; hasta memnuniyetini ölçmek, hastanın beklenti, öneri ve geri bildirimlerini öğrenmek, kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak, sosyo-demografik ve bakım sürecine ilişkin değişkenlerin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla yapılmaktadır (Özer ve Çakıl, 2007: 141). İlgili literatür incelendiğinde, gün geçtikçe önemini daha da arttıran sağlık hizmetlerinde memnuniyet çalışmalarının hem ülkemizde hem de dünya çapında önemli bir konuma sahip olduğu görülmektedir.

Fakat özellikle ülkemizdeki çalışmalar dikkate alındığında Türkiye genelinde yapılmış çalışmaların azlığı dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalar çoğunlukla sınırlı bir örneklemi yani ya bir il ya da bir veya birkaç sağlık kuruluşunu içermektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden memnuniyetin araştırıldığı bu çalışma literatüre iki önemli katkı sağlamaktadır. Bunlardan ilki, TÜİK tarafından gerçekleştirilen "Türkiye Sağlık Araştırması" ile farklı düzeydeki sağlık kurumlarının ve hekimlerin vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyetin karşılaştırılarak araştırılması, diğeri ise 2008 ve 2012 yıllarında tüm sağlık hizmetlerinden memnuniyetin nasıl ve ne ölçüde değiştiğinin tespit edilmesidir. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, TÜİK tarafından gerçekleştirilen 2008 ve 2012 yıllarına ait "Türkiye Sağlık Araştırması" anketi verileri kullanılarak bireylerin Kamu Hastaneleri, Özel Sağlık Kurumları, Sağlık Ocakları ve AÇSAP Merkezleri ile Aile Hekimleri ve Pratisyen Hekimler, Uzman Hekimler ve Diş Hekimleri'nin vermiş olduğu sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin sıralı logit model kullanılarak araştırılmasıdır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sağlık ve sağlık hizmetleri kavramından bahsedilmiş ve sağlık hizmetlerinin özellikleri belirtilmiştir. Ayrıca Türkiye'deki sağlık hizmetlerine yer verilerek Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)" ele alınmıştır. Son olarak bu bölümde sağlık hizmetlerinden memnuniyet alanında yapılmış çalışmaların yer aldığı literatür çalışmasına yer verilmiştir.

İkinci bölümde, kalitatif tercih modelleri teorik olarak ele alınmıştır. İki değerli ve çok durumlu logit ve probit modelleri incelenmiştir.

Çalışmanın ekonometrik analiz kısmını oluşturan üçüncü bölümünde ise, çalışmanın amacına, analizlerde kullanılan verilere ait tanımlayıcı istatistiklere ve bunlara ait grafiklere yer verilmiş ve TÜİK'in yapmış olduğu Türkiye Sağlık Araştırması anketinden bahsedilmiştir. Son olarak 2008 ve 2012 yıllarında Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin karşılaştırıldığı analiz sonuçları incelenmiş ve elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalarla desteklenerek yorumlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1.1. Sağlık Kavramı

Geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımla birlikte hastalık kavramı ön plana çıkmış, kişilerin / toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Akdur vd., 1998: 11).

Günümüzde ise kabul görmüş olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre, sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması olarak kabul edilmektedir (WHO, 1948: 100). Bu tanımda sosyal iyilik haline dikkat çekilmektedir. Sağlık, bireylerin hasta olmamaları durumu olduğu gibi; ruhsal ve sosyal yönlerden de iyi olmalarıdır. Buna göre, sağlıklı bir bireyin tam iyi olma durumunun hayata yansıması, yaşamında pozitif yönleriyle kendini göstermektedir (Yurtsever, 2015: 3).

Söz edilen iyilik halinde sağlık ve hastalık kavramlarının algısal boyutu vardır ve objektif olarak ölçülmesi güçtür. Bu nedenle, sağlık kavramını ikiye ayırarak sübjektif ve objektif olarak incelemek iyilik halinin tam anlamıyla anlaşılmasını sağlayacaktır (Selby, 1974: 42–50). Sübjektif olarak sağlık, bireyin kendisini ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden durumunu algılaması olarak belirtilmektedir. Bu tanıma göre, birey hasta olmadığı halde kendisini hasta veya hasta oluğu halde sağlıklı olarak algılayabilmektedir. Objektif sağlık ise, doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olup olmadığının değerlendirilmesidir. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması ve hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekmektedir (Özuysal, 2011: 3-4).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi açısından sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, kişilerin bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak

düşünülmektedir. Sağlık, günlük yaşam için bir kaynaktır, hayatın amacı değildir. Sosyal ve kişisel kaynakları ve fiziksel kapasiteyi öne çıkaran pozitif bir kavramdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 1).

1.1.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Ersöz, 2008: 95). Bu sağlık hizmetlerini satın alan hastalar sağlık sektörü açısından birçok role sahiptir; bazen hasta, bazen geçmiş ya da gelecekteki müşteri iken her zaman bir "vatandaş" rolünü üstlenmektedir (Donabedian, 1992: 251).

Kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları rehabilite etmek için yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır (Akın, 2007: 6). Sağlık hizmetleri toplumu oluşturan bireyleri çeşitli hastalık ve sakatlıklardan koruyarak, ruhsal, iktisadi ve sosyal bağlamda yaşamlarını huzur içerisinde sürdürebilmelerini temin edebilme amaçlı faaliyetler bütünüdür (Akdur, 2006: 17).

Sağlık hizmetleri kapsamında, temiz içme suyu ve iyi beslenmeden başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tanı-tedavi hizmetlerine kadar olan çok geniş bir faaliyetler zinciri yer almaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri çok sektörlü ve sağlıkla doğrudan ya da dolaylı ilgisi bulunan çeşitli kamu ve özel işletmeler tarafından üstlenilerek yerine getirilmektedir (Özkara, 2006: 5).

Sağlık hizmetlerinde asıl amaç, sağlık bakımı hizmetleri olarak adlandırılan, doğrudan sağlık hizmetleri yanında, eğitim, iş, çalışma koşulları, gelir, konut, çevre, bireysel alışkanlıklar gibi diğer birçok etmen tarafından belirlenen çok bileşenli bir sonuç olan toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir (Yaşa, 2012: 41). Bireyler genelde sağlık hizmetleri denildiğinde hastalıkların iyileştirilmesi olayını algılamaktadır. İyileştirici hizmetlerin, halk tarafından en çok talep edilen ve dikkat çeken hizmetler olduğu doğrudur. Ancak, bu hizmetler hiçbir zaman, koruyucu sağlık hizmetlerinden daha öncelikli olamamaktadır. Halkın sağlık düzeyini yükseltmenin yolu, bireylerin

hastalanmalarını beklemek ve ondan sonra iyileştirmek olamaz. Asıl önemli olan, hastalanmamalarını sağlamaktır (Öztek ve Kubilay, 1993: 236-237).

Sağlık hizmetleri, kişileri hastalıklardan korumayı, sağlıklı ve mümkün olduğunca uzun yaşamalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Ancak ne kadar çaba gösterilirse gösterilsin, insanlar bazen hastalanabilmektedir. Bunun sonucunda sakat kalabilmekte hatta ölebilmektedirler. O zaman sağlık hizmetlerinin ikinci ve üçüncü amaçlarından söz edilir. Bu da hastalananların tedavileri ve sakat kalanların rehabilitasyonudur (Öztek, 2004: 91).

1.2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Sağlık hizmetleri sahip oldukları özellikleri nedeniyle, ekonomik olarak üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden önemli farklılıklar içermektedir. Sağlık hizmetlerinin bazı karakteristik özellikleri ile bu hizmetlerin üretildiği sağlık piyasasının özel koşullarının olması bu hizmetlerin farklı bir kategoride değerlendirilmesini mecbur kılar (Yurtsever, 2015: 12).

Sağlık hizmetlerinin toplumunu oluşturan bireylerin sağlık seviyelerinde istenilen değişiklikleri oluşturabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler Tengilimoğlu vd. (2009: 39-43) ve Odabaşı (2001: 27-29)'nda aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

- **Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır:** Sağlık hizmetinin talebinin ortaya çıkış zamanının belli olmaması (yani nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenememesi), onu diğer hizmetlerden ayıran en önemli özelliklerdendir. Her yaş grubunun hiç beklenmedik bir zamanda sağlık hizmetine ihtiyacı olabilmektedir. Belirli yaşa kadar sağlık hizmetleri kullanıcısı olmayan bir kişi kronik bir hastalığa yakalandığı zaman sağlık hizmetlerine çok ciddi bir şekilde ihtiyaç duyabilmektedir. Bu nedenle ekonomik anlamda da sağlık hizmeti talebinin büyüklüğü kestirilemez. Sağlık hizmeti maliyetleri büyük ve belirsiz olduğundan, büyük oranda devlet tarafından sağlanmaktadır. Sağlık sigortası sistemi ve önceden ödeme yöntemleri ile risk bölüşümü sağlanmakta, ani ve çok yüksek maliyetlere karşı hem bireysel hem de kamusal anlamda destek verilmektedir.
- **Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur:** Diğer hizmetlerde bir malın fiyatı arttıkça tüketiciler doğal olarak, fiyatı artan bu malın yerine diğer malları ikame etmeye (yerine koymaya) çalışacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Hasta doktorun

kendisine sunduğu tedavi hizmetini almak zorundadır. Örneğin kalp kapakçığı ameliyatı pahalıya mal olacak diye bunun yerine, daha ucuz maliyetli olan çürük dişlerin bakımı konamaz ve ikame edilemez. Buna sağlık hizmetlerinin "ikame edilemezlik ilkesi" denmektedir (Saltık, 1995: 38). Sağlıklı yaşama hakkı temel bir insanlık hakkıdır. Bu yüzden sağlık hizmeti alması gereken bir hastaya sağlık güvencesi veya parası yok diye bu hizmeti vermemek söz konusu dahi olamaz.

- **Sağlık hizmeti ertelenemez:** Sağlık sektörü dışındaki talepler birçok sebepten dolayı ertelenebilmekte iken sağlık hizmetlerinde hizmet kullanımı ertelenemez. Özellikle acil olarak, kişiye ağrı ve acı veren ve sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sağlık hizmetinin talebi ertelenemez. Sağlığın ihmali bireyin sakat kalması ya da ölümüyle bile sonuçlanabilmektedir (Aktan ve Işık, 2007: 2). Tedavide erken tanının önemi dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin ertelenmesi daha büyük ekonomik kayıplara sebep olacaktır. Bundan dolayı bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğu zaman hiçbir kısıtlama altında olmadan ve herhangi bir etmene bağlı kalmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
- **Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekimler belirler:** Tüketiciler almak istedikleri hizmet hakkında çeşitli araştırmalar yaparak tam olarak ne istediklerini kendileri belirleyebilmektedir. Örneğin; bir lokantada ne yiyeceklerine, bir kuaförde nasıl bir saç modeli istediklerine kendileri karar verebilmektedirler. Ancak sağlık hizmetinde hastanın neye ihtiyacı olduğuna hasta karar veremez. Sağlık hizmetleri, uzun bir eğitim sonucunda uzmanlık kazanmış, sürekli yenilikleri izleyip kendini geliştiren kişilerin bilebileceği konulardan oluşmaktadır. Üretilen hizmetler ileri teknoloji ile daha da karmaşık bir duruma gelmektedir. Böylece tüketici, alacağı hizmete kendisi karar veremez. Dolayısıyla sağlık hizmetleri sonucunda ortaya çıkan tatmin kesin olarak belirgin değildir. Tüketici sağlık hizmetlerinde memnun kalmadığı bir hizmeti satın almaktan vazgeçemez, çünkü yapılacak bir hata geri dönüşümü olmayan kötü sonuçlan beraberinde getirebilir. Bu yüzden sağlık hizmetinin kullanıcısı uzmanın bilgisine güvenmek ve o bilgiyi kullanmak zorundadır.
- **Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir:** Genel olarak, mal ve hizmetlerin satın alımında tüketicilerin akılcı seçimlerde bulunacağı ve kendisi için en ideal olanın tercih edileceği varsayılmaktadır. Ancak, tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlılığı aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır.

Birçok rasyonel olmayan davranışa sağlık hizmeti uygulamalarında rastlamak mümkündür. Tüketicilerin birçoğu tedavi talebinde bulunmamakta ve birçok tüketici de hastalıklarını önemsemeyip, ağrısı rahatsız etmediği sürece hekime dahi başvurmamaktadır. Acil sağlık hizmetleri tüketicileri, hastalıklarını belirtemeyecek durumda dahi olabilmektedirler. Bunlardan dolayı sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerin belirlenmesinde akılcı davranışların yerini dış faktörler almaktadır.

- **Hizmetten Sağlanan Doyum ve Kaliteyi Önceden Belirlemek Çok Zordur:** Sağlık hizmetinden sağlanacak doyum, hastanın kendisini tedaviden sonra ne kadar iyileşmiş hissettiğiyle ilgilidir. Sağlık hizmetleri, tedavinin neticesi bakımından, her insan ve her hastalık için farklı neticeler verebileceğinden, hastanın memnuniyet düzeyini de önceden bilmek mümkün olmamaktadır. Ancak hastanın sağlık kurumuna başvuruda bulunduğu andan itibaren başlayan tedavi süreci için bir takım hizmet standartları konularak, süreçle ilgili kalite ve doyum yükseltilebilmektedir. Günümüzde tüm sektörlerde söz konusu olan yüksek rekabet sağlık sektöründe de kendini gösterdiğinden, bu sektör kuruluşlarının da hizmet kalitesi standartları belirlemek ve uygulamaktan başka çareleri kalmamıştır.

- **Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır:** Sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Koruyucu sağlık hizmetleri, kamu tarafından yerine getirilirken, toplumdaki tüm bireyler maliyetlere katlanmakta ve sonuçlarından da faydalanmaktadır. Örneğin bir salgın hastalıkta hastaların tedavisi, sağlıklı bireylerin korunması için aşılanması veya bebeklerin iki yaşına kadar tüm aşılarının kamu tarafından yapılması, raşitizm ve demir eksikliğiyle mücadele için vitamin tedarik edilmesi gibi. Bazen zorlayıcı tercihle sağlanan fayda kişinin kendi tercihinden sağlayacağı faydadan daha fazla olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede hastalık ortaya çıkmadan ve bireyin para ödeyip ödememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır. Yani bu tür hizmetler sadece para ödeyene verilmemekte, tüm topluma verilmektedir. Bu tür hizmetler kamu malı özelliğine sahiptir.

- **Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez:** Sağlık, fiyatı biçilemeyen, dolayısıyla iktisadi ölçülerin dışında tutulması gereken bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinin yeteri düzeyde sunumunun yapılması bireylerin ve toplumun sağlık seviyesi yükseltmektedir. Bunun anlamı, bireylerin; çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve daha çok üretim yapma koşullarının bulunması

demektir. Ancak, bunların parasal olarak değerinin belirlenmesinin çeşitli zorlukları vardır. Sözgelimi, bebek ölüm hızını binde 54'dan binde 44'ye çekmek için yapılan harcamaların karşılığı, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi muhasebe kayıtlarındaki doğrudan bir kar unsuru olarak hesaplanamamaktadır. Ancak sağlık alanına yapılan harcamalarla korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükseltilerek geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık olgusu, doğrudan ve başlı başına bir yatırımdır. Bu kazanımları ekonomiye aktarmak için ayrıca bir faaliyete gerek bulunmamaktadır. Buna karşılık herhangi diğer bir sektörde elde edilen karın çeşitli alanlarda kullanılması mümkündür. Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin yarattığı artı değerin ancak özel çaba ile birey ve topluma yararlı verimli yatırımlara dönüştürülmesi olanaklı iken, sağlık alanına dönük harcamaların çıktıları, ek bir çabaya gereksinim duyulmaksızın ekonomiye geri dönmektedir (Saltık, 1995: 39).

- **Diğer özellikler:** Sağlık hizmeti depolanamama özelliği ile sağlık kuruluşu kapasitesini, talebin maksimum olduğu seviyeye göre belirlemek zorunda kalabilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar teknolojinin ve emeğin yoğun olarak kullanıldığı yerlerdir. Dolayısıyla hizmetlerin sunumunda yüksek maliyetler gerekebilmektedir.

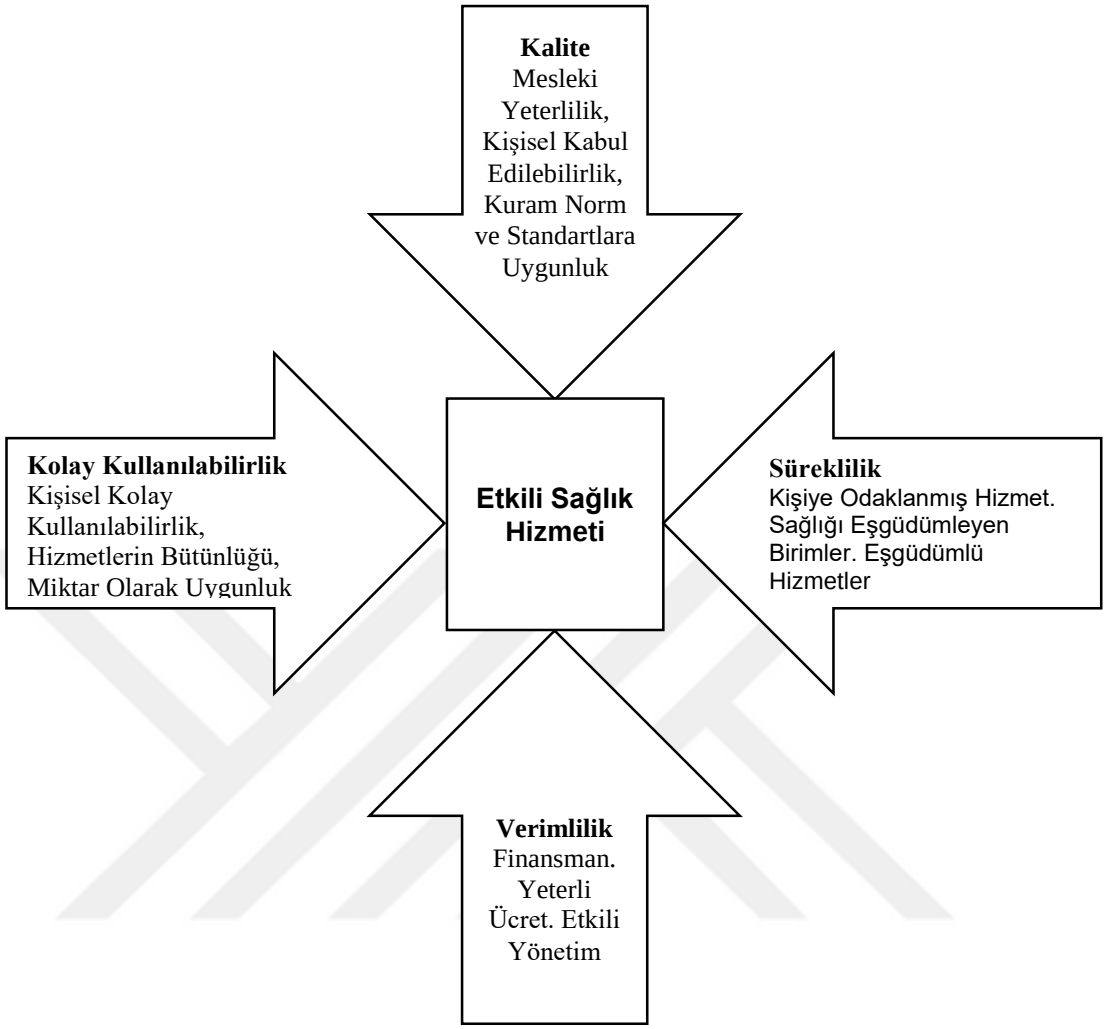
Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere izin vermezler, çünkü yapılacak hata direk insan hayatına mal olacaktır.

Hizmet sunumunda garanti verilememesi bir diğer özelliğidir. En küçük bir enfeksiyonun hastanın hayatına etkisi çok büyük olabilmektedir.

Dışsal yarar veya zararın oluşması sağlık hizmetlerinin iyi veya kötü olmasına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin iyi olduğu bir ülkede diğer sektörlerde önemli bir fayda sağlamaktadır. Örneğin bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu bir ülkeye turist gitmez.

Kavuncubaşı ve Kısa (2002) etkili bir sağlık hizmetinin temel özelliklerini Şekil 1.1'deki gibi göstermiştir.

Şekil 1.1: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri



Kaynak: Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 11

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

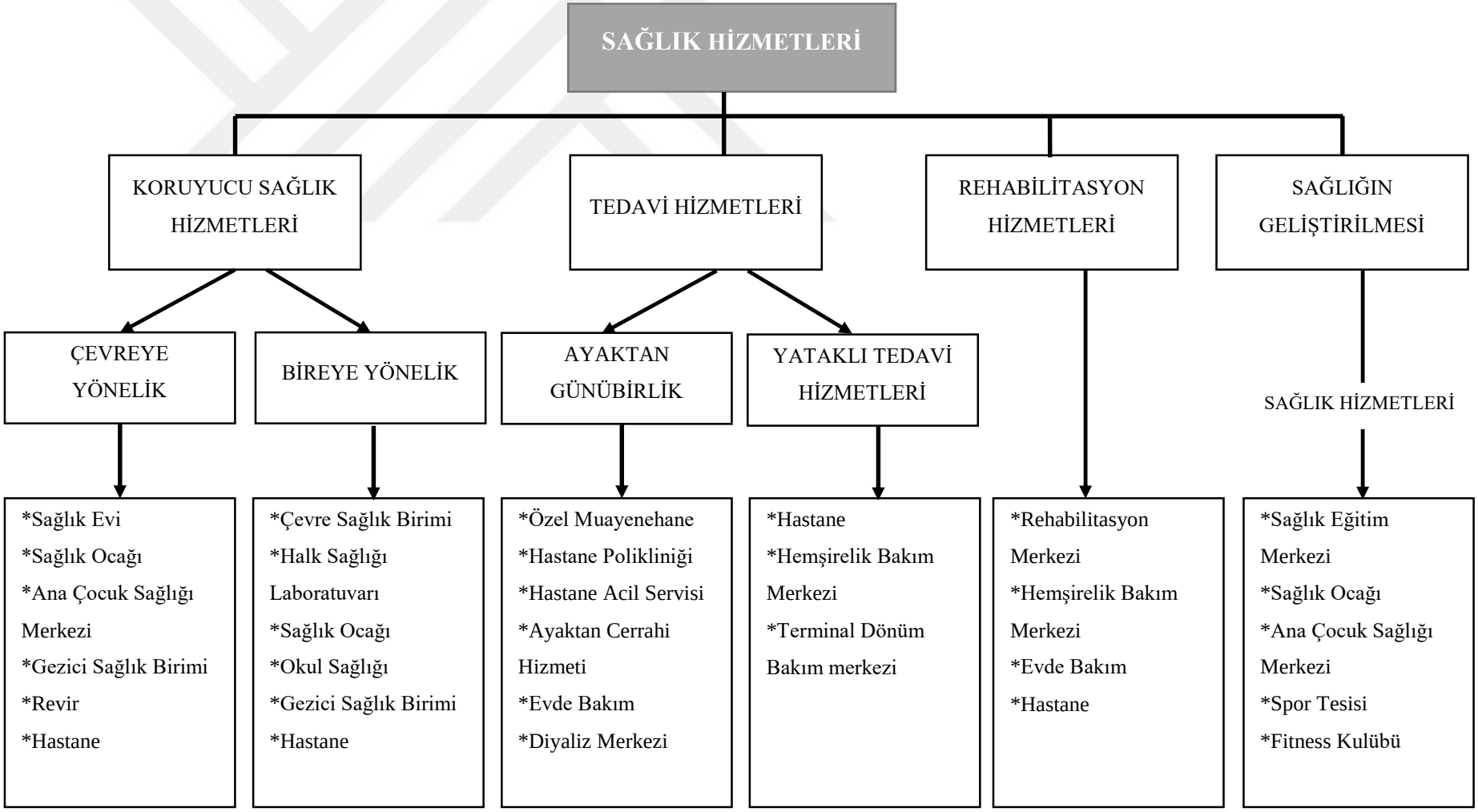
Sağlık hizmetlerinin temel amaçları bireylerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalıkları önlemeye çalışmaktır. Ancak herkesi her hastalıktan korumak mümkün olamamaktadır. Bu durumda hastalıkların tedavisinin sağlanmasıyla ikinci aşama ortaya çıkmaktadır. Tedavi hizmetleri sonucunda ise bazı kişiler hayatlarını kaybeder bazıları da sakat kalabilmektedir. Üçüncü aşama ise sakat kalanların başkalarına bağımlı kalmadan kendi yaşamlarını sürdürebilmelerinin sağlanması ve rehabilite edilmeleridir (Tokalaş, 2006: 21).

Sağlık hizmetlerinin türlerini belirlemede amaçlarına göre sınıflandırma, kullanılan en yalın ve en genel kabul görmüş sınıflandırma şekli olmaktadır. Sağlık

hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç başlık altında toplanmaktaydı. Son yıllarda insan sağlığına verilen önem artmış olup bu başlıklara ek olarak sağlığın geliştirilmesi hizmetleri de günümüzde var olan artı bir sağlık hizmeti olarak verilmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerini sağlayacak personelin eğitilmesi ve personelin tıp bilimi ile teknolojilerdeki gelişmeleri takip etmelerini sağlamaya yönelik bilgilendirme faaliyetleri de sağlık hizmetlerinin diğer bir yönünü oluşturmaktadır. Diğer bir ifadeyle, sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda dolaylı olarak ortaya çıkan hizmetlerden birisi de, eğitim hizmetleridir (Grosmann, 1982: 191–192).

Sağlık hizmetlerinde sınıflandırma Şekil 1.2'de gösterilmektedir.

Şekil 1.2: Sağlık Hizmetleri



Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 35.

1.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu Sağlık Hizmetleri, gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlıkların riskinin, ciddiyetinin ve süresinin en aza indirgendiği veya engellendiği, hastanın farkında olmadığı rahatsızlıkları ortaya çıkmadan önce teşhis edip, tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasının sağlandığı hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Aktaş, 2007: 9). Koruyucu sağlık hizmetlerinde, kişisel sağlık hizmetlerinden ziyade, bulaşıcı ve bildirimi zorunlu olan hastalıklar gibi genelde toplum sağlığını ilgilendiren sağlık hizmetlerine yer verilmektedir (Shoup, 1987: 248). Bir toplumda, hastalıkları önleme ve toplumun sağlık seviyesini yükseltebilmenin en kısa ve etkili yolu bu tür hizmetlerle sağlanmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerini Hayran (1998: 17) üç düzeyde incelemektedir;

- **Primer Koruma (Birincil):** Aşılanma, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken tedbirlerin alınması durumudur.
- **Sekonder Koruma (İkincil):** Sağlığın bozulma ihtimali karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması halidir.
- **Tersiyer Koruma (Üçüncül):** Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin arttırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri ayrıca çevreye ve insana yönelik koruyucu sağlık olarak da iki alt başlıkta incelenebilmektedir (Akdur, 1999: 5).

- **Çevresel Sağlık Hizmetleri**: İnsanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek, çevreyi olumlu hale getirme veya olumsuz çevre faktörlerinin kişileri etkilemesini önleme çabalarının tümü bu başlık altında toplanmaktadır. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler şu şekilde sıralanabilmektedir:
  - ✓ Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
  - ✓ Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
  - ✓ Konut sağlığı,
  - ✓ Endüstri sağlığı,
  - ✓ Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
  - ✓ Hava kirliliği ile savaş,

- ✓ Radyasyonla ve gürültü ile savaş.

Bahsedilen bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen daha çok, diğer sektör ve meslek grupları tarafından yürütülmesi gereken hizmetlerden oluşmaktadır. Sağlık sektörünün, bu alandaki esas görevi, danışmanlık, denetim ve eğitimdir (Tengilimoğlu vd., 2009: 44-46).

- ➢ **Bireye Yönelik Sağlık Hizmetleri**: Bireyleri dolayısı ile de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak onların insanları etkilemesini önlemeyi, hastalanmaları halinde ise, en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az zararla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanmaktadır. Bu başlık altında sayılabilecek hizmetlerin bazıları şu şekilde sıralanabilmektedir:
  - ✓ Erken tanı ve uygun tedavi,
  - ✓ Aşılama,
  - ✓ İlaçla koruma,
  - ✓ Beslenmenin iyileştirilmesi,
  - ✓ Sağlık eğitimi,
  - ✓ Aile planlaması.

Hizmet tanım ve türlerinden de görüleceği üzere, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık personelince yürütülen ve yürütülmesi gereken hizmetlerdir. Bu tür hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olan hizmetlerdir. Akılcı bir sağlık ortamında bu tür hizmetlere öncelik ve önem verilmesi gerekmektedir (Arslantaş, 2013: 7-9).

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik sistemine dayanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "*Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir*" (Altay, 2007: 34).

1.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireyler, günlük yaşamda birtakım hastalıklara, kazalara ve yaralanmalara maruz kalabilmekte ve bu durum kişinin sağlık durumunun bozulmasına neden

olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumunda meydana gelen bozulmalara bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesi ve hastalık etkenlerinin yok edilmesi amacına yönelik olarak verilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin hekim sorumluluğunda ve ekip yaklaşımı içinde yürütülmesi ve bu aşamada uygun teknolojinin kullanılması gerekmektedir (Somunoğlu, 2012: 12).

Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülür. Koruyucu sağlık hizmetleri sadece Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülürken, tedavi edici sağlık hizmetlerine diğer bakanlıklar, tıp fakülteleri ve diğer özel kuruluşlar da katılmaktadır (Özkara, 2006: 76). Tedavi edici sağlık hizmetleri, tamamen sağlık sektörü tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetler ayaktan-günübirlik ve yataklı tedavi hizmetleri olarak iki grupta toplanmaktadır. Ayaktan- günübirlik tedavi hizmeti sunan kurumlar arasında özel muayene, hastane polikliniği, hastane acil servis, ayaktan cerrahi hizmetleri, evde bakım ve diyaliz merkezleri yer almaktadır. Tedavi hizmetleri altında yer alan yataklı tedavi hizmetleri ise; hastaneler, hemşirelik bakım merkezleri, terminal dönem bakım merkezlerinde verilmektedir (Yaşa, 2012: 26).

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleriyle desteklenirse daha başarılı sonuç alınmaktadır. Çünkü bunlar birbirlerini tamamlayıcı hizmetlerdir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin iyi yapılamaması sonucu ortaya çıkan olumsuzluklar tedavi edici sağlık hizmetleriyle giderilmektedir. Sonuçta tedavi edici sağlık hizmetleri ile de toplumun sağlığı için çaba gösterilmektedir (Karabulut, 1998: 22).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu ölçütleri esas alındığında birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç grupta incelenmektedir.

1.3.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hasta ya da sağlıklı bütün bireylerin ilk başvurduğu sağlık kuruluşlarıdır. Buralarda genellikle hasta yatağı bulunmamaktadır. Hastaların tedavileri evde ya da ayakta yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bütünleşmiş bir biçimde verilir. Bu kuruluşlar bireylerin yaşadıkları yerleşim yerlerine en yakın yerlerde bulunmaktadır. Hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmakta ve burada hekimin uygun gördüğü hastalar hastanelere sevk edilmektedir. Bu bakımdan

birinci basamak sağlık kuruluşları, hastanelerin önünde bir filtre görevi görmektedir. Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşları arasında yer alan hizmet birimlerinin başlıcaları şunlardır:

- ✓ Sağlık evi,
- ✓ Köy tipi sağlık ocağı,
- ✓ İlçe tipi sağlık ocağı,
- ✓ Verem savas dispanserleri,
- ✓ AÇSAP merkezi,
- ✓ Ruh sağlığı dispanseri
- ✓ Deri ve tenasül hastalıkları dispanseri,
- ✓ Cüzam savaş dispanseri,
- ✓ Hudut- sahil ve hava limanı denetleme merkezi,
- ✓ Kurum tabipliği,
- ✓ İş yeri tabipliği,
- ✓ Üniversite mediko-sosyal hekimliği,
- ✓ Özel muayenehanelerdir (Öztek, 2004: 59).

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu ifadesinden;

- ✓ Resmi kurum tabiplikleri,
- ✓ Sağlık ocağı,
- ✓ Verem savaş dispanseri,
- ✓ AÇSAP merkezi,
- ✓ Sağlık merkezi,
- ✓ SSK sağlık istasyonu ve dispanseri anlaşılır.

Birinci basamak özel sağlık kuruluşu ifadesinden;

- ✓ Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler anlaşılmaktadır (Öztüre, 2010: 11-12).

1.3.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilme imkânı bulunmayan veya hastanın durumunun aciliyetine göre öncelikli olarak hastaneye gidilmesini gerektiren durumlarda, teşhis ve tedaviye yönelik olarak yataklı bir sağlık kuruluşunda (genel hastaneler) verilen hizmetleri içermektedir (Somunoğlu,

2012: 12). Ayrıca bu hizmetler yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 32). Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerdir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı kuruluşlar ikinci basamak sağlık kuruluşlarına örnektir. Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin esas hizmetlerinden değildir. İkinci basamak resmi sağlık kurumu ifadesinden;

- ✓ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Olmayan Devlet Hastaneleri,
- ✓ Özel Dal Hastaneleri,
- ✓ SSK Hastaneleri ve
- ✓ Diğer resmi kurum hastaneleri anlaşılır.

İkinci basamak özel sağlık kuruluşu ifadesinden;

- ✓ Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri anlaşılır.

1.3.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Tıp teknik bilgisi, tıp teknolojisi ve meslekleşme ileri düzeydedir (Hayran ve Sur, 1997: 18). Özellikle, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının fiziksel ve tıbbi olanaklar açısından yetersiz olmasından dolayı, üçüncü basamak tedavi hizmetleri veren üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastanelerinde imkanların fazla olması ve ayrıntılı tetkik yapılması nedeniyle bu hastaneler tercih edilmektedir (Güldalı vd., 2000: 174-178). Üçüncü basmak sağlık kuruluşları genellikle, ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenmekte ya da belli yaş gruplarına hizmet vermektedir.

Ülkemizdeki üçüncü basmak sağlık kuruluşlarının başlıcaları şunlardır:

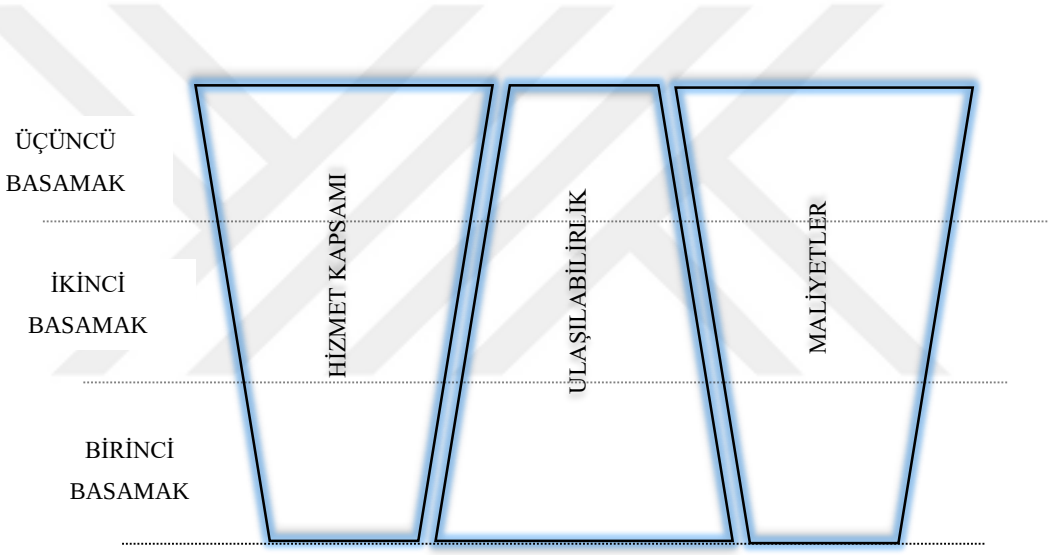
- ✓ Doğum ve çocuk bakımevi,
- ✓ Çocuk hastanesi,
- ✓ Göğüs hastalıkları hastanesi,
- ✓ Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi,
- ✓ Kemik hastalıkları hastanesi,
- ✓ Onkoloji hastanesi,

- ✓ Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi,
- ✓ Deri ve tenasül hastalıkları hastanesi,
- ✓ Lepra hastanesi,
- ✓ Diş hastanesi

Ayrıca üniversite ve eğitim hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında kabul edilmektedir. Ancak, bu hastaneler aynı zamanda ikinci basamak tedavi hizmetlerini de vermektedirler (Öztek, 2004: 60–61).

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri Şekil 1.3'te gösterilmiştir.

Şekil 1.3: Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri



Kaynak: Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 14

1.3.3. Rehabilitasyon Amaçlı Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı hasarlar ve sakatlıkların günlük yaşantıyı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirgemek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı kalmadan yaşamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. (Kavuncubaşı, 2000:45).

Rehabilitasyon çalışmaları, gerçekte, bireyin ulusal ekonomiye tekrar katılımını sağlama gayretleri olması nedeniyle hem fert, hem de toplum için çok önemli çalışmalardır.

Rehabilitasyon hizmetleri içerisinde; poliklinik hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, yatarak tedavi hizmetleri, kontrol muayeneleri, doğum hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, laboratuvar hizmetleri sayılmaktadır.

Ayrıca rehabilitasyon hizmetlerini tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür (Özkara, 2006: 78).

Tıbbi Rehabilitasyon: Sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütülen hizmetlerdir. Hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi gibi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine protez takılmak suretiyle kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlerdir.

Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon; Sosyal hizmetler kurum ve personelince yürütülen hizmetlerdir. Fiziki ya da psikolojik olarak hasarlı kişilerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için bir işe yerleşmeleri gerekir. Hiç çalışamayacak durumda olan kişilerin bir kurumda bakılması gerekmektedir (Akdur, 2006: 20).

1.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri kavramı, ilk defa ingiliz tıp tarihçisi Henry E. Sigerist tarafından; fiziksel kültürün oluşturduğu uygun yaşam standardını (iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme) sağlamak şeklinde ifade edilmektedir (Şimşek, 2013: 343).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı bireylerin, sağlık durumlarını daha üst seviyelere yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk kişilere aittir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir (Akbaş, 2014: 16).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır; sağlık eğitimi halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik iken, sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş kapsamlı hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık eğitimi, bireyin sağlık ve hastalık, insan vücudu ve işleyişi, hastalıktan korunma ve başa çıkma, sağlık sistemi ve işlevleri, sağlık sistemini kullanma, sağlığı etkileyen sosyal, politik ve çevresel faktörler hakkında bilgilendirilmesini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ise kişi ve toplumun sağlık

seviyesini yükseltmeye yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 49).

Sağlık eğitimi dar kapsamlıdır; birey ve grupları hedef alır. Sağlığın geliştirilmesi ise daha kapsamlıdır; çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi görevi, tanımından da anlaşılabileceği gibi, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda değildir; ulusal ve uluslararası bağlamda tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarına sağlığın yükseltilmesi konusunda görevler düşmektedir (Somunoğlu, 2012: 13).

1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET

Hasta memnuniyeti ile müşteri memnuniyeti kavramları birbirleri ile paralel olarak düşünülebilmektedir. Müşteri memnuniyeti, sağlık hizmetleri için söz konusu olduğunda araştırmacılar tarafından "hasta memnuniyeti" olarak kavramsallaştırılmıştır. Yine "tatmin" ve "memnuniyet" kelimeleri, birbirlerinin yerine kullanılabilmektedir. Bazı yazarlar "hasta tatmini" kavramını, bazıları ise "hasta memnuniyeti" kavramını tercih edebilmektedir (Erdem vd., 2008: 96-97). Bu çalışmada anlam bütünlüğü sağlanması için "hasta memnuniyeti" kavramı kullanılacaktır.

1.4.1. Hasta Memnuniyeti

"Hasta, bir sağlık kurumunun ürettiği ve sunduğu hizmeti satın alan kişidir" tanımı hasta kavramanı açıklamak için oldukça yetersiz kalmaktadır. Bu tanıma göre insanlar, ancak sağlık hizmetini satın aldıklarında ya da tükettiklerinde hasta tanımına uymaktadırlar. Bundan dolayı bu tanımı "hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür" olarak açıklamak daha doğru olmaktadır (Engiz, 2016; Narlı, 2009: 49; Kurudal, 2015: 27-28).

Memnuniyet tanımı ise Carr-Hill (1992)'e göre, yasam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekten beklentiler, bireysel ve toplumsal değerleri içeren birçok etkenle ilişkili karmaşık bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz, 2001: 70-71; Özlü, 2006: 5; Tan, 2006: 10; Nesanır ve Dinç, 2008: 419).

Memnuniyet, sağlık kurumundaki bakımın yapı, süreç ve sonucu ile ilişkili olduğu kadar, hastanın sosyo-demografik, fiziksel ve psikolojik durumunu, davranışlarını ve beklentilerini de içermektedir (Beech, 1995'den aktaran Özen vd., 2011: 27). Tebessümle bakan kişiye karşı oluşan tepki iyilik halinde tebessüm ve memnuniyet iken; ciddi hastalık durumunda da karşı taraftan hislerinin yeterince algılanmadığı durumu ve memnuniyetsizliği olmaktadır. Bu yönüyle memnuniyet bireyin içinde bulunduğu durumu ve algısı ile ilişki içinde olmaktadır.

Hasta birey sağlık hizmet alırken çektiği acısının, ruh halinin ve hislerinin algılanması beklentisi içindedir. Beklentisi karşılanamayan birey mutsuz olmakta, memnun kalmamaktadır. Hasta acılardan kurtulma çabasına yeterince cevap alamadığında memnuniyetsizliği de artmaktadır. Memnuniyet yaşanan deneyimlerden etkilenmektedir. Yaşananlar olumsuz gelişince çalışana ve kuruma karşı bir önyargı gelişmektedir. Sağlık personelinin görevi hizmet sunduğu bireylerde önyargıların oluşmasını engellemek veya değiştirmek olmalıdır (Yurtsever, 2015: 33).

Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında hasta memnuniyetini sağlamak, bir sağlık kuruluşunun önündeki en zor ve hassas konudur. Çünkü yapılan araştırmalara göre hasta beklentileri ile tatmin düzeyleri arasında her zaman doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır (Ross vd., 1987: 16; Nesanır ve Dinç, 2008: 420). Hastalar aldıkları hizmetten memnun olmasalar bile hizmet aldıkları için sağlık personeline minnet duymalarından dolayı olumsuz görüş bildirmemektedir. Bazen de hastalar bazı sorunların çözülemeyecek kadar büyük olduğunu düşündükleri için doğru yanıtlar vermemekten kaçınmaktadır (Sitzia ve Wood, 1997: 1829).

Sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde hemşirelik alanında incelenmiştir. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü olarak önemli bir yere sahiplik etmektedir (Apay ve Arslan, 2009: 239).

Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan hasta memnuniyeti, hastaların sağlık hizmetlerinden bekledikleri performans ile kendilerine sunulan hizmetler arasındaki farkın değerlendirilmesi olarak açıklanabilmektedir (Akgün vd., 1999: 49). Hastaların, hizmeti almadan önce bazı beklentileri vardır ve hizmetin sunumundan sonra ise geçirdikleri deneyime dayalı olarak belli algılara sahip olmaktadırlar. Hastalar, algıladıkları kalite ile bekledikleri kalite arasında yaptıkları karşılaştırma sonucunda memnun olup olmadıklarına karar vermektedir (Özgen, 1995: 50; Konca vd., 2006: 43).

Hasta memnuniyeti kavramı; hastanın hizmetten beklediği fayda ve performans, katlanmaktan kurtulduğu külfet ile sunumun sosyo-kültürel değerlere uygunluğunu içermektedir. Sağlık hizmetinden memnuniyet, tedavi uyumunu ve hekimle iletişimin sürekliliğini sağlayan önemli bir etkendir (Dinç vd., 2009: 94). Ayrıca hasta memnuniyeti kavramı, sağlık hizmetinden yararlananların korunması amacıyla geliştirilmiştir. Hastaların sağlık hizmetinden memnun olup olmadıklarını ifade edebilmelerini ve gerekirse haklarını arayabilmelerini kapsamaktadır. Hastanın memnun olup olmamasını sağlık sektörü ile ilgili deneyimleri belirler. Bir başka deyişle, hastaların aldıkları hizmetten standart bir beklentileri vardır. Memnuniyet ya da hoşnutsuzluk aldıkları sonucun, beklentilerini karşılayıp karşılamamasına bağlıdır. Hasta memnuniyeti ile ilgili olarak genellikle hastaların daha önceden sağlık hizmetleriyle ilgili inanç ve beklentileri rol oynamaktadır (Meral, 2006: 42-43).

1.4.2. Hasta Memnuniyetinin Önemi

Sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasıyla dikkatler hastaların aldıkları hizmetleri algılama ve bundan duydukları memnuniyet üzerine çevirmiştir. Hastaların fikirlerini mutlak şekilde dikkate alma yaklaşımı, hasta ihtiyaçlarına en iyi şekilde cevap vermeyi amaçlayan ve son yıllarda bu konuda yoğun çaba harcayanlar tarafından uygulanan bir yeniliktir (Hoşgönül, 1998: 11).

Sağlık hizmeti sunan kurumların hizmetlerinin kesintisiz ve ertelenemez özellikte olması hastalara sunulan hizmetin kaliteli ve güvenilir olmasını gerekli kılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında hasta memnuniyeti konusu günümüzde sağlık kuruluşlarında önemli bir yer tutmaktadır (Cıvdı, 2014: 36). Hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini değerlendirmede dikkate alınması gereken temel kriterlerden biridir (Leebov ve Scott, 1994: 16). Hasta memnuniyeti, sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetin hastanın gereksinimini ne ölçüde karşıladığı, hastanın bu hizmetten gerçekte almak istediği faydanın ne kadarına ulaştığı ve hizmet sonrasında kurum hakkında ne düşündüğünü gösterir. Aynı zamanda bu hizmeti alırken ne gibi faktörlerin etkin olduğu ve hizmetin sürekliliği hasta için önemlidir (Yılmaz, 2010: 7). Hasta görüşleri, sağlık hizmeti kuruluşlarında kalite iyileştirme konusunda verimli bir hareket planı geliştirmekte iken, aynı zamanda sorunları iyi tetkik etmekte önemli bir bilgi kaynağı olarak bilinmektedir (Boyer vd., 2006: 359). Huber ve arkadaşları tarafından geriatri hastaları üzerinde yapılan çalışmada,

hastaların görüşlerinin alınmasının, hem tedavinin etkinliğinin artmasına hem de hasta memnuniyet oranın yükselmesine büyük bir katkı sağladığı tespit edilmiştir (Huber vd., 2008).

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört temel nedenden dolayı önem taşıdığını ileri sürmektedirler. Bunlar:

a. İnsancıl Nedenler

Hastaların temel haklarının başında, tıbbi gereklere ve çağdaş bilim ışığında insan onuruna yakışır bir şekilde sağlık hizmeti alması gerektiğini ifade etmektedir. Ağrılı, endişeli, gerilimli biçimde sağlık kurumuna gelen hastaların, en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakları bulunmaktadır (Bostan, 2006: 3).

b. Ekonomik Nedenler

Hastalar hizmetin alıcısı durumundadır. İçinde bulundukları koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirlerler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler. Diğer taraftan müşterilerinin aldıkları hizmetten tatmin olmalarına önem veren sigorta kurumları da sağlık kurumlarına baskı yapmaktadır. Tatmin edilmiş müşteri, sağlık kurumunun müşteri ve kar potansiyelini önemli ölçüde arttırmaktadır (Karaca, 2014: 54-55).

c. Pazarlama Nedeni

Sağlık kurumları, müşteri potansiyelini arttırmak ve dolayısıyla pazar payının yükseltilmesi için hasta memnuniyetine önem vermek zorundadır. Memnun edilen hastaların, birer dış müşteri olarak sağlık kurumunun reklam ve tanıtımını yapacakları, sağlık kurumu hakkındaki olumlu görüşlerini başkaları ile paylaşacakları dikkate alınmalıdır. Hastaların bu yöndeki davranışlarının, sağlık kurumunun pazar payının geliştirilmesinde çok önemli rol oynayacağı söylenebilir (Kavuncubaşı ve Kısa, 2002: 304).

d. Etkililik Nedeni

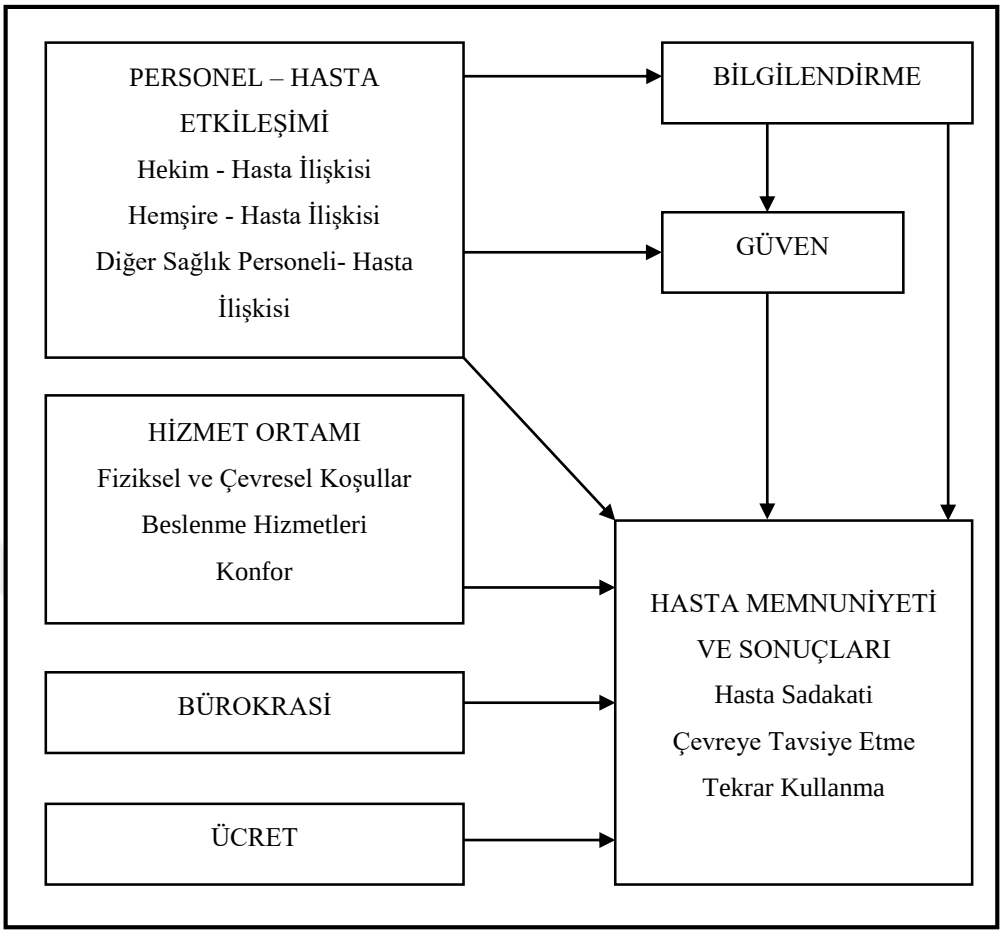
Tatmin edilen hastaların tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği bilinmektedir. Tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uymaktadır.

1.4.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, sundukları hizmetin müşteriler (hastalar) tarafından beğenilmesini isterler. Bu nedenle hizmetlerin reddedilmesine neden olabilecek olan etkenlerin önceden belirlenmesi, hissedilmesi büyük önem taşımaktadır. Eğer hastaya önerilen sağlık kurumu onun kişiliğine, yaşam tarzına uygun değilse, oraya gitmek istemeyecektir (Akgül, 2000: 10).

Hasta memnuniyetini etkileyen birçok değişken vardır ve bunlar pek çok farklı kaynakta farklı şekillerde sıralanmakta ya da sınıflandırılmaktadır. Örneğin; Hall ve Dornan (1988)'ın hasta memnuniyet araştırma sonuçlarının değerlendirmeleri ile gerçekleştirdikleri meta analiz sonucu yayınladıkları bir araştırmada hasta memnuniyetinin şu boyutları tanımlanmıştır; Ulaşım, bürokratik işlemler, hizmetin devamlılığı, maliyet, insancıllık, genel memnuniyet, genel kalite, fiziksel şartlar ve hizmetin değişkenliği. Buna rağmen, memnuniyet çok göreceli bir kavramdır ve yaşam tarzından, bireysel ve toplumsal değerlerden ve hizmet beklentilerinden etkilenmektedir. Özetle, değişkenlerde temel olan üç ana faktörden bahsedilebilmektedir. Bunlar, hastaya, hizmet verenlere ve çevresel ya da kuruma yönelik faktörler şeklinde gruplandırılabilmektedir (Akgün, 2002: 14). Şekil 1.4 de hasta memnuniyetini etkileyen faktörler görülmektedir.

Şekil 1.4: Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Kavuncubaşı ve Kısa, 2002

a. Hastaya İlişkin Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör olarak hastaya ilişkin olanları kabul edilebilmektedir. Çünkü hastalar sağlık kurumunun kapısından girdikleri anda eğitimleri, yaşadıkları çevre, ekonomik durumları gibi bireye özel birçok etken beklentilerini şekillendirmiş olacaktır. Bireyin farklı sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi de farklı olmaktadır (Forbes ve Brown, 1995; Lin, 1996; Sitzia ve Wood, 1998). Bundan sonra kurum çalışanlarının yapabileceği bireysel beklentileri anlamaya ve cevap vermeye çalışarak memnuniyeti etkileyecek başka faktörlerin üzerine yoğunlaşmaktır (Yüksel, 2015: 67-71). Hastaya ilişkin bazı faktörler şu şekilde açıklanabilmektedir;

Yaş: Literatürde bazı çalışmalarda (Carr-Hill, 1992; Jakobsson vd., 1994) yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Hart vd., 1996; Uz vd., 1997). Ancak sadece hasta insanlar değil genel olarak insanın yaşamdan beklenti ve memnuniyeti yaş ilerledikçe artmaktadır. Bunun sebebi olarak da tecrübelerin hayata bakışı şekillendirdiği söylenebilmektedir. Yaşın ilerlemesi beraberinde sağlık sorunlarını da getiriyorsa, sağlık hizmeti almanın konfor kısmından çok işlevsellik özelliği önem kazanmaktadır. Bu durumunda memnuniyet düzeyini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Çünkü bütün sağlık kuruluşları hasta tedavisini öncelikli amaç edinmektedirler.

Cinsiyet: Cinsiyet de araştırmalarda farklılık gösteren faktörlerden biridir. Bazı araştırmalarda erkek ve kadınların memnuniyetleri arasında fark elde edilirken kimi araştırmalarda ise cinsiyet, memnuniyeti etkileyen faktörler arasına girememektedir.

Eğitim: Literatür incelendiğinde genellikle eğitimin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi ters orantılı olduğu görülmektedir. Mollahaliloğlu vd. (2010)'nin bu konu üzerindeki araştırmaları bu ters ilişkiyi destekler niteliktedir. Soru bazında yapılan analiz sonuçlarına göre, eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeylerinde azalmaların, memnuniyetsizliklerde ise artışların olduğu görülmektedir. Bu durumun, eğitim düzeyi düşük kesimlerde sağlık hizmetlerinden beklentilerin de düşük olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir (Mollahaliloğlu vd., 2010: 244). Bireyin talebi bilgisi dâhilinde olmaktadır. Kendini tanıyan ve neye ihtiyacı olduğunu bilen kişi hastane ve doktorlar arası dolaşmaktan vazgeçmektedir. Günümüzde psikiyatri konusunda yeterince bilgi sahibi olmamış bireyler bu alanda hizmet almaktan çekinerek çareyi farklı branşlardaki hekimlerde ve hastanelerde aramaktadırlar. Bu tür hastaları memnun etmek imkânsız olmaktadır (Kan, 2014: 33).

Medeni Durum: Yapılan bazı çalışmaların sonuçlarına bakılınca evli insanların bekâr insanlara göre verilen hizmetlere daha olumlu yaklaştığı ve memnuniyet seviyesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçların altında yatan sebebin evli kişilerin eşleri ile paylaşımlarının olumsuzluk hissini azalttığı ve memnuniyet düzeyine olumlu katkı sağladığı söylenebilmektedir.

Hanehalkı Aylık Gelir Düzeyi: Literatürdeki çoğu çalışmada bireylerin gelir düzeyleri arttıkça duyarlılıklarının da arttığı tespit edilmektedir. Bu duyarlılık beklentilere yansıdığı zaman memnuniyet düzeyinde azalmalar görülebilmektedir.

Başka bir açıdan bakıldığında ise gelir düzeyi yüksek olan kişilerin alım gücü yüksek olduğu için istedikleri hizmet ve kaliteye ulaşmaları daha kolaydır. Bu durumda yüksek gelir düzeyinin daha kolay memnun edilebileceği sonucuna varılabilmektedir. Gelir düzeyi düşük kişilerin ise hizmet alımı için ayırdıkları bütçe ekonomik açıdan büyük külfet getirdiği için beklentileri daha yüksek olmaktadır. Böylece gelir düzeyi düştükçe memnuniyet seviyesinin azalması da söz konusu olabilmektedir.

Etnik Köken: Hasta memnuniyetinin etnik kökenle ilgisi araştırıldığında, etnik azınlıkların daha zor memnun oldukları ileri sürülmektedir. Hasta memnuniyeti kültürel farklılıklardan etkilenmektedir. Çoğunluğun kültürel yapısına hitap eder şekilde planlanan sağlık hizmetleri azınlıkları da bir noktada ihmal etmiş olmaktadır (Kan, 2014: 32).

b. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler

Sağlık hizmet sunumları hizmet verilen kurumun işleyişinin, resmi - özel oluşunun, personelin tutum ve davranışının, yönetim kadrosunun ve bürokratik işleyişin etkisi altındadır. Bu yönleri ile hasta ve yakınları, hizmet alımlarında birçok faktörün etkisi altında kalmaktadır. Bu faktörün en önemlilerinden biri hizmet sunduğu için insan faktörüdür. Hizmet verenlere ilişkin özellikler incelendiğinde personelin kişilik özelliklerinin hastaya olan davranışı etkilediği gözlenmektedir. Yapılan pek çok araştırma sonuçlarına göre gösterilen nezaketin, şefkat, ilgi ve anlayışın, kişilerin profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimlerinin hastanın rahatlamasını ve tedavisinde daha uyumlu, katılımcı olmasını sağladığını ortaya çıkarmaktadır (Akgün, 2002: 14).

Sağlık personelinin hastaya odaklanarak hizmet vermesi, hastanın değerli olduğunu hissetmesine yol açar, bu da hasta ve personel arasında bir güven ortamının oluşmasını sağlar. Hastayla ilgilenip ona tedavi süreci ve durumu hakkında bilgi vermek de hastaya değer verildiğinin göstergesidir (Mutlu, 2012: 48). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; hasta memnuniyetini etkileyen önemli bir faktörün, iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğudur. Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak

değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir (Yılmaz, 2001: 73). Bu çalışmaların sonucu bilgilendirmenin önemini göstermekle birlikte sağlık çalışanının bu konuda daha duyarlı olmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

c. Çevresel ya da Kuruma İlişkin Faktörler

Kurumun ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Kurumların fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı konfor bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini artırabilmektedir (Walker vd., 1998). Hastalar açısından hastanenin ve hastanede kalınan odanın fiziksel koşulları bireylerin önem verdikleri memnuniyet faktörlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bakımsız bir hastane, kalınan odanın yetersiz koşullarda olması hastalar tarafından şikâyet nedeni ve memnuniyetsizlik unsuru olmaktadır. Ayrıca tüm bunların sonucunda hastane, hastalar tarafından tekrar tercih edilme şansını da yitirmektedir (Esatoğlu, 1997: 62).

Hasta memnuniyetini etkileyen önemli faktörlerden birisi de kurumdaki bürokrasi işlemleridir. Kurumdaki bürokratik işlemler sırasında zaman kayıpları, yapılan işlemler sırasındaki uzun beklemeler memnuniyeti etkilemektedir. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Yılmaz, 2001: 73).

1.5. TÜRKİYE' DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler, sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadır. Toplumun sağlık seviyesiyle ilgili verileri, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli göstergelerdir. İnsanların sağlığının elde edilmesi korunması ve devamlılığının sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya genel olarak "sağlık sektörü" denilmekte ve sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise "sağlık hizmetleri" olarak ifade edilmektedir (Temur, 2010: 2).

Sağlık hizmetlerinin üretilmesindeki amaç, toplumun bütününün sağlıklı bir şekilde yaşantılarını sürdürmelerine çalışmaktır. DSÖ'nün "*Sağlık hizmetleri, devletin iktisadi işlevinin en az düzeyde olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir*" ifadesi karar alma organlarının sağlık hizmetlerinin kamusal yönünü bir tartışma konusu olmaktan çıkardığını göstermektedir (Tekin, 1987: 263). Günümüzde sosyal refah anlayışını benimseyen devletler, temel insan hakkı olan sağlık hizmetlerini tüm topluma etkin, verimli ve yeterli bir şekilde sunmak ya da gerekli tedbirleri almakla yükümlüdürler (Çelikay ve Gümüş, 2011:56).

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek gayretleri birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56. maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri getirmektedir; "*Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir"* (T.C. Anayasası 1982: M.56). Anayasanın bu maddesine göre sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenleme görevi devlete aittir (Orhaner, 2006: 2).

Türkiye vatandaşları sağlık hizmetlerini kamu kuruluşlarından alabildikleri gibi serbest piyasa sistemi içerisinde kâr güdüsüyle faaliyet gösteren özel sağlık kurumlarından da temin edebilmektedir. Türkiye'de sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, Kalkınma Bakanlığı ve diğer devlet kurumları ile özel sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır (Temür ve Bakırcı, 2008: 263).

Toplum sağlığını korumak ve yükseltmek için hizmetin şeklini, standardını kurallarını ve çerçevesini belirlemek ve bu esaslar dâhilinde çalışan sistemi denetlemek Sağlık Bakanlığının görevidir. Sağlık Bakanlığı dışında sağlık hizmetleri yalnızca tedaviye yönelik olduğu için, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bütününün ağırlık merkezini Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hizmetler oluşturmaktadır. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir (Başol ve Işık, 2015: 3-4).

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından üretilmekte olup en büyük kamu hizmet sunucusu Sağlık Bakanlığı'dır. Diğer Bakanlık ve kamu kuruluşları ise Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve

belediyelere ait sağlık hastane ve sağlık tesislerinin de Sağlık Bakanlığı'na devri ile birlikte Sağlık Bakanlığının hizmet sunum alanı genişlemiştir (Tengilimoğlu vd., 2009: 106). Sağlık Bakanlığı dışında üniversite hastaneleri, güçlü diğer bir hizmet sunucusudur. Oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan Türk sağlık sisteminde yer alan aktörlerden bazıları kamu, yarı-kamu ve özel kurumlar ile dernek-vakıfların açtığı kurumlardan oluşmaktadır. Bu yapı Tablo 1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 1.1: İşlevlerine Göre Sağlık Sektöründe Yer Alan Kurum ve Kuruluşlar

POLİTİKA OLUŞTURMA
-Türkiye Büyük Millet Meclisi
-Devlet Planlama Teşkilatı
-Sağlık Bakanlığı
-Yüksek Öğretim Kurumu
-Anayasa Mahkemesi

İDARİ KARAR ALMA
-Sağlık Bakanlığı
-İl Sağlık Müdürlükleri

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI
-Maliye Bakanlığı
-Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK Bağ-Kur, Emekli Sandığı)
-Özel Sigorta Şirketleri
-Kendi Kendini Finanse Eden Kurumlar
-Uluslararası Ajanslar

SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

Kamu
-Sağlık Bakanlığı
-Üniversite Hastaneleri
-Savunma Bakanlığı

Özel
-Özel Hastaneler
-Vakıf Hastaneleri
-Azınlık Hastaneleri
-Özel Çalışan Pratisyen/Uzman Hekimler
-Ayakta Tedavi Klinikleri
-Laboratuvarlar ve Tanı Merkezleri
-Eczaneler
-Tıbbi Cihaz ve Malzeme Satıcıları

Sivil Toplum Örgütleri
-Kızılay
-Vakıflar, Dernekler

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığa Bakış, 2007: 102.

Ülkemizde sağlık hizmeti sunan birimlere ait bazı istatistikler Tablo 1.2 (Sektörlere Göre Hastane Sayıları), Tablo 1.3 (Birinci Basamak Kurum Sayıları) ve Tablo 1.4 (Sağlık Personeli Sayısı) de verilmiştir.

Tablo 1.2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer
2002	774	50	271	61
2008	847	57	400	46
2009	834	59	450	46
2010	843	62	489	45
2011	840	65	503	45
2012	832	65	541	45
2013	854	69	550	44
2014	866	69	556	37

Kaynak: Başara vd., 2011-2014.

Tablo 1.3: Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluş Sayıları, Sağlık Bakanlığı

	Sağlık Ocağı	Aile Hekimliği Birimi	Aile Sağlığı Merkezi	Toplum Sağlığı Merkezi	AÇSAP Merkezi	Verem Savaş Dispanseri	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	112 Acil Yardım İstasyonu	Halk Sağlığı Laboratuvarları
2002	5055	-	-	-	298	277	84	481	-
2008	4297	-	1765	373	225	243	84	1308	-
2009	3842	-	2086	429	222	229	122	1317	-
2010	-	20185	6367	961	192	198	122	1375	-
2011	-	20216	6520	957	183	194	124	1710	-
2012	-	20811	6660	957	189	179	124	1863	-
2013	-	21175	6756	971	183	177	134	2072	83
2014	-	21384	6829	970	182	179	132	2186	83

Kaynak: Başara vd., 2011-2014.

Tablo 1.4: Yıllara Göre Sağlık Personelinin Sayıları, Tüm Sektörler, Türkiye

	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Hemşire	Ebe
2002	45457	30900	15592	16371	22289	72393	41479
2008	56973	35911	20415	19959	24778	99910	47673
2009	60655	35911	22075	20589	25201	105176	49357
2010	63563	38818	21066	21432	26506	114772	50343
2011	66064	39712	20253	21029	26089	124982	51905
2012	70103	38877	21317	22295	27012	139544	53427
2013	73886	38572	21317	22295	27012	139544	53427
2014	75251	39045	21320	22996	27199	142432	52838

Kaynak: Başara vd., 2011-2014.

1.6. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI (SDP)

SDP'nın merkezinde insan yer almaktadır. Kişinin sağlığının toplumla birlikte korunması esastır. Bu sebeple "herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti" bu programın ana fikridir. Ayrıca sağlık hizmetleri sunumundaki maliyet artışları, vatandaşın beklentilerinin artması, kamunun ödeme kapasitesinin sınırlı olması ve kamudaki yönetim anlayışının vatandaş tarafından sorgulanmaya başlanması SDP'nın yapılmasını zorunlu kılan sebeplerdendir (Akdağ, 2012: 55). SDP'nın amaçları; sağlık hizmetlerinin,

- ✓ Etkili (uygulanacak politikalar ile halkın sağlık düzeyini yükseltmek),
- ✓ Verimli (kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmet üretmek)
- ✓ Hakkaniyete (bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarını ve hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarını sağlanmak)

uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 24).

Sağlık Bakanlığının 2003 yılı başında ilan ettiği SDP'na ait temel ilkeler şu şekildedir:

- ✓ *İnsan Merkezlilik:* Bu ilke, sistemin planlanmasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir.
- ✓ *Sürdürülebilirlik:* Geliştirilecek olan sistemin, uygulamanın yapılacağı ülke koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.
- ✓ *Sürekli Kalite Gelişimi:* Bireylere sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade etmektedir.
- ✓ *Katılımcılık:* Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformlarının oluşturulmasıdır. Sağlık sektörünün bütün bileşenleri sisteme dâhil edilir ve kaynak birliği sağlanmış olur.

- ✓ *Uzlaşmacılık:* Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışlarıdır.
- ✓ *Gönüllülük:* Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik davranmalarını sağlama yöntemidir.
- ✓ *Güçler Ayrılığı:* Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlanmasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu sayede çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- ✓ *Desantralizasyon:* Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalı, değişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.
- ✓ *Hizmette Rekabet:* Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması, böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşturmaktır.

SDP, sağlık sektörünü her yönü ile analiz edebilmek adına başlıca sekiz konudan oluşmuştur. Bunlar;

1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası (GSS),
3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
    a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
    b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
    c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan insan gücü,
5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8- Sağlık bilgi sistemi (karar verme sürecinde etkili bilgiye erişim) şeklinde sıralanmaktadır (Akdağ vd., 2008: 21).

Yukarıda ifade edilen konular kapsamında SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar ve önemli gelişmelerden bazıları şu şekildedir (Başol ve Işık, 2015: 6-7; Türkoğlu, 2016: 7-8);

2003-Nisan: Sağlık Bakanlığına bağlı pilot uygulaması için seçilen 10 hastanede performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiştir.

2003-Eylül: Devlet memurlarına sevk almadan özel sağlık kurumlarından hizmet alma imkânı tanınmıştır.

2004-Ocak: Devlet hastanelerinde performansa göre ödeme sistemi yaygınlaştırılmıştır.

2004-Ocak: Sağlık Bakanlığı ve SSK kuruluşları ortak kullanıma açılmıştır.

2004-Mart: Reçeteli ilaçlarda KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür.

2004-Nisan: İlaç fiyat kararnamesi ile referans fiyat uygulaması getirilmiştir.

2005-Ocak: Yeşil kartlıların ayaktan tedavi masrafları kapsam altına alınmış ve bütün eczanelerden hizmet alabilme hakkı tanınmıştır.

2005-Şubat: SSK sağlık kuruluşlarını sağlık bakanlığına devrederek SSK'lılara tüm sağlık bakanlığı hastaneleri ve serbest eczanelere erişme hakkı tanınmıştır.

2006-Mayıs: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuş ve SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumları tek çatı altında toplanmıştır.

2007-Haziran: SGK Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) yayınlamıştır.

2007-Temmuz: Birinci basamak hizmetleri tüm vatandaşlara ücretsiz hale getirilmiştir.

2008-Ocak: Yataklı tedavi alan hastaların tüm tıbbi ürünlerinin hastane tarafından sağlanması zorunluluğu getirilmiştir.

2008-Temmuz: SGK özel hastanelere SUT fiyatı üzerine en fazla %30'a kadar ek ücret alabilme sınırı konulmuştur. Kanser tedavisi acil bakım ve yoğun bakım hizmetleri ücretsiz olmuştur.

2008-Ekim: GSS sistemi yürürlüğe girmiştir.

2009-Ocak: Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlamıştır.

2010-Ocak: Kamu personeli GSS kapsamına girdi. Üniversitedeki sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören ve "Tam Gün" olarak bilinen yasa yürürlüğe konmuştur.

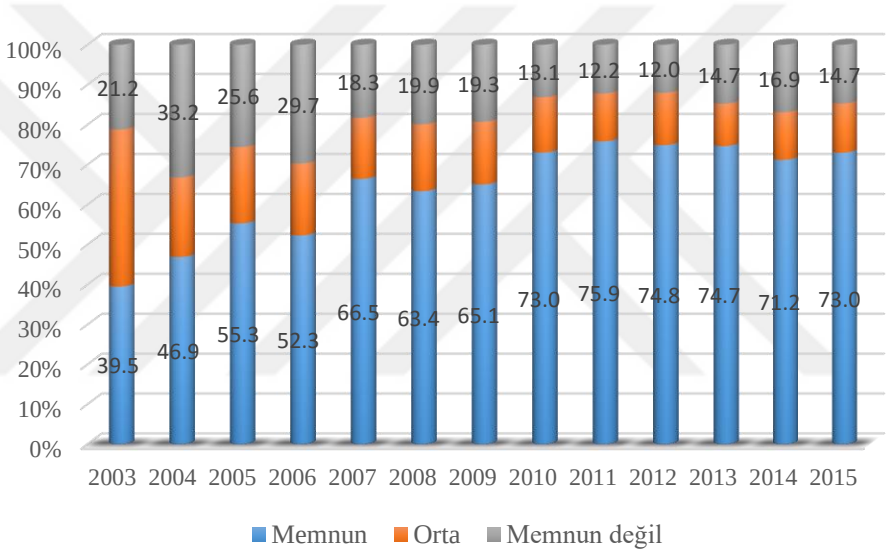
2010-Ocak: SGK, özel hastanelerin hastadan aldıkları fark ücretlerini belirleyebilmek için özel hastaneleri kendi aralarında sınıflandırma yoluna gitmiştir.

SGK ve Sağlık Bakanlığının kriterlerine göre hastaneler A,B,C,D ve E grubuna ayrılmıştır. A sınıfı hastanelerden alınan fark ücreti en fazla % 70, E sınıfı hastanelerden alınan fark ücreti de en fazla % 30 olarak belirlenmiştir.

2011-Haziran: Ülke geneline hizmet verecek şekilde 19 ambulans helikopteri 15 il merkezine konuşlandırılmıştır. Diğer bir yenilik ise fakir ve muhtaç hastalara evlerinde sağlık hizmeti vermek amacıyla başlatılmış evde bakım hizmetidir.

Yukarıda bahsedilen SDP kapsamındaki reformların etkileri yapılan memnuniyet çalışmalarına yansımaktadır. TÜİK tarafından yapılan "Yaşam Memnuniyeti Araştırması" sonuçları Şekil 1.5 de verilmiştir.

Şekil 1.5: Yıllara Göre Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranları



Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2003-2015.

1.7. SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET ÜZERİNE YAPILAN AMPİRİK ÇALIŞMALAR

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili literatürde yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. İlgili literatür aşağıda sunulmuştur.

No	Çalışma	Ülke	Baz Alınan Yıl	Veri	Metedoloji
1	Yurtsever (2013)	Türkiye	2012	Anket	MANOVA Testi
Bulgular: - Çalışmada Karabük Devlet Hastanesi'nin tercih edilme nedeninin, devlet hastanesi olması ve doktorların iyi olması olduğu ortaya çıkmıştır. - Hastaların Karabük Devlet Hastanesi'nden memnun oldukları konuların, doktorlar ve hemşireler olduğu, memnun olmadıkları konuların ise temizlik ve yemekler olduğu tespit edilmiştir.					
2	Apay & Arslan (2009)	Türkiye	2008	Anket	T-Testi ve Varyans Analizi
Bulgular: - Hastaların memnuniyet durumları için Görsel Analog Hasta Tatmin Skalası (GAHTS) ile skalada işaretlenen noktaya göre 10 üzerinden puanlama yapılmıştır. Bu puanlamaya göre hastaların GAHTS puan ortalamaları; kadınlarda 7.2 ± 2.2, 50-65 yaş grubunda 7.2 ± 2.2, ilköğretim mezunlarında 7.1 ± 2.2, sosyal güvencesi olmayanlarda 7.1 ± 2.4 ve ilçede yaşayanlarda 7.1 ± 2.3 olarak bulunmuştur.					
3	Taşlıyan & Akyüz (2012)	Türkiye	2009	Anket	Ki – Kare Analizi
Bulgular: - Hastaların hastane çalışanları ile ilgili memnuniyetleri değerlendirildiğinde; hastaların %83,3'ü sağlık hemşire, sekreter ve diğer sağlık teknisyenlerinin, %75'i ise diğer personelin tutum ve davranışlarını iyi olarak algılamaktadır. - Hastaların %73'ü muayene için bekleme süresini uygun olarak değerlendirmekte ve %76,4'ü doktorların zamanında muayeneye alması konusunda memnuniyetlerini bildirmektedir. Ayrıca %78'i muayene olurken mahremiyet sağlandığını, %75,7'si uygulanan tedavi ve bakım kalitesinden memnun olduklarını belirtmişlerdir.					
4	Yağcı & Duman (2006)	Türkiye	2004	Anket	Faktör Analizi ve ANOVA Testi
Bulgular: - Hizmet kalitesi boyutları ve genel memnuniyet düzeyleri bakımından en düşük değerlere devlet hastaneleri, en yüksek değerlere de özel hastanelerin sahip oldukları tespit edilmiştir. - Kamu hastanelerinden hizmet alan hastaların genel memnuniyet düzeylerini belirleyen en önemli faktörlerin "Muayene Öncesi Hizmetler" ve "Hastanelerin Fiziksel Görünümü" olduğu belirlenmiştir. Özel hastanelerde ise hizmet alan hastaların genel memnuniyet düzeylerini belirleyen faktörlerin en önemlisinin "Hekimlik Hizmetleri" olduğu ortaya çıkmıştır.					
5	Öztürk, Güleç, Güneri, Sevil & Gürmen (2013)	Türkiye	2012-2013	Anket	T-Testi, Kruskal Wallis, ANOVA Testi ve Pearson Korelasyon Analizi
Bulgular: - Araştırmanın sonucunda hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.					
6	Taşdemir (1998)	Türkiye	1997	Anket	Ki-Kare, Kruskal

					Wallis, Mann-Whitney U-Testleri ve Korelasyon, Kovaryans, Lojistik Regresyon Analizleri
Bulgular: - SSK Dispanseri için "sosyal güvence", Özel Poliklinik için "iyi hizmet verilmesi", Sağlık Ocağı için "yakın olması" ve Belediye Dispanserleri için "ücretin düşük olması" en sık tercih edilme nedenleri olarak tespit edilmiştir. - Araştırmaya katılan bir hastanın Özel Poliklinikten hizmet alması, SSK Dispanseri' ne göre memnun olma olasılığını 9.71 kat artırdığı hesaplanmıştır. Memnun olma olasılığı, Belediye Dispanserinden hizmet alınması halinde 12.07, Sağlık Ocağından alınması halinde 6.13, Semt Polikliniğinde ise 1.97 kat artmaktadır. - Memnuniyet üzerinde etkisi olan değişkenlerin, yaş, kurum, muayene edilme durumu, bekleme süresi ve muayene süresi olduğu bulunmuştur. Cinsiyet, sosyal güvence, öğrenim durumu ve kuruma geliş sayısının memnuniyet üzerinde etkisi olmadığı tespit edilmiştir.					
7	Öz (2004)	Türkiye	2004	Anket	Tanımlayıcı İstatistikler ve Ki-Kare Testi
Bulgular: - Hastaların hastaneden genel memnuniyetleri incelendiğinde; hastaların %40,7'si memnun, %31,4'ü biraz memnun, %23,2'si çok memnun, %4,7si ise memnun değildir. Bu sonuçlara göre hastaların hastaneden ve hastanede verilen hizmetlerden memnun olduğu söylenebilmektedir. - Hasta memnuniyet düzeyinin çeşitli faktörlerden etkilenerek değiştiği ve hastanenin bazı eksik yönlerinin olduğu belirlenmiştir.					
8	Nizam (2007)	Türkiye	2005	T:C Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı	Sıralı Lojistik Regresyon Analizi
Bulgular: - Araştırmada, kamuya ait olan ve yatak sayısı bakımından büyük kapasiteli hastaneler ile özel ve yatak sayısı bakımından küçük hastanelerde verilen hizmetler arasında önemli farklılıkların olduğu ortaya konmuştur. - Yatak sayıları bakımından büyük hastanelerde ve eğitim-araştırma hastanelerinde, küçük ve özel hastanelere göre daha yoğun bir hizmet verildiği tespit edilmiştir.					
9	Tezcan, Yücel, Ünal & Edirne (2014)	Türkiye	2013	Anket	Ki Kare Testi ve Mann Whitney U-Testi
Bulgular: - Araştırmaya katılan hastalar verilen sağlık hizmetlerinden %78,4 oranında memnun olduklarını belirtmektedir.					

- Hastaların genel memnuniyetini olumlu yönde etkileyen faktörler; hekimin ilgisi ve zaman ayırması, ortamın temizliği ve konforu, kibar ve saygılı hizmet, mahremiyete saygı gösterilmesi ve bilgi verilmesi olarak tespit edilmiştir. Ayrıca yapılan analizlerde hastaların cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu hasta memnuniyeti üzerinde etkili bulunmamıştır.					
10	Narlı (2009)	Türkiye	2009	Anket	İki Örneklemli Kolmogorov-Smirnov Z testi, Tanımlayıcı İstatistikler, Frekans ve Yüzde Analizi
Bulgular: - Bu çalışma ile hasta memnuniyetini ölçmek amacıyla belirlenen 27 parametrenin 20'sinde hasta memnuniyetinin artmış olduğunu gösteren sonuçlar elde edilmiş, geri kalan 7 parametrede ise istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark elde edilemeyen konular, poliklinik binasının fiziksel koşulları, hekimlerin muayene için ayırdıkları süre ve davranışları, hastaların hekim seçme hakkından faydalanma davranışları, röntgen çekimi için beklenen süre ve görevlilerin davranışları ve hastaların randevulu sisteme geçiş hakkındaki eğilimleridir.					
11	Özkoç (2011)	Türkiye	2010	Anket	Yapısal Eşitlik Modeli ve Faktör Analizi
Bulgular: - Hastaların tedavinin yeterliliği ve doğruluğu noktasında hastaneye ve doktorlarına güvendikleri ortaya çıkmıştır. - Hasta memnuniyeti ile doktorların sundukları tedavi arasında pozitif yönde, kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Memnuniyetin en önemli belirleyicisinin doktorların verdiği hizmet olduğu bulunmuştur. - Hasta / hasta yakınlarının hastaneden memnun olmaları hastaneyi tekrar tercih etmelerine ve hastaneyi yakınlarına önermelerine neden olmaktadır. Bu noktada memnuniyet ve sadakat arasında anlamlı ve önemli bir ilişki tespit edilmiştir.					
12	TÜİK (2006)	Türkiye	2006	TÜİK Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması Anketi	Grafiklendirme Yöntemi
Bulgular: - Bireylerin sağlık kurumundan aldığı hizmet sayısı ile hizmet memnuniyeti arasındaki durumu incelendiğinde, birden fazla hizmet alanların %46,9'unun hizmet memnuniyetini "iyi" olarak değerlendirdikleri görülmüştür. - Türkiye genelinde bireylerin, hastanede kaldıkları süre içinde aldıkları sağlık hizmetini "iyi" olarak değerlendirenlerin oranı Türkiye için %47,6, kentsel kesimde %45,1, kırsal kesimde ise %52,5'dir.					
13	Çelik, Oktay & Akbaba (2014)	Türkiye	2014	Anket	Sıralı Logit Model
Bulgular:					

- Çalışmada hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin, tekrar ziyaret isteği, hastanenin genel temizlik düzeyi, doktorlara olan güven ve diğer sağlık personelinin hastalarla iletişimi olduğu tespit edilmiştir. - Eğitim düzeyi, cinsiyet, yerleşim yeri ve hastanın aldığı sağlık hizmeti gibi bağımsız değişkenler, hasta memnuniyetini etkilerken medeni durum, yaş, iş durumu, sağlık güvencesi değişkenleri istatistiki olarak anlamsız bulunmuştur.					
14	Aydoğan (2005)	Türkiye	2005	Anket	Ki-Kare Testi
Bulgular: - Aile hekimliği hizmetlerinde hastaların memnuniyet durumunun araştırıldığı bu çalışmada hastaların %73,4'sinin aile hekimliği biriminden aldıkları sağlık hizmetinden memnun oldukları tespit edilmiştir. - Çalışmada, medeni durumun hastaların memnuniyet derecelerine bir etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır. - Bireylerin eğitim durumu incelendiğinde ilkokul mezunu olanların %66,8'i, ortaokul mezunu olanların %74,5'i, lise mezunu olanların %78,4'ü ve üniversite mezunu olanların %71,4'ü aile hekimliği biriminden aldıkları sağlık hizmetinden memnundur.					
15	Karadağ (2007)	Türkiye	2006	Anket	Faktör Analizi
Bulgular: - Evli olan hastaların bekâr olanlara göre, ilköğretim mezunu olanların memnuniyet düzeyi ise, okuryazar olanlar, ortaöğretim mezunları ve üniversite ve üstü mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur. - Sağlık kurumuna 3-5 kez gelen hastaların memnuniyet seviyesi en düşük iken, 5-10 kez gelen hastaların memnuniyet seviyesi en yüksek bulunmuştur. - Bayan aile hekimlerinin hastalarının memnuniyet seviyeleri, erkek aile hekimlerinin hastalarından daha az ve aile hekimi uzman olan hastaların memnuniyet seviyesi, aile hekimi uzman olmayan (pratisyen) hastalara göre daha fazla bulunmuştur. - Aile hekimliğinden hizmet alan hastaların gelir durumları ile memnuniyetleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.					
16	Özkara (2006)	Türkiye	2006	Anket	Cronbach'ın Güvenilirlik Testi, T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi
Bulgular: -Sağlık ocağından alınan hizmetler değerlendirildiğinde yaşlıların gençlere göre daha fazla memnun oldukları ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetini daha çok alanların sağlık ocaklarından daha fazla memnun oldukları görülmüştür. - Sağlık ocağına kronik hastalık kontrolü için gelenlerin enjeksiyon pansuman için gelenlere göre daha fazla memnun olduğu tespit edilmiştir. -Çalışmada, hastaneden hizmet alan grubun sağlık ocağından hizmet alan gruba göre memnuniyet seviyesinin daha fazla olduğu bulunmuştur.					
17	Gök (2010)	Türkiye	2010	Anket	Tanımsal İstatistikler, Varyans Analizi
Bulgular: - Devlet ve özel hastanelerin verdikleri hizmetler değerlendirildiğinde kadınların erkeklere göre bu hizmetlerden daha memnun oldukları tespit edilmiştir.					

- Devlet ve özel hastanelerden hizmet alanlar karşılaştırıldığında, devlet hastanelerine oranla özel hastanelerden daha fazla memnun oldukları bulunmuştur. - Eğitim düzeylerine göre en yüksek memnuniyet oranlarının, okuryazar olmayan katılımcıların, en düşük memnuniyet oranlarının ise ilkokul, ortaokul ve lisans-lisansüstü eğitim düzeyindeki katılımcıların sahip olduğu görülmüştür. - Yaş değişkeni incelendiğinde en fazla "44 ve üzeri" yaş gruplarının ve daha sonra "20 ve altı" yaş gruplarının özel hastanelerden memnun oldukları söylenebilmektedir.					
18	Söyleyici (2010)	Türkiye	2009	Anket	Frekans Analizi ve Ki-Kare Analizi
Bulgular: - Yapılan çalışmada kadınların erkeklere oranla memnuniyet seviyelerinin daha fazla olduğu sonucu tespit edilmiştir. - Evlilerin bekârlara göre kısmen memnun olmalarına karşın aralarında anlamlı bir fark gözlenememiştir. - Aile hekimliği uygulamasından memnuniyet düzeyinin 41-60 yaş grubu ile 20 yaş ve altı grubunda daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. - Eğitim düzeyi yükseldikçe aile hekimliği uygulamasından memnuniyet de azalmaktadır.					
19	Yüce (2011)	Türkiye	2010	Anket	Frekans Analizi, Bağımsız Gruplar Arası T-Testi ve One-Way ANOVA Testi
Bulgular: - Çalışmada hastaların cinsiyet farklarının memnuniyet seviyelerini etkileyip etkilemediği incelendiğinde kadın hastaların memnuniyet düzeylerinin erkek hastaların memnuniyet düzeylerine göre genellikle daha fazla olduğu görülmüştür. -Yaşlı hastaların genç hastalara göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. - Eğitim seviyelerine göre memnuniyet düzeylerine bakıldığında ise eğitim seviyesi arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı görülmüştür. Memnuniyet düzeyi en düşük grubun lisans mezunları olduğu belirlenmiştir. - Gelir gruplarına göre memnuniyet düzeyleri arasında poliklinik hastaları için istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Ancak yatarak tedavi gören hastalar için gelir düzeyinin memnuniyet düzeyini etkilediği tespit edilmiştir. Gelir düzeyi arttıkça memnuniyet azalmaktadır.					
20	Çağlar & Gülel (2015)	Türkiye	2013	Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013'deki İl Bazında Yayınlanan Verileri	Veri Zarflama Analizi ve Mekânsal Modelleme Yöntemleri
Bulgular:					

- Sağlık hizmetlerinden memnun olanların bağımlı değişken olarak alındığı modelde kişi başına düşen eczacı sayısı, nitelikli yatak sayısı, teknik etkinlik skoru ve sosyo- ekonomik gelişmişlik indeksi değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Eczacı sayısı, nitelikli yatak sayısı, teknik etkinlik skoru değişkenleri sağlık hizmetlerindeki memnuniyeti artırırken sosyo-ekonomik gelişmişlik indeksi değişkeni memnuniyeti azaltmaktadır. - Gelişmişlik indeksi yüksek olan illerde sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının azaldığı bulunmuştur.					
21	Ercan, Ediz & Kan (2004)	Türkiye	2001-2002	Anket	Cronbach Alfa Katsayısı, Teta Katsayısı, Omega Katsayısı, Tukey Toplanabilirlik Testi, Pearson Korelasyon ve Sperman Sıra Korelasyon Katsayıları, Mann-Whitney U-Testi ve Kruskal-Wallis Testi
Bulgular: - Çalışmada sosyal güvencelere göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet incelendiğinde, Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahip olanların Bağ-Kur, SSK ve diğer sosyal güvenceye sahip olanlardan memnuniyet düzeylerinin daha az olduğu tespit edilmiştir. - Hastaneden bir hekimin özel muayenesine gidenlerin memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.					
22	Yaylalı, Kaynak & Karaca (2012)	Türkiye	2011	Anket	Frekans Dağılımları, Z-Testi ve Logit Model Analizleri
Bulgular: - Sağlık hizmetleri talebinin bağımlı değişken olarak alındığı bu çalışmada, bağımsız değişken olarak cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir, ailedeki birey sayısı, sosyal güvence sahipliği gibi faktörler kullanılmıştır. Ancak bu değişkenlerle yapılan farklı logit model denemeleri sonucunda gelir, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve ailedeki birey sayısı değişkenlerin dışındaki diğer bağımsız değişkenlerin %5 önem düzeyinde istatistikî bakımdan anlamsız oldukları tespit edilmiştir. - Evli bireylerin bekârlara ve ortaokul mezunlarının ise lisansüstü mezunlarına göre sağlık hizmetlerini talep etme olasılıklarındaki değişimin daha az olduğu sonucuna varılmıştır.					
23	Nakip & Özçifçi (2015)	Türkiye	2015	Anket	Yapısal Eşitlik Modeli
Bulgular: - Çalışmada ilişki pazarlamasının sadakat üzerinde etkili olmadığı ancak hastalar ve sağlık personeli ile kurulan ilişkilerin hasta memnuniyetinde etkili olarak sadakati arttırdığı tespit edilmiştir.					

24	Cohen (1996)	İskoçya	1993	Anket	T-Testi, Lojistik Regresyon Model
Bulgular: - Memnuniyetsizlik yaşla birlikte belirgin bir şekilde azalmaktadır. Ayrıca ruhsal sağlık ve fiziksel rahatsızlık ile anlamlı fakat daha zayıf bir ilişki bulunmuştur. - Memnuniyet ile sosyal sınıf arasında önceki çalışmalarda kuşkulu sonuçlar bulunmasına rağmen bu çalışmada bu iki değişken arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur.					
25	Rahmqvist (2001)	İsveç	1998	Anket	Çoklu Regresyon Analizi
Bulgular: - Bağımlı değişken olarak alınan hasta memnuniyet endeksi ile bağımsız değişken olarak alınan yaş, endişe, sağlık durumu, rahatsızlık durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. - Cinsiyet ile hasta memnuniyet endeksi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.					
26	Ahmad, Nawaz, Khan & Rashid (2012)	Pakistan	2011	Anket	Çoklu Regresyon Analizi
Bulgular: - Çalışmada hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicisinin personel memnuniyeti olduğu ortaya çıkarken, mahremiyet, bekleme süresi, konsültasyon süresi, bakım sürekliliği ve tetkik değişkenlerinin ise memnuniyet üzerinde rolünün yok denecek kadar az olduğu ortaya konulmuştur.					
27	Hekkert, Cihangir, Kleefstra, Berg & Kool (2009)	Hollanda	2005	Anket	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)
Bulgular: - Çalışmada ele alınan tüm demografik özellikler hasta memnuniyeti ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak yaş, sağlık statüsü ve eğitim değişkenleri, cinsiyet, ana dil ve hastane tipi değişkenlerine göre hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi daha fazla olduğu tespit edilmiştir.					
28	Bleich, Özaltin & Murray (2009)	ABD	2003	Dünya Sağlık Anketi	Basit En Küçük Kareler Yöntemi
Bulgular: - Hasta deneyiminin sağlık hizmetlerinden memnuniyet ile önemli derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. - Bireylerin sağlık durumu iyileştikçe sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri de artmaktadır. - Negatif düşünceli kişilikler ile memnuniyet arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. - Özel kuruluşlardan bakım hizmeti alanların devlet tarafından bakım hizmeti alanlara göre daha az memnun oldukları görülmüştür.					
29	Huang, Lai, Tsai, Weng, Hu & Yang (2004)	Tayvan	2000 - 2001	Anket	Sıralı Logit Model
Bulgular: - Çalışmada acil bakım hizmetlerini seyrek olarak kullananların sık kullananlara göre daha fazla memnun olduğu tespit edilmiştir.					

- Acil bakım hizmetlerini sık kullananlar arasında acil bakım memnuniyeti ile ilişkili 2 önemli belirleyicilerinin boşaltma talimatı ve sübjektif bekleme süresi olduğu bulunmuştur.					
30	Quintana, González, Bilbao, vd. (2006)	İspanya	2002	Anket	T-Testi, Ki-Kare testi, ANOVA ve Kruskal-Wallis
Bulgular: - Yapılan memnuniyet anketi sonuçlarına göre yaşlıların, eğitim seviyesi düşük olan ve evli olanların hastane hizmetlerinden daha memnun olduğu tespit edilmiştir. - Hastanede kalma süresinin artmasıyla birlikte konfor, ziyaret ve temizlik konularında memnuniyetin azaldığı ortaya çıkmıştır.					
31	Mittal (2016)	ABD	2009	Anket	Çoklu Regresyon Analizi, Çok Değişkenli İstatistiksel Analiz, Grafiklendirme Yöntemi
Bulgular: - Çalışmada yaş ve hasta takip değişkenleri memnuniyet ile ilişkili bulunurken gelir ve cinsiyet ilişkisiz bulunmuştur. - Sağlık durumu, yaşam kalitesi değişkenleri de genel hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.					
32	Jackson, Chamberlin & Kroenke (2001)	ABD	2001	Anket	Sıralı Logit Model
Bulgular: - Üç farklı zaman diliminde incelenen hasta memnuniyetinde 65 yaş ve üzeri hastaların memnuniyetinin daha fazla olduğu belirlenirken diğer demografik değişkenlerin memnuniyet üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı gözlemlenmiştir.					
33	Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards & Chandola (2002)	İskoçya	2002	Anket	Tek Değişkenli Regresyon Analizi
Bulgular: -Çalışmada yaş ve sağlık durumunun önemli olduğu öne sürülmüştür. -Memnuniyet için en önemli faktörlerin fiziksel konfor, duygusal destek ve hastane içi saygı olduğu belirlenmiştir. -Çalışmadan elde edilen sonuçlarda, çalışanların ve hastaların aynı memnuniyete sahip olmadığı ortaya çıkmıştır.					
34	Butler, Oswald & Turner (1996)	ABD	1996	Anket	Faktör Analizi, MANOVA Testi, Logit Model
Bulgular:					

- Bağımlı değişken olarak alınan hasta memnuniyet endeksi ile hastanın yaşı, endişe duyması, hastalık durumu ve psikolojisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. - Cinsiyet ile hasta memnuniyet endeksi arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.					
35	Vahey, Aiken, Sloane, Clarke & Vargas (2004)	ABD	1991	Anket	Logistik Regresyon Modeli
Bulgular: -Sağlık kurumunun hasta bakımı için yeterli hemşire ve personele sahip olduğu ve yönetimin personel ile iyi ilişkiler içinde olmasının, hemşireler ile hastalar arasında olumlu ilişki sağladığı tespit edilmiştir. -Personel sayısı ile hastaların memnuniyet düzeyi arasında ilişki saptanmıştır.					

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTATİF TERCİH MODELLERİ

Hayatımızda meydana gelen birçok olaydaki davranışlarımız nitel özellik taşımaktadır. Örneğin; bir sınavda başarılı olup olmama durumumuz, aldığımız hizmetlerdeki memnuniyetimiz, …vb. Bu alanda yapılan ekonometrik çalışmalar literatürde Kalitatif (Nitel) Tercih Modelleri (Models of Qualitative Choice), Nitel Bağımlı Değişkenli Ekonometrik Modeller (Qualitative Dependent Variable Models), Nitel Tepki Modelleri (Qualitative Responce Models), Kesikli Tercih Modelleri (Discrete Choice Models) gibi isimlerle yerini almaktadır (Tavşancı, 2010: 36).

Kalitatif tercih modellerinde kurulan regresyon modelinin bağımlı değişkeni nitel özellik taşımaktadır. Nitel özellikli bu değişkenler olumlu-olumsuz, başarı-başarısız, sahip olma-sahip olmama gibi iki durumlu iseler bu modellere İkili Tercih Modelleri (Binary Choice Models) denir. Bağımlı değişken; cevap şıkkı (A,B,C …), memnuniyet düzeyi (az, orta, çok), sıklık durumları (hiç, bazen, her zaman) gibi ikiden fazla durumlu da olabilir. Bu durumlarda ise model Çoklu Tercih Modelleri (Multiple Choice Models) olarak ifade edilir. Her iki modelde de temel amaç tercih olasılığının belirlenmesidir (Tarı, 2008: 251).

Bu bölümde kalitatif tercih modelleri, "İkili Tercih Modelleri" ve Çoklu Tercih Modelleri" olarak iki ana başlıkta ele alınmıştır. İkili tercih modelleri başlığı altında da logit-probit modelleri anlatılmış ve kısaca doğrusal olasılık modeline de değinilmiştir. İkinci kısım olan çoklu tercih modelleri başlığı altında da multinomial logit, multinomial probit, sıralı logit modellerine ve bu modellere ait tahmin yöntemleri ve test istatistikleri ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.1. İKİLİ TERCİH MODELLERİ

Uygulamada genellikle ortaya çıkan en basit olaylarda açıklanmaya çalışılan durum iki tercih içerir. Başka bir ifadeyle bağımlı değişken y sadece sıfır ve bir değerini alır (Wooldridge, 2009: 246). İkili tercih modellerinde de genellikle doğrusal olasılık, logit ve probit modelleri kullanılmaktadır.

2.1.1. Doğrusal Olasılık Modeli (DOM)

Bağımlı değişkenin nitel özellikli olduğu ve bağımsız değişkenlerin doğrusal bir fonksiyonu olarak tanımlandığı modellere doğrusal olasılık modeli (DOM) denir. Bu model bir karar biriminin belli bir tercihi seçme olasılığının onun sahip olduğu özelliklerinin katsayıları itibariyle doğrusal bir fonksiyon olduğunu varsaymaktadır (Özer, 2004: 62).

Modelinin açıklaması bir örnek üzerinden gösterilirse;

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_i + u_i \tag{2.1}$$

Burada X: aile geliri ve

$$Y = \begin{cases} 0, aile\ ev\ sahibi\ değilse \\ 1, \quad aile\ ev\ sahibi\ ise \end{cases}$$

olarak tanımlansın. Burada (2.1) modeli normal bir regresyon modeli gibi görünmektedir. Fakat bağımlı değişken ikili durum içerdiğinden dolayı DOM adını alır. Çünkü X_i veriyken Y_i'nin koşullu beklenen değeri $E(Y_i|X_i)$, X_i veriyken olayın gerçekleşmesinin koşullu olasılığı $Pr(Y_i = 1|X_i)$ olarak yorumlanabilir. Böylece örnekteki $E(Y_i|X_i)$, geliri X_i kadar olan bir ailenin ev sahibi olma olasılığını verir.

$E(\mu_i) = 0$ varsayımından bağımlı değişkenin koşullu beklenen değeri

$$E(Y_i | X_i) = \beta_0 + \beta_1 X_i \tag{2.2}$$

elde edilir. Olayın gerçekleşme durumu olan $Y_i = 1$ olasılığına P_i, olayın gerçekleşmeme durumu olan $Y_i = 0$ olasılığına da $1 - P_i$ denirse, Y_i değişkenin olasılık dağılımı Tablo 2.1'deki gibi gösterilir.

Tablo 2.1: Y_i nin Olasılık Dağılımı

Y_i	Olasılık
1	P_i
0	$1- P_i$
Toplam	1

Beklenen değer tanımından da;

$$E(Y_i) = 1.(P_i) + 0.(1 - P_i) = P_i \tag{2.3}$$

elde edilir. (2.2) ve (2.3) denklemleri karşılaştırılırsa

$$E(Y_i \mid X_i) = \beta_0 + \beta_1 X_i = P_i \tag{2.4}$$

yazılabilir. Bu eşitlikte (2.1) modelinin koşullu beklenen değerinin gerçekte Y_i'nin koşullu olasılığı olduğunu gösterir. P_i olasılığı 0 ile 1arasında kısıtlandığı için;

$$0 \le E(Y_i \mid X_i) \le 1 \tag{2.5}$$

olarak gösterilir (Gujarati ve Porter, 2009: 543).

DOM en küçük kareler yöntemi (EKKY) ile tahmin edilebilmektedir. Fakat bu tahminlerin klasik doğrusal regresyon modelinin temel varsayımlarını taşımadıklarından dolayı kullanılmaları uygun değildir (Güriş ve Çağlayan, 2013: 665). Karşılaşılan problemler şu şekilde sıralanabilir:

1. Hata teriminin normal dağılımlı olmaması
2. Hata teriminin sabit varyanslı olmaması
3. (2.5) eşitliğinin sağlanamaması
4. Belirlilik katsayısının (R^2) genellikle küçük çıkmasından dolayı ilişkinin uyumunu gösteren bir ölçü olamaması
5. $P_i = E(1|X_i)$ değerinin X_i ile birlikte doğrusal olarak arttığının varsayılması

Burada 1. 2. ve 4. sorunlar bazı yöntemler (örnek büyüklüğü arttırma, ağırlıklı EKKY kullanma) ile ortadan kaldırılabilir. Fakat 3. ve 5. sorunlar ortadan kalkmamaktadır.

Bu iki sorunu giderebilmek için logit ve probit modelleri kullanılmaktadır. Bu modeller hem (2.5) eşitliğini sağlamakta hem de P_i ile X_i arasındaki ilişkiyi doğrusal olmaktan kurtarmaktadır (Tarı, 2008: 255).

2.1.2. Logit Model

Logit model, bağımlı değişkenin tahmini değerlerini olasılık olarak hesaplayarak olasılık kurallarına uygun sınıflama yapma imkânı veren, tablolaştırılmış ya da ham veri setlerini analiz eden istatistiksel bir yöntemdir (Özdamar, 1999: 476). Sınıflama ve atama işleminin olduğu, normal dağılım varsayımı, süreklilik varsayımının ön koşul olmadığı gibi durumlarda verilere logit model uygulanması gerekir (İnal vd., 2006: 114).

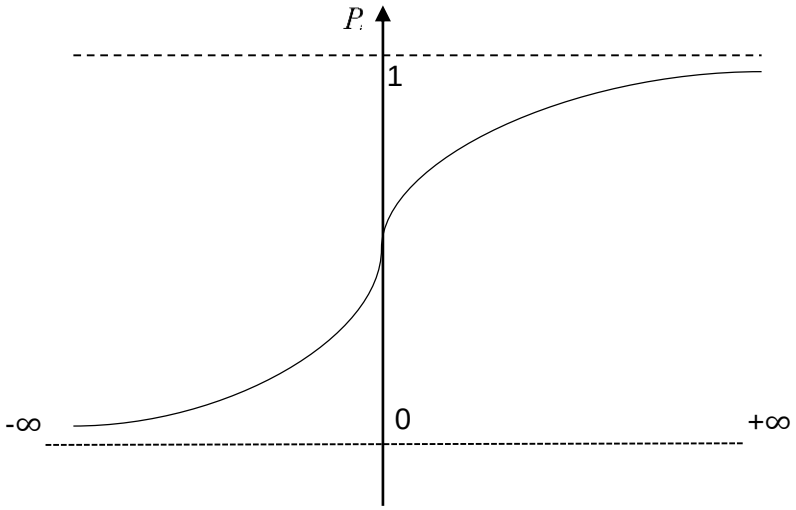
Tercih modellerinin en basiti olarak bilinen DOM'nde uygulamada bazı varsayımları gerçekleştirme de sorunlarla karşılaşılmaktadır. Bu modellerde oluşan sorunu çözmek için probit ve logit modelleri uygulamada daha uygun bulunmakta ve sıklıkla kullanılmaktadır. Logit modelleri, logit regresyona tabi olan ve özellikle ikili tercih içeren bağımlı değişkenler için tasarlanmış doğrusal olmayan ama uygun dönüşümler ile doğrusallaştırılabilen bir regresyon modelidir. Logit regresyon literatürde "*lojistik regresyon modeli*" olarak da yer almaktadır (Astar, 2009: 48).

Logit modelleri, lojistik dağılım fonksiyonu yardımı ile kurulan modellerdir. Bu fonksiyon;

$$P_i = E(Y_i = 1 \mid X_i) = \frac{1}{1+e^{-(\beta_0+\beta_1 X_i)}} = \frac{1}{1+e^{-Z_i}} \tag{2.6}$$

eşitliği ile ifade edilir ve Şekil 2.1'deki gibi gösterilir.

Şekil 2.1: Lojistik dağılım fonksiyonu



Kaynak: Wooldridge, 2014: 461.

Burada P_i, bağımsız değişken X_i hakkında ki bilgi veri iken i'nci bireyin belirli bir seçim yapma olasılığıdır. $Z_i \to +\infty$'a giderken e^{-Z_i} sıfıra yaklaşır ve $Z_i \to -\infty$'a giderken e^{-Z_i} sonsuza yaklaşır. Buradan Z_i değişkeni -∞ ile +∞ arasında değerler aldıkça P_i de 0 ile 1 arasında değerler alacak ve Z_i ile P_i arasındaki ilişki doğrusal olmayacaktır. Böylece bir taraftan DOM'un en önemli iki sorunu giderilirken, diğer taraftan bir tahmin sorunu oluşmaktadır. Öyle ki (2.6) eşitliğinden P_i'nin sadece X_i ile değil katsayılarla arasındaki ilişkinin de doğrusal olmadığı görülmektedir. Bundan dolayı parametrelerin tahmini için doğrudan EKKY kullanılamaz. Ancak Z_i ile P_i ilişkisi üzerinde bazı işlemler yapılarak doğrusal ilişki elde edilmeye çalışılır (Akın, 2002: 36-37; Özer, 2004: 75-77; Güriş ve Çağlayan, 2013: 670-672; Gujarati ve Porter, 2009: 553-555; Akkaya ve Pazarlıoğlu, 1998: 87-88).

(2.6) eşitliğinin her iki tarafı $(1 + e^{-Z_i})$ ile çarpılıp P_i ile bölünür ve 1 çıkartılırsa

$$e^{-Z_i} = \frac{1}{P_i} - 1 = \frac{1 - P_i}{P_i} \tag{2.7}$$

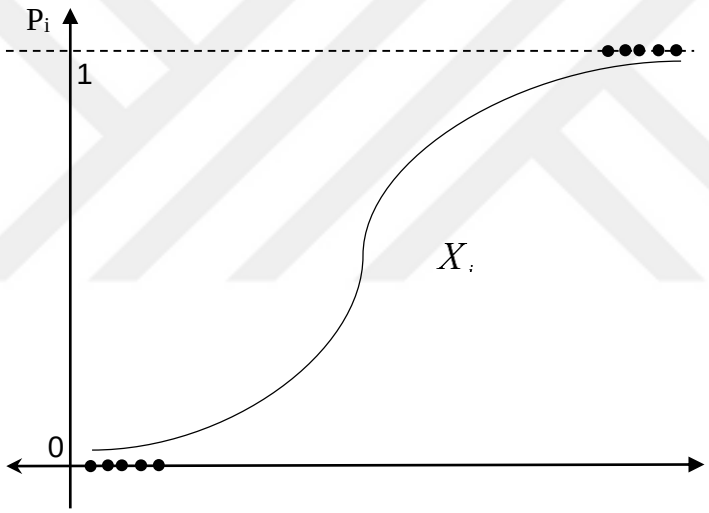
$$e^{Z_i} = \frac{P_i}{1 - P_i} \tag{2.8}$$

elde edilir. Bir olayın gerçekleşme olasılığının gerçekleşmeme olasılığına bölümünden elde edilen (2.8) eşitliğine fark oranı (odds ratio) denir. Eşitliğin her iki tarafının doğal logaritması alındığında da

$$L_i = \ln(\frac{P_i}{1-P_i}) = \mathrm{Z}_i = \beta_0 + \beta_1 X_i \tag{2.9}$$

elde edilir ki, burada fark oranının logaritması olan L_i, artık sadece X_i'ye göre değil katsayılara göre de doğrusaldır. Burada L_i'ye logit denir ve (2.9) eşitliği biçimindeki modellere de logit modeller denir ve Şekil 2.2'deki gibi gösterilir.

Şekil 2.2: Logit Model



Kaynak: Watson ve Stock, 2011: 434.

2.1.2.1. Logit Modelin Özellikleri

- P_i, 0-1 aralığında değer alırken (yani Z_i, -∞' dan +∞' a doğru değişirken), L_i (logit) de -∞ ile +∞ arasında değer alır. Yani olasılıkların zorunlu olarak 0-1 aralığında değer almalarına karşın logit değerlerinde böyle bir sınırlama yoktur.
- L_i hem X_i hem de katsayılara göre doğrusal olsa bile P_i, DOM'nde ki durumun aksine X_i ile doğrusal bir ilişkiye sahip değildir. (2.9) eşitliğinde X_i'ye göre türev alınarak,

$$\frac{dP_i}{dX_i} = P_i(1-P_i)\beta_1 \quad (2.10)$$

bulunur. Bu da olasılığın X'e göre değişme oranın yalnız β_2' ye göre değil aynı zamanda değişimin ölçüldüğü olasılığın düzeyine de bağlı olduğunu göstermektedir. Burada dikkat edilmesi geren diğer bir şey de X_i'deki bir birim değişmenin P üzerindeki etkisinin P = 0.5 iken en büyük, P, 0 veya 1'e yakın değerler aldığında en düşük olduğudur.

- Eğer L pozitif değerler alıyorsa, bağımsız değişkenlerin değeri arttıkça, bağımlı değişkenin 1 olmasının fark oranı yükselir. L negatif değerler aldığında da bağımsız değişkenlerin değeri arttıkça, bağımlı değişkenin 1 olmasının fark oranı düşer (Gujarati ve Porter, 2009: 555).

2.1.2.2. Logit Modelin Tahmini

Bağımlı değişkenin nitel özellikli olduğu modellerde kalıpların doğrusal olmamasından dolayı bu modellerin tahmini ve analizi için kullanılan yöntemler verilerin türlerine bağlıdır (Canbay ve Selim, 2010: 632). Bunlar mikro ya da tekil düzeydeki veriler ve gruplandırılmış ya da yinelenmiş verilerdir. Genellikle mikro veriler için En Çok Benzerlik Yöntemi (Maximum Likelihood) (EÇBY) ve gruplanmış veriler için de tartılı en küçük kareler yöntemi (Weighted Least Squares) (TEKKY) kullanılmaktadır (Gujarati ve Porter, 2009: 556.).

2.1.2.2.a. En Çok Benzerlik Yöntemi

Tekil (gruplanmamış) verilerin olduğu basit frekanssız serilerde (2.9) eşitliğini EKKY ile tahmin etmek mümkün değildir. Çünkü başarı olasılığı için $P_i = 1$ ve başarısızlık olasılığı için $P_i = 0$ alındığında;

$$L_i = ln\left(\frac{1}{0}\right), L_i = ln\left(\frac{0}{1}\right)$$

elde edilir ki bu değerlerin anlamsız olduğu aşikardır. Bu durumda EKKY'nden daha güçlü teorik özellikler gösteren EÇBY, bilinmeyen anakütle katsayılarına *(β)* ilişkin

tahmin yaparken, Y_i'leri gözlemleme olasılığını en yükseğe çıkarmayı amaçlamakta ve bundan dolayı benzerlik fonksiyonun (likelihood function – olabilirlik fonksiyonu) en yüksek değerinin bulunmasını gerektirmektedir. Bu da logaritması alınan (türev alırken kolaylık sağlanmasından dolayı) benzerlik fonksiyonun katsayılara göre birinci dereceden türevlerinin alınıp sıfıra eşitlenmesiyle bulunmaktadır.

İlk olarak n gözlemli bir örneklemde β parametrelerinin EÇBY ile tahmini için Y_i olasılık yoğunluk fonksiyonu (OYF) belirlenmelidir. Logit ve probit modeller için OYF;

$$P(Y_i) = P_i^{Y_i}(1-P_i)^{1-Y_i} \tag{2.11}$$

biçimindedir. Birbirinden bağımsız n sayıda Y'nin bileşik OYF'nu, n tane tekil OYF' nunun çarpımı olarak;

$$f(Y_1, Y_2, \ldots Y_n) = f(Y_1) * f(Y_2) * \ldots f(Y_n)$$

$$= \prod_1^n f(Y_i) = \prod_1^n P_i^{Y_i} = (1-P_i)^{1-Y_i} \tag{2.12}$$

şeklinde ifade edilmektedir. Bu eşitlik aynı zamanda benzerlik fonksiyonu olarak da bilinmektedir. Logit modeli EÇBY ile tahmin ederken benzerlik fonksiyonunun her iki tarafının doğal logaritması alınırsa;

$$\ln L = \sum_{i=1}^{n} \left[Y_i \ln P_i + (1-Y_i) \ln(1-P_i) \right]$$

$$= \sum_{i=1}^{n} \left\{ Y_i \left[\ln P_i - \ln(1-P_i) \right] + \ln(1-P_i) \right\}$$

$$= \sum_{i=1}^{n} \left\{ Y_i \left[\ln P_i / (1-P_i) \right] + \ln(1-P_i) \right\}$$

$$= \sum_{i=1}^{n} Y_i Z_i + \ln(1 + e^{(Z_i)})^{-1}$$

$$= \sum_{i=1}^{n} Y_i (\beta_0 + \beta_1 X_i) + \ln(1 + e^{(\beta_0 + \beta_1 X_i)})^{-1}$$

$$= \sum_{i=1}^{n} Y_i (\beta_0 + \beta_1 X_i) - \ln(1 + e^{(\beta_0 + \beta_1 X_i)})^{-1} \quad (2.13)$$

elde edilir. Bu fonksiyonun sıfıra eşitlenen kısmi türevleri;

$$\frac{\partial L}{\partial \beta_0} = \sum (Y_i - P_i) = 0 \quad (2.14)$$

$$\frac{\partial L}{\partial \beta_1} = \sum (Y_i - P_i) X_i = 0 \quad (2.15)$$

$$P_i = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_i}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_i}} \quad (2.16)$$

bu denklemlerin çözümü ile β_0 ve β_1 tahmnileri elde edilir.

Bu şekilde elde edilen en çok benzerlik tahmincileri küçük örneklemlerde sapmasız, etkin olmayan ve normal dağılmayan; büyük örneklerde ise tutarlı, asimtotik normal tahmincilerdir. Logit modelleri için EÇBY kullanıldığında doğrusal olmayan parametreler tahmin edileceği için bu tahminler ancak iterasyonlar (yinelemeler) ile yapılabilmektedir. İterasyonun çok sayıda olabilmesiyle bu yöntemde sorunlar oluşabilmektedir. Bu sorunlar da başlangıç değerlerinin iyi seçilmesi ile giderilebilir (Özer, 2004: 156; Güriş ve Çağlayan, 2013: 672,673).

2.1.2.2.b. Tartılı En Küçük Kareler Yöntemi (TEKKY)

Analiz amacıyla oluşturulan DOM, EKKY ile basitçe tahmin edilebilir. Fakat bu durumda tahminciler sapmasız olmalarına karşılık, en küçük varyanslı

olmadıklarından dolayı etkin değildirler ve $0 \leq \widehat{Y}_t \leq 1$ şartı da sağlanamaz. Değişen varyans sorununu ortadan kaldırmak için model TEKKY ile tahmin edilebilir (Özer, 2004: 153). Bu yöntem ile kullanılacak verinin gruplandırılmış olduğu durumlarda tahmin yapılabilir. TEKKY'nin aşamaları şu şekilde sıralanabilir;

1. Bağımsız değişkenin aldığı farklı X değerleri, bu değişkenin belli bir düzeyindeki birimlerin sayısı N_i ve bu birimlerin kaçı için incelenen olayın gerçekleştiğini gösteren n_i değeri için;

$$P_i = \frac{n_i}{N_i} \tag{2.17}$$

şeklinde olasılık değerleri hesaplanır.

2. Bu olasılık değerleri ile her bir X_i için logit tahmin edilir.

$$L_i = \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) \tag{2.18}$$

Tahmin edilen artıklar değişen varyanslı olur ve bu sorunu çözmek için TEKKY uygulanması gerekir. Tartı;

$$\omega_i = \frac{P_i(1-P)}{N_i f_i^2} \tag{2.19}$$

olarak alınır ve L_i ile;

$$\sqrt{\omega_i}\, L_i = \beta_0\sqrt{\omega_i} + \beta_1\sqrt{\omega_i}\, X_i + \omega_i\varepsilon_i \tag{2.20}$$

burada $\sqrt{\omega_i}\, L_i = L_i^*$, $\beta_0\sqrt{\omega_i} = \beta_0^*$, $\sqrt{\omega_i}\, X_i = X_i^*$ ve $\omega_i\varepsilon_i = \varepsilon_i^*$ olarak tanımlanırsa;

$$L_i^* = \beta_0^* + \beta_1 X_i^* + \varepsilon_i^* \tag{2.21}$$

modeli EKKY ile tahmin edilir ve anti logaritması alınarak P_i 'ler elde edilir (Güriş ve Çağlayan, 2013: 674; Özer, 2004: 154-155; Akın, 2002: 39-40; Akkaya ve Pazarlıoğlu, 1998: 89-90; Gujarati ve Porter, 2009: 556-557).

2.1.3. Probit Model

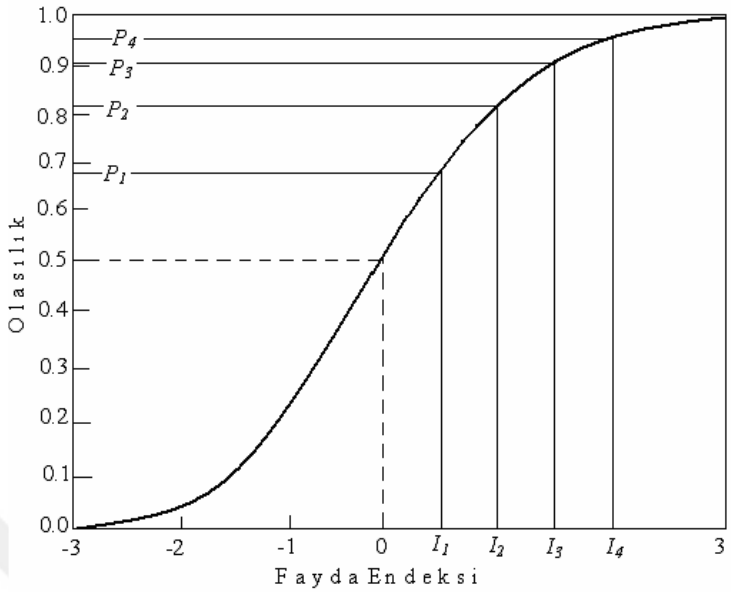
Probit modeller, DOM'un sorunlarından en belirgini olan; tahmin edilen olasılık değerinin 0-1 aralığının dışına çıkması sorununa alternatif olarak önerilen diğer modeldir (Cebeci, 2012: 131). Probit model rasyonel seçim yaklaşımına ve fayda teorisine dayanmaktadır. Rasyonel seçim yaklaşımına göre bireyler karşılaştıkları seçenekler arasından kendileri için en çok fayda sağlayacak olanı seçerler (Güriş ve Çağlayan, 2013: 676). Logit modelle arasındaki fark kullandıkları dağılım fonksiyonlarından kaynaklanmaktadır. Logit modelde lojistik dağılım kullanılırken, probit modelde normal birikimli dağılım fonksiyonu (BDF) kullanılmaktadır. Normal dağılım kullanıldığından "*normit*" olarak da isimlendirilmesine karşın, daha çok probit olarak anılmaktadır (Çakmakyapan, 2011: 51; Gökbunar vd., 2007: 75).

Bir X değişkeni μ ortalama, σ^2 varyansla normal dağılıyorsa BDF' si;

$$F(\mathrm{X}) = \int_{-\infty}^{X_0} \frac{1}{\sqrt{2\sigma^2\pi}} e^{-(\mathrm{X}-\mu)/2\sigma^2} \qquad (2.22)$$

şeklinde gösterilir. Burada X_0, X'in belli bir değeridir (Gujarati ve Porter, 2009: 566).

Şekil 2.3: Birikimli Dağılım Fonksiyonu



Kaynak: Şen, 2015: 115.

Probit model, DOM da verilen örnek yardımıyla açıklanacak olursa; herhangi bir i hanesinin ev sahibi olma veya olmama seçeneğinin gözlenemeyen bir fayda indeksi I_i' ye bağlı olduğunu ve I_i' nin X_i (gelir) gibi bir ya da birden fazla bağımsız değişkenle açıklandığını farz edelim. Burada I_i indeksinin büyüklüğü ne kadar artarsa, ailenin ev sahibi olma olasılığı da o nispette artacaktır. I_i indeksi,

$$I_i = \beta_1 + \beta_2 X_i \tag{2.23}$$

şeklinde gösterilir. İfadede X_i, i'nci ailenin gelirini göstermektedir. Burada I_i ile bir ailenin ev sahibi olma kararı arasındaki ilişki;

$$Y = \begin{cases} 0, aile\ ev\ sahibi\ değilse \\ 1, \quad aile\ ev\ sahibi\ ise \end{cases}$$

şekilde gösterilir. Her aile için I_i nin belli bir değeri (eşik veya kritik değeri) aşmasıyla ev sahibi olduğu varsayalım ve bu değeri I_i^* gösterelim. Yani I_i, I_i^* değerinden büyük bir değer alırsa aile ev sahibi olacak küçük bir değer alırsa ev sahibi olamayacaktır.

I_i^*' nin eşik değeri de I_i gibi gözlenemez. Fakat aynı ortalama ve varyansla dağıldığı varsayılırsa, I_i değerleri ile (2.23) eşitliğinin β_i parametreleri tahmin edilebilecektir.

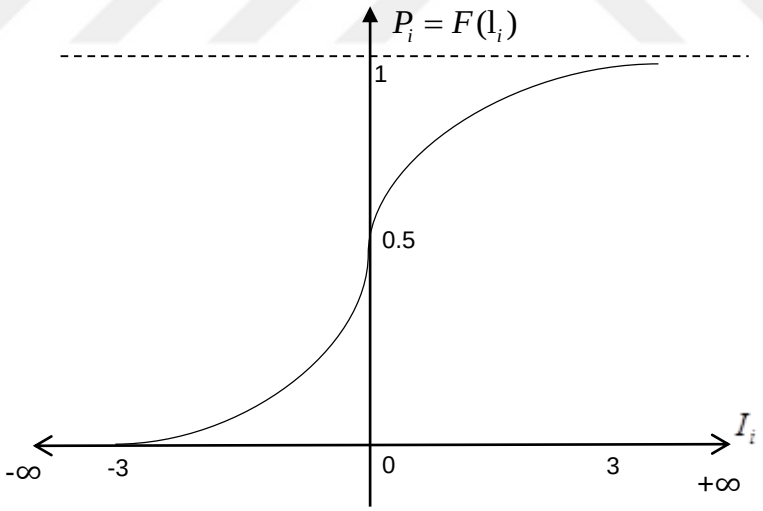
Normal dağılım varsayımıyla I_i^* ' nin I_i den küçük ya da ona eşit olma olasılığı, standartlaştırılmış normal BDF ile şu şekilde hesaplanabilir;

$$P_i = P(\mathrm{Y}=1|X) = \mathrm{P}(\mathrm{I}_i^* \le \mathrm{I}_i) = P(\mathrm{Z}_i \le \beta_1 + \beta_2 X_i) = \mathrm{F}(\beta_1 + \beta_2 X_i) = F(\mathrm{I}_i) \quad (2.24)$$

$$= \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{I_i} e^{-z^2/2} dz = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{\beta_1+\beta_2 X_i} e^{-z^2/2} dz \quad (2.25)$$

Burada Z_i standartlaştırılmış normal değişkendir, yani Z ~ N(0,1)' dir. Bu modelde I_i $-\infty$ dan $+\infty$' a arttıkça P_i nin azalan oranda arttığı görülmektedir ve P_i 0-1 aralığında değerler alır.

Şekil 2.4: Probit Model



Kaynak: Özer, 2004: 73.

Şekil 2.4'de probit modeline göre yatay eksende belli bir I_i değerine karşılık gelen olasılık değeri dikey eksende $P_i = F(I_i)$ ile verilmektedir. Diğer taraftan belli bir P_i

değerine karşılık gelen I_i değeri de standartlaştırılmış normal BDF olan (2.25) eşitliğinin tersi alınarak bulunabilir. Öyle ki;

$$l_i = F^{-1}(\mathrm{l}_i) = F^{-1}(\mathrm{P}_i) = \beta_0 + \beta_1 X_i \tag{2.26}$$

ifadesiyle bulunur. Burada F^{-1} normal BDF'nun tersidir (Gujarati ve Porter, 2009: 566-567; Akkaya ve Pazarlıoğlu, 1998: 93-94, Özer, 2004: 71-73; Tarı, 2008: 258-259).

2.1.3.1. Probit Model Tahmini

Logit modellerinde olduğu gibi probit modellerinde de en küçük kareler yardımıyla tahmin etmek her ne kadar mümkün olsa da bu yöntemle tahmin edilen parametreler etkin olmayacaktır (Güriş ve Çağlayan, 2013: 678). Bundan dolayı tahminler En Çok Benzerlik ve TEKKY ile yapılacaktır.

2.1.3.1.a. En Çok Benzerlik Yöntemi

Logit modelin en çok benzerlik tahmin yönteminde verilen OYF (2.12) eşitliği ile gösterilmişti. Bu eşitlik probit modelde ki $P_i = F(l_i)$ eşitliği dikkate alınarak tekrar düzenlenirse probit modelin benzerlik fonksiyonu;

$$BF = \prod_{1}^{n} f(l_i)^{Y_i} * \left[1 - F(l_i)\right]^{1-Y_i} \tag{2.27}$$

biçiminde olur. İfadenin doğal logaritması alınırsa;

$$\ln BF = \sum_{i=1}^{n} Y_i \ln F(l_i) + \sum_{i=1}^{n} (1 - Y_i) \ln\left[1 - F(l_i)\right] \tag{2.28}$$

elde edilir ve katsayılara göre kısmi türev alınıp;

$$\frac{\partial \ln BF}{\partial \beta} = \sum_{i=1}^{n} \frac{Y_i - F(l_i)}{F(l_i)\left[1 - F(l_i)\right]} F(l_i) * X_i = 0 \qquad (2.29)$$

ifadesi çözülerek ilgili katsayıların en çok benzerlik tahmincileri elde edilir (Özer, 2004: 157; Eren, 2012: 18).

En çok benzerlikler ve düzeltilmiş en küçük kareler tahmincileri tüm asimtotik özelliklere sahiptirler. Probit modelleri için de kullanılan EÇBY ile parametreler doğrusal olmayacağından dolayı, bu tahminler ancak Newton-Rapson ve Skorlama yöntemi gibi iterasyon yöntemleri kullanılarak yapılabilmektedir (Güriş ve Çağlayan, 2013: 679).

2.1.3.1.b. Tartılı En Küçük Kareler Yöntemi

Bu yöntem logit modellerde olduğu gibi probit modellerde de aynı şekilde uygulanmakta ve sadece tartı değişmektedir. Probit modelleri için TEKKY'nin tahmininde kullanılacak hata terimi varyansı,

$$\sigma_u^2 = \frac{P_i(1-P)}{N_i f_i^2} \qquad (2.30)$$

olacaktır. Burada $f_i = F^{-1}(\mathrm{P}_i)$ ifadesi eşit standart normal yoğunluk fonksiyonudur. Modelleri sabit varyanslı hale dönüştürmek için eşitliğin her iki yanındaki terimler

$$\omega_i = \frac{P_i(1-P)}{N_i f_i^2} \qquad (2.31)$$

ifadesinin karekköküne bölünür ve dönüştürülmüş model EEKY ile tahmin edilir (Güriş ve Çağlayan, 2013: 679; Özer, 2004: 154-155).

2.1.4. Logit ve Probit Modellerinin Katsayılarının Anlamlılığının Testi

Doğrusal regresyonda olduğu gibi logit ve probit modellerde de parametrelerin ayrı ayrı anlamlılıkları t testi ile yapılabilmektedir. Parametrelerin topluca

anlamlılığının test edilmesinde ise Wald (W), Olabilirlik Oranı (OO) ve Lagrange çarpanı (LÇ) testlerinden yararlanılmaktadır (Kara, 2011: 40). Wald testinin sadece *kısıtlandırılmamış* modelin tahmin sonuçlarına dayanmasına karşılık LÇ testi sadece *kısıtlandırılmış* modelin tahmin sonuçlarına dayanmaktadır. OO testi ise hem *kısıtlandırılmış* hem de *kısıtlandırılmamış* modellerin tahmin sonuçlarını dikkate almaktadır (Özer, 2004: 159).

2.1.4.1. Wald Testi

Bireysel belirleyicilerin katkısını ya da bireysel katsayılarının önemini değerlendirmek için Wald istatistikleri kullanılarak "Wald Testi" yapılabilir. Wald istatistiği, asimtotik olarak bir Ki-kare dağılımı göstermektedir (Park, 2013: 159). Wald testi, eğim parametresi olan β_1, maksimum olabilirlik tahmini ile bu tahminin standart hatasını karşılaştırmaya dayanmaktadır (Astar, 2009: 55). Örneğin basit ikili logit regresyon modelinin eğim parametresinin maksimum olabilirlik tahmini ($\widehat{\beta_1}$), kendi standart hatası S($\widehat{\beta_1}$)'na oranlandığında;

$$W = \frac{\beta_1}{S(\beta_1)} \tag{2.32}$$

elde edilen W istatistiği bir standart normal dağılım (Z) gösterir. Bu durumda eğim parametresinin istatistiksel anlamlılığını test etmek için uygun hipotezler aşağıdaki biçimdedir;

$$\begin{aligned} H_0 &: \beta_1 = 0 \\ H_1 &: \beta_1 \neq 0 \end{aligned} \tag{2.33}$$

W istatistiği tablo değerinden büyük ise sıfır hipotezi reddedilir ve eğim parametresinin istatistikî olarak anlamlı olduğuna karar verilir (Aksaraylı ve Saygın, 2011: 27).

2.1.4.2. Olabilirlik Oran (OO) Testi

Wald testindeki (2.33) kısıtının geçerliliği EKKY tahmin sürecinde *F* testi ile sınanmaktadır. Bu testin aynı zamanda R^2 nin büyüklüğünün bir testi olmasından dolayı nitel bağımlı değişkenli modellerde R^2 uygun bir ölçü değildir. Dolayısıyla, bu tür modellerde katsayıların topluca anlamlılıkları için *F* testi yerine OO testi kullanılmaktadır.

Öncelikle bu testte kısıtlı ve kısıtsız modeller maksimum olabilirlik yöntemiyle tahmin edilirken maksimum olabilirlik değerleri (sırasıyla L_R ve L_U) bulunur. Daha sonra test istatistiği;

$$OO = -2(l_R - l_U) \tag{2.34}$$

formülüyle hesaplanır. Burada l_R kısıtlı modelin maksimum olabilirlik değerinin logaritması $(\ln L_R)$ iken, l_U kısıtsız modelinin maksimum olabilirlik değerinin logaritması $(\ln L_U)$'dır. Bu test istatistiği m (kısıt sayısı) serbestlik dereceli χ^2 dağılımına uyar. Dolayısıyla, OO test istatistiği belirlenen önem düzeyinde χ^2 tablo değerinden büyük olduğunda kısıtların geçerliliğini ifade eden sıfır hipotezi reddedilir ve istatistik bakımdan modelin topluca anlamlı olduğuna karar verilir (Long, 1997: 94; Özer, 2004: 159).

2.1.5. Logit ve Probit Modellerinde Uyum İyiliği Ölçüleri

Uyum iyiliği ölçüsü, gözlenen veriler ile tahmin edilen modelin doğruluğunu ölçmede kullanılan ve yararlanılan istatistik olarak ifade edilebilir. Tahmin edilen bir örneklem regresyon doğrusu için uyum iyiliği, söz konusu regresyon doğrusunun gerçek gözlem değerlerine ne kadar iyi uyduğunu, onları ne kadar temsil ettiğini belirtmektedir.

Klasik regresyon modellerinde uyum iyiliği ölçüsü olarak yaygın olarak kullanılan belirlilik katsayısı (R^2), bağımlı değişkenin nitel olduğu tercih modellerinde değeri çok küçük çıktığı için kullanılabilecek bir ölçü olarak kabul edilmemektedir. Literatürde, uyum iyiliği ölçüsü için birçok alternatif önerilmektedir. Bu alternatifler arasında Pseudo-R^2 değeri ve log-benzerlik fonksiyonunun maksimize edilmiş değeri

sıklıkla tercih edilmektedir. OO'na dayalı olması nedeniyle OO indeksi olarak da adlandırılan Pseudo-R^2 değeri;

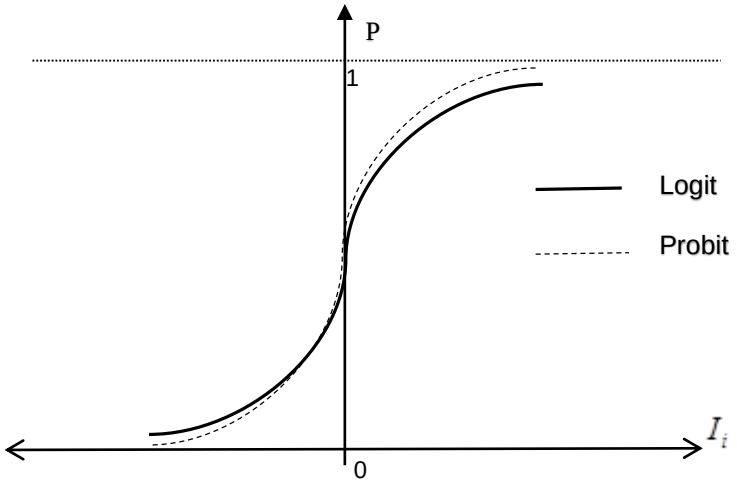
$$R^2_{Pseudo} = 1 - \frac{L_1}{L_0} \tag{2.35}$$

şeklinde hesaplanır. Burada L_1 ifadesi tüm açıklayıcı değişkenleri içeren modelin log-benzerlik fonksiyonu değeridir. L_0 değeri ise, açıklayıcı değişkenin sadece sabit olduğu log-benzerlik fonksiyonu değeridir. Diğer tüm belirlilik ve uyum iyiliği ölçüleri gibi Pseudo-R^2 değeri de 0 ile 1 arasındadır (Astar, 2009: 59-60; Özer, 2004: 161-162; Çolakoğlu, 2011: 53).

2.1.6. Logit ve Probit Modellerinin Karşılaştırılması

Logit ve probit modellerinin BDF'ları birbirlerine oldukça benzemektedir. Şekil 2.5 de görüldüğü gibi aralarındaki fark, logit eğrisinin daha kalın kuyruklu olması (eksene probit eğrisinden daha geç yaklaşması)'dır.

Şekil 2.5: Logit ve Probit Birikimli Dağılımları



Kaynak: Gujarati ve Porter, 2009: 572.

Logit ve probit modeller benzer sonuçlar vermelerine rağmen iki modelin tahmin edilen parametre değerleri doğrudan karşılaştırılamaz. Çünkü probit modelin temeli olan standart normal dağılımın ortalaması 0 ve varyansı 1 iken, logit modelin

çıkış noktası olan lojistik dağılımın ortalaması 0 fakat varyansı $\pi^2/3$'tür. Dolayısıyla iki modeli karşılaştırmak için logit modelden elde edilen β tahmincileri $\sqrt{3}/\pi$ ile çarpılmalıdır. Amemiya (1981) ise bu tahmincilerin $\sqrt{3}/\pi$ ile çarpmak yerine $1/1.6 = 0.625$ değeri ile çarpılırsa iki model sonuçlarının daha fazla yakınlaşacağını önermiştir (Maddala, 1988: 328-329).

Tablo 2.2'de görüldüğü gibi standart birikimli dağılım fonksiyonu integraller içerdiğinden dolayı hesaplama güçlüğüne sebep olduğu için logit modeller probit modellere göre daha çok tercih edilmektedir (Eren, 2012: 20).

Tablo 2.2: Birikimli Olasılık Fonksiyonların Değeri

I_i	$P_i = F(l_i) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{I_i} e^{-z^2/2} dz$	$P_i = F(l_i) = \frac{1}{1+e^{-l_i}}$
-3.0	0.0013	0.0474
-2.0	0.0228	0.1192
-1.5	0.0668	0.1824
-1.0	0.1587	0.2689
-0.5	0.3085	0.3775
0.0	0.5000	0.5000
0.5	0.6915	0.6225
1.0	0.8413	0.7311
1.5	0.9332	0.8176
2.0	0.9772	0.8808
3.0	0.9987	0.9526

Kaynak: Akın, 2002: 43.

2.2. ÇOKLU TERCİH MODELLERİ

Kalitatif tercih modellerinin şu ana kadar incelenen bölümü, bireylerin iki tercih arasında karar vermek durumunda oldukları ikili tercih modellerini kapsamaktadır. Gerçek hayatta ikiden fazla tercihi olan bireyler, kendilerine en çok faydayı sağlayacak veya memnuniyetini arttıracak alternatifi seçerler. Bireylerin tercih yapmaları gereken seçenekleri belli bir sıraya tabi olmadığı gibi sıralı konumda olabileceği durumlar da ortaya çıkabilmektedir (Lee, 2010: 229; Kara, 2011: 48). Bu

bölümde çoklu tercih modellerinden, çok durumlu (multinomial) logit ve probit model ile sıralı (ordered) logit model hakkında bilgi verilecektir.

2.2.1. Çok Durumlu (Multinomial) Logit Model

Çok durumlu logit model, sosyal araştırmalarda nominal kategorik bağımlı değişkenleri analiz etmek için yaygın bir şekilde kullanılmakta ve açıklayıcı değişkenlerin sıralı olmayan çıktıya sahip olan bir bağımlı değişken üzerindeki etkisini tahminlemektedir (Selim, 2012: 57; Selim, 2008: 347). Çok durumlu logit model, iki alternatifli durumlar için kullanılan logit modelin üç veya daha fazla alternatifli duruma genelleştirilmesinden ibaret olup, tesadüfi fayda modelinden türetilebilmektedir (Özer, 2004: 87). Bu model kolay hesaplama ve yorumlamalara izin vermekte fakat alternatifler arası değişimde kısıtlı imkânlar modeli sunmaktadır (Studenmund, 2014: 433).

Kesikli tercih modelleri gibi çok durumlu logit modeller de bireyin seçtiği alternatiften elde edeceği faydanın maksimum olacağı prensibine dayanmaktadır. Basitlik açısından bireyin iki tercih arasında karar vermesi gerektiği durumunda i. bireyin j. alternatiften sağlayacağı faydayı ifade eden tesadüfi fayda modeli aşağıdaki gibi yazılabilmektedir;

$$u_{ij} = v_{ij} + \varepsilon_{ij} \tag{2.36}$$

burada v_{ij}, $i.$ bireyin $j.$ secimden elde ettiği ortalama fayda, ε_{ij} seçilen alternatife ilişkin tesadüfi hatadır (Long, 1997: 155). Burada bağımlı değişkenin j'inci seçime denk gelme olasılığı;

$$P_{ij} = P(\mathrm{y} = j) = \frac{e^{\sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k}}{1 + \sum_{j=1}^{J-1} e^{\sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k}} \qquad j = 1, 2, ..., J-1 \tag{2.37}$$

şeklinde tanımlanır ve eşitlikteki β_{jk} katsayısının k indisi bağımsız değişkeni, j indisi de bağımlı değişkenin kategorisini belirtmektedir. Bağımlı değişken

kategorilerinden sonuncusu olan J kategorisi çoğunlukla referans kategorisi olarak seçilir. Buna göre bağımlı değişkenin referans kategorisine düşme olasılığı;

$$P_{iJ} = P(\mathrm{y} = \mathrm{J}) = \frac{1}{1 + \sum_{j=1}^{J} e^{\sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k}} \qquad j = 1, 2, ..., J-1 \tag{2.38}$$

şeklinde tanımlanır. Ayrıca referans kategorisine düşme olasılığı diğer olasılıklar yardımıyla;

$$P(\mathrm{y} = \mathrm{J}) = 1 - \left[P(\mathrm{y} = 1) + P(\mathrm{y} = 2) + ... + P(\mathrm{y} = \mathrm{J}-1) \right] \tag{2.39}$$

ifadesi ile de hesaplanabilmektedir.

Çok durumlu logit modeller ikili tercih içeren logit modellerin genelleştirilmiş bir hali olmasından dolayı (2.9) eşitliğinde (2.37) ve (2.38) eşitlikleri ((2.39) eşitliği dikkate alınarak) yerine konulursa;

$$\log\left(\frac{P_{ij}}{P_{iJ}}\right) = \log\left[\frac{P(y=j)}{P(y=J)}\right] = \log\left[\frac{\dfrac{e^{\sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k}}{1 + \sum_{j=1}^{J-1} e^{\sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k}}}{\dfrac{1}{1 + \sum_{j=1}^{J-1} e^{\sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k}}}\right]$$

$$\log\left(\frac{P_{ij}}{P_{iJ}}\right) = \log\left[\frac{P(y=j)}{P(y=J)}\right] = \log\left[e^{\sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k}\right]$$

$$\log\left(\frac{P_{ij}}{P_{iJ}}\right) = \log\left[\frac{P(y=j)}{P(y=J)}\right] = \sum_{k=1}^{K} \beta_{jk} x_k \qquad j = 1, 2, ..., J-1 \tag{2.40}$$

Eşitlik (2.40)'de görüldüğü gibi çok durumlu logit model iki tercihli logit model ile benzerlik göstermektedir. Çok durumlu logit model $J = 2$ için iki tercihli logit modele dönüşmektedir (Liao, 1994: 48-49; Barak, 2005: 14-16).

2.2.1.1. Çok Durumlu Logit Modellerin Tahmini

Çok durumlu logit modelin parametreleri en çok benzerlik yöntemi ile tahmin edilebilir.

$y_{ij} = 1$ i. bireyin j. kategoriyi seçmesi

$y_{ij} = 0$ diğer durumlar

olarak yazıldığında çok durumlu logit modelin benzerlik fonksiyonu;

$$L = \prod_{i=1}^{n} P_{i1}^{i1} P_{i2}^{i2} ... P_{im}^{im} \tag{2.41}$$

veya

$$\log L = \sum_{i=1}^{n} \sum_{j=1}^{m} y_{ij} \log \mathrm{P}_{ij} \tag{2.42}$$

şekilde yazılabilir. Burada (2.37) ve (2.38) eşitliklerinin birinci dereceden türevleri alınırsa;

$$\frac{\partial P_{ij}}{\partial \beta_j} = P_{ij}(1 - \mathrm{P}_{ij})\,\mathrm{x}_i \tag{2.43}$$

$$\frac{\partial P_{ij}}{\partial \beta_k} = -P_{ij}\,\mathrm{P}_{ik}\,\mathrm{x}_i \tag{2.44}$$

$j, k = 1, 2, ..., J-1$

$$\frac{\partial P_{iJ}}{\partial \beta_J} = -P_{ij}\,\mathrm{P}_{iJ}\,\mathrm{x}_i \tag{2.45}$$

ifadeleri elde edilir. Böylece

$$\frac{\partial \log L}{\partial \beta_k} = \sum_{i=1}^{n} \left[\frac{y_{ik}}{P_{ik}} P_{ik}(1 - P_{ik}) + \sum_{\substack{j=1 \\ j=k}}^{J} \frac{y_{ij}}{P_{ij}} (-P_{ij} P_{ik}) \right] x_i$$

$$= \sum_{i=1}^{n} \left[y_{ik} - P_{ik} \left(\sum_{j=1}^{J} y_{ij} \right) \right] x_i$$

$$= \sum_{i=1}^{n} \left[y_{ik} - P_{ik} \right] x_i \qquad (2.46)$$

elde edilmektedir. Çünkü;

$$\sum_{j=1}^{J} y_{ij} = 1 \text{' dir.} \qquad (2.47)$$

Böylece çok durumlu logit modelleri için en çok benzerlik yöntemi ile tahmin;

$$\sum_{i=1}^{n} \left(y_{ik} - P_{ik} \right) x_i = 0 \qquad \left(k = 1, 2, ..., J - 1 \right) \qquad (2.48)$$

ifadesinin çözülmesiyle bulunacaktır (Maddala, 1986: 36).

2.2.1.2. Çok Durumlu Logit Modelde İlişkisiz Alternatiflerin Bağımsızlığı Varsayımı ve Hausman Testi

Çok durumlu logit modellerinin önemli bir varsayımı olan İlişkisiz Alternatiflerin Bağımsızlığı (Independence of Irrevelant Alternatives; IIA) varsayımıdır. IIA varsayımı, bağımlı değişken kategorisindeki iki alternatif kategorinin seçim olasılıkları oranının (P_{ij} / P_{ik}), diğer alternatifler tarafından etkilenmediği durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu varsayım, model

spesifikasyonunun verilere uygun olup olmadığının belirlenmesi için kategoriler arasındaki bağımsızlığı inceleyen önemli ve kısıtlı bir varsayımdır ve modelde IIA varsayımının sağlandığı durumlarda parametre tahmincileri tutarlı ve etkin olmaktadır. Bu yüzden, çok durumlu logit analizlerinde bu varsayımın sağlanıp sağlanmadığının kontrolü önem arz etmektedir. Bu varsayımın kontrolünde Hausman McFadden (1984) testi kullanılabilmektedir (Greene, 2012: 807-808; Astar, 2009: 68-69).

Hausman ve McFadden (1984), IIA varsayımı için bir Hausman tipi test önermişlerdir. Hausman tipi IIA varsayım testi aynı parametreler için iki tahmincinin kıyaslanması temeline dayanmaktadır. Sıfır hipotezinin doğruluğu altında bir tahminci tutarlı ve etkin iken, ikinci tahminci tutarlı fakat etkin değildir. Model doğru tanımlanmış ise çok durumlu logit model için maksimum olabilirlik tahmincisi tutarlı ve etkindir. Tutarlı fakat etkin olmayan tahminciler bir kısıtlı sonuçlar kümesine dayalı modelin tahmin edilmesiyle elde edilmektedir. İki sonucun fark oranlarının hesaplanması sırasında diğer alternatifler birbirinden bağımsız ise, diğer kalan alternatifleri modelden dışlamak, parametre tahmini değerleri üzerinde bir etkiye yol açmayacaktır. Hausman tipi IIA testi mevcut programlar yardımıyla kolayca hesaplanabilmektedir. Hesaplama adımları şu şekildedir;

1. Tüm mümkün J sonuçlarını içerecek şekilde tam model tahmin edilir (β_F).
2. Bir veya daha fazla sonuç kategorileri modelden dışlanarak kısıtlı model tahmin edilir (β_R).
3. Kısıtlı modelde β_F^* 'nin β_F ' nin bir alt kümesi olduğu varsayımı ile test istatistiği;

$$H = (\beta_F - \beta_F^*)' \left[Var(\beta_R) - Var(\beta_F^*) \right]^{-1} (\beta_R - \beta_F^*) \tag{2.49}$$

ifadesi ile hesaplanmaktadır. Burada β_F^* kısıtlı modelin parametre tahminlerinin vektörü, β_R kısıtsız modelin parametre tahminleri vektörü, $Var(\beta_R)$ kısıtsız modelin varyans – kovaryans matrisi, $Var(\beta_F^*)$ kısıtsız modele ait varyans – kovaryans matrisidir. Sıfır hipotezi, kısıtlı ve kısıtsız modellerden elde edilen parametrelerin farklı olmadığı şeklindedir. Test istatistiği dağılımı ki kare değeri olduğu için tablo

değeri ile karşılaştırılarak, kategoriler arasında bağımsızlık olup olmadığına karar verilebilmektedir (Long, 1997: 183-184).

2.2.2. Çok Durumlu (Multinomial) Probit Model

Çok durumlu probit model, tesadüfî fayda modelindeki hata terimlerinin çok değişkenli normal dağılıma sahip olduğu bir model tanımlamaktadır. İlk olarak Thurstone (1927) tarafından kullanılan bu model daha sonra Bock ve Jones (1968) tarafından psikolojik tercih verilerine, Hausman ve Wise (1978) tarafından da ulaşım tercih problemlerine uygulanmıştır (Özer, 2004: 85).

Çok durumlu probit modeller, çok durumlu logit modelden IIA özelliğiyle, iki tercihli probit modelden tercih sayısının ikiden fazla olmasıyla, sıralı probit modelden ise içerdiği tercihlerin belirli bir sıralamaya tabi olmaması nedeniyle ayrılmaktadır (Imai ve Van Dyk, 2005: 2).

Çok durumlu probit modelin en önemli avantajı, IIA kısıtını ortadan kaldıran tercihler arasındaki hataların korelasyonlu olmasına izin vermesidir. Bu özellik, çok değişkenli normal dağılımda hatalar arasındaki ilişkiyi içermenin kolay olmasıyla mümkündür. Bununla beraber çok boyutlu integrallerin hesaplamasından doğan güçlükler nedeniyle model uygulamaya yatkın olmaktan uzaklaştırmaktadır (Long, 1997: 184-185). Bundan dolayı bu model en çok üç veya dört alternatif için uygulanabilmektedir. Üç alternatifli bir durum için;

$$\begin{aligned} Y_1^* &= \beta_1' X + \varepsilon_1 \\ Y_2^* &= \beta_2' X + \varepsilon_2 \\ Y_3^* &= \beta_3' X + \varepsilon_3 \end{aligned} \tag{2.50}$$

şeklinde ifade edilmektedir. Burada hata terimlerinin ($\varepsilon_1, \varepsilon_2, \varepsilon_3$) ortalama vektörü 0 ve kovaryans matrisi ($\sum$), $\mathrm{Cov}(\max(\mathrm{x}_1, \mathrm{x}_2), \mathrm{x}_3)$ olan üç değişkenli normal dağılıma sahip olduğu varsayılmaktadır. Seçilecek birinci alternatifin olasılığı;

$$P(\mathrm{Y}_1^* \rangle \mathrm{Y}_2^*, \mathrm{Y}_1^* \rangle \mathrm{Y}_3^*) = P(\varepsilon_2 - \varepsilon_1 \langle \mathrm{V}_1 - \mathrm{V}_2, \varepsilon_2 - \varepsilon_1 \langle \mathrm{V}_1 - \mathrm{V}_3) \tag{2.51}$$

olarak yazılır ve burada $V_i = \beta_i' X$ 'dir. Ayrıca ifadeleri birleştirmek amacıyla; $\eta_{21} = \varepsilon_2 - \varepsilon_1$, $\eta_{31} = \varepsilon_3 - \varepsilon_1$, $V_{12} = V_1 - V_2$, $V_{13} = V_1 - V_3$ eşitlikleri oluşturulursa η_{21} ve η_{31} ifadeleri iki değişkenli normal dağılıma sahip olup kovaryans matrisi;

$$\Omega_1 = \begin{bmatrix} \sigma_1^2 + \sigma_2^2 - 2\sigma_{12} & \sigma_1^2 - \sigma_{13} - \sigma_{12} + \sigma_{23} \\ \sigma_1^2 - \sigma_{13} - \sigma_{12} + \sigma_{23} & \sigma_1^2 + \sigma_3^2 - 2\sigma_{13} \end{bmatrix} \tag{2.52}$$

şeklinde yazılır. Böylece birinci alternatifin seçilme olasılığı;

$$P_1 = \int_{-\infty}^{V_{12}} \int_{-\infty}^{V_{13}} f(\eta_{21,}\eta_{31}) d\eta_{21,} d\eta_{31} \tag{2.53}$$

ifadesiyle hesaplanmaktadır. Burada $f(\eta_{21,}\eta_{31})$, ortalama vektörü 0 ve kovaryans matrisi Ω_1 olan iki değişkenli normal dağılıma sahiptir. Benzer şekilde P_2 ve P_3 olasılıkları da;

$$P_2 = \int_{-\infty}^{V_{21}} \int_{-\infty}^{V_{23}} f(\eta_{12,}\eta_{32}) d\eta_{12,} d\eta_{32} \tag{2.54}$$

$$P_3 = \int_{-\infty}^{V_{31}} \int_{-\infty}^{V_{32}} f(\eta_{13,}\eta_{23}) d\eta_{13,} d\eta_{23} \tag{2.55}$$

ile bulunabilmektedir (Akın, 2002: 83-84; Özer, 2004: 85-86).

Dört alternatifli bir durumda üçlü integrallerin hesaplanması gerektiği ve bunun da çok zor olabileceği kolayca görülebilmektedir.

2.2.2.1. Çok Durumlu Probit Modelin Tahmini

Özellikle IIA varsayımını rahatlatmasından dolayı çok durumlu logit modelin yerine tercih edildiği yerler olan çok durumlu probit model, davranış tercihleri için oldukça esnek ve kullanışlı bir modeldir. Bununla birlikte modelin dörtten fazla boyutlu integral hesaplamaları gerektirmesi tahminleme kısmında zorluklar

oluşturmaktadır (Kara, 2011: 56). İlerleyen bölümde çok durumlu probit modelin tahmin edilmesinde en çok kullanılan Clark yöntemi açıklanacaktır.

Clark Yöntemi

Clark (1961), M adet normal rastgele değişkenin maksimum dağılımlarına ait bir yaklaşım önermiştir. Bu yaklaşıma göre eğer $x_{1,}x_2$ ve x_3 değişkenleri birlikte normal dağılıyorlar ise $E(\max(x_1, x_2))$, $Var(\max(x_1, x_2))$ ve $\mathrm{Cov}(\max(x_1, x_2), x_3)$ istatistikleri de basit bir şekilde hesaplanabilmektedir. Clark ayrıca bu yönteme göre $\max(x_1, x_2)$ değerinin kendisinin de normal dağılımlı olduğunu öne sürmektedir. Bu kanıtlanabilir yanlış varsayıma dayanarak $\max(x_1, x_2, x_3) = \max(\max(x_1, x_2), x_3)$ 'in ilk iki momenti hesaplanabilmektedir. Yaklaşımın tekrarlı uygulamaları ile on değişkene kadar, M adet normal rastgele değişkenin dağılımına oldukça yakın sonuçlar elde edilmektedir (Lerman ve Manski, 1990:312).

2.2.3. Sıralı Logit Model

Bağımlı değişkenin ikiden fazla değer aldığı durumlarda tercihler arasında sıralı bir yapı olduğunda çok durumlu modeller başarılı olmamakta ve bu durumda sıralı modeller kullanılmaktadır. Çok durumlu logit modelin en önemli varsayımı olan IIA varsayımı sıralı logit modeli için geçerli değildir (Tavşancı, 2010: 72).

Bir bağımlı değişken sıralı ise, düşükten yükseğe sıralama yapılabilir. Sıralı modeller sosyal bilimlerde sıkça kullanılmaktadır (Long, 1997: 114-115).

Sıralı logit modellerinde bağımlı değişken nitel özelliğinin yanında sıralı olma özelliğini de taşımaktadır. Ancak ardışık kategoriler arasındaki uzaklıklar birbirlerine eşit değildir. Sıralı logit modelde hata terimleri lojistik olarak dağılmaktadır (Akın, 2002: 75).

İki tercihli bağımlı değişkenli logit ve probit modelleri sıralı modele dönüştürmede kullanılabilecek iki yaklaşım bulunmaktadır. Birinci yaklaşım, logit veya probit modellerin kümülâtif olasılıklarını kullanır. Bu yaklaşım, seçeneklerin sıralı olduğu fakat araştırmacının sürekli dağılıma sahip bir değişkenin kategorize edilmiş şekilde kullanımının daha iyi olduğunu düşündüğü durumlarda tercih edilebilmektedir. İkinci yaklaşım, sürekli bir gölge (gizli) değişkenin varlığını

varsayar. Hangi yaklaşım kullanılırsa kullanılsın modellerin istatistiksel özellikleri aynıdır (Powers ve Xie, 1999: 210-211).

2.2.3.1. Gözlenemeyen (Gizli) Değişken Yaklaşımı

Sıralı logit modelleri, gözlenemeyen (gizli) değişken yaklaşımı ile türetilen iki tercihli logit modelin doğal bir genişlemesidir. Gözlenebilir, aralıklı ve sıralı seçeneklerin ardında sürekli, gözlenemeyen bir değişken (y^*) olduğu varsayılmaktadır. Sıralı lojistik regresyon modeli gözlenen bir y değişkeniyle eşleşmiş $-\infty$ dan $+\infty$ a kadar sıralanan gözlenemeyen bir y^* değişkeniyle ölçülmüş modelden türetilmiştir. Gözlenemeyen değişken modeli;

$$y^* = \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k + \varepsilon \tag{2.56}$$

şeklinde ifade edilir (Carmeron ve Trivedi, 2010: 526). Burada x_i bağımsız değişkenler vektörü, ε ise hata terimini ifade etmektedir. y değişkeninin aşağıda sağlanan ifadenin altında yatan bir y^* değişkeni hakkında tamamlanmamış bilgi sağladığı sanılır.

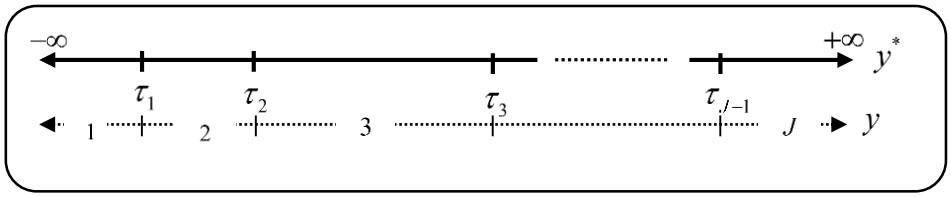
$$y_i = m \text{ eğer } \tau_{m-1} \le y_i^* < \tau_m \qquad m = 1, 2, ..., j \text{ için} \tag{2.57}$$

Burada m, bağımlı değişkenin kategorisini ifade eder ve τ' lar da eşikler olarak adlandırılır. En uç kategoriler için (1 ve j) eşik değeri açık uçlu olarak tanımlıdır; $\tau_0 = -\infty$ ve $\tau_j = +\infty$'dir. Bağımlı değişkenin J tane sıralı kategorisinin olduğu durumda gözlenen y değişkeni, gözlenemeyen değişken y^* ile;

$$y = \begin{cases} 1 & eğer \quad \tau_0 = -\infty \le y^* \le \tau_1 \\ 2 & eğer \quad \tau_1 \le y^* \le \tau_2 \\ 3 & eğer \quad \tau_2 \le y^* \le \tau_3 \\ \vdots & \\ J & eğer \quad \tau_{J-1} \le y^* \le \tau_J = \infty \end{cases} \tag{2.58}$$

ifade edilir ve şekil 2.6 daki gibi gösterilir.

Şekil 2.6: *J* Kategorili Sıralı Bağımlı Değişken İçin Gizli Değişken y^* ve Gözlenen *y* Değişkeninin Gösterimi.



Kaynak: Long, 1997: 117.

Şekil 2.4'de koyu ile belirtilen doğru, gözlenemeyen değişkeni ifade etmekte ve eşik değerleri (τ'lar) bu doğru üzerinde yer almaktadır. Gözlenen y bağımlı değişkeni ise kesikli çizgi ile belirtilen doğru üzerinde değer almaktadır. Eşitlik (2.58)'den yararlanarak gözlenen bağımlı değişkenin birinci kategoriye düşme olasılığı;

$$P(\mathrm{y}=1) = P(\tau_0 \le \mathrm{y}^* < \tau_1) \tag{2.59}$$

şeklinde yazılır. Eşitlik (2.56), eşitlik (2.59) de yerine yazılırsa;

$$P(\mathrm{y}=1) = P(\tau_0 \le \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k + \varepsilon < \tau_1)$$

$$= P(\tau_0 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k \le \varepsilon < \tau_1 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k)$$

$$= P\left(\varepsilon < \tau_1 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) - P\left(\varepsilon \le \tau_0 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right)$$

$$F\left(\tau_J - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) = F\left(\infty - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) = 1$$

$$= F\left(\tau_1 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) \tag{2.60}$$

elde edilir.

Eşitlik (2.60) de $F()$ fonksiyonu hata teriminin dağılım fonksiyonunu ifade etmektedir. Gözlenemeyen değişken y^* için tanımlanan ε hata terimi lojistik dağılım göstermektedir. $P(\mathrm{y}=1)$ eşitliği hesaplanırken 4. adımdaki ifade;

$$F\left(\tau_0 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) = F\left(-\infty - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) = 0 \tag{2.61}$$

olarak alınmıştır. Diğer kategori olasılıkları da;

$$P(\mathrm{y}=2) = F\left(\tau_2 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) - F\left(\tau_1 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right)$$

$$P(\mathrm{y}=3) = F\left(\tau_3 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) - F\left(\tau_2 - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right)$$

$$\vdots$$

$$P(\mathrm{y}=j) = F\left(\tau_j - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) - F\left(\tau_{J-1} - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) \tag{2.62}$$

şeklinde yazılır. Gözlenen bağımlı değişkenin son kategoriye düşme olasılığı $P(\mathrm{y}=J)$ hesaplanırken ilk terim;

$$F\left(\tau_J - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) = F\left(\infty - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k\right) = 1 \tag{2.63}$$

olarak alınır (Long, 1997: 114-121).

2.2.3.2. Kümülatif (Birikimli) Yaklaşım

Bağımlı değişken kategorisinin sıralı olduğu durumda, kategori olasılıkları çoğu zaman kümülatif olasılıklar cinsinden ifade edilmektedir. Kümülatif olasılık, belirlenen kategori ve daha düşük kategorilere düşme olasılığını birlikte ele almakta ve dolayısı ile sıralı bağımlı değişkenin yapısındaki tüm bilgileri kullanmaktadır. Bağımlı değişken y_i ' nin $1,2,...,J$ $(J \geq 3)$ değerlerini aldığı varsayılırsa; $P(y_i \leq j)$, y 'nin belli bir j değerinden küçük yada eşit bir değer aldığı kümülatif olasılığı ifade etmektedir. i. gözleme ilişkin j değeri için kümülatif olasılık C_{ij} ile gösterilirse;

$$C_{ij} = P(y_i \leq j) = \sum_{k=1}^{j} P(y_i = k) \qquad j = 1,...,J \tag{2.64}$$

şeklinde gösterilir. Kümülatif olasılık, x_i bağımsız değişkenlerinden oluşan vektörün bir fonksiyonudur ve

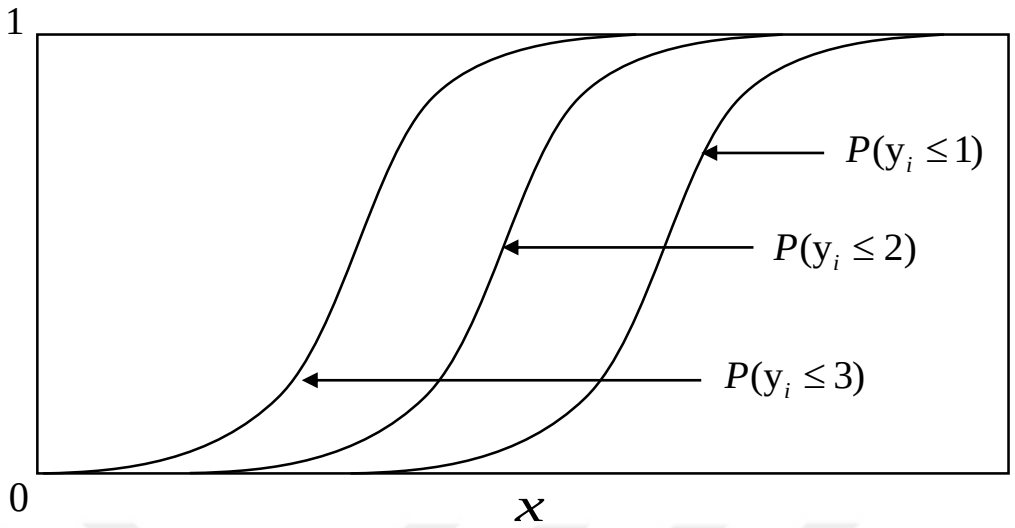
$$C_{ij} = F(\alpha_j + x_i' \beta) \qquad j = 1,...,J-1 \tag{2.65}$$

ile gösterilir. Burada $F(.)$ uygun kümülatif dağılım fonksiyonudur. Çoğu durumda bu dağılım simetrik bir dağılımdır. $F(.)$ fonksiyonu kümülatif lojistik dağılım gösterdiğinde sıralı logit modeli, standart normal dağılım gösterdiğinde sıralı probit modeli elde edilir.

Sıralı logit model için kümülatif olasılık şu şekilde yazılabilir;

$$C_{ij} = P(y_i \leq j \,|\, x_i) = \frac{e^{(\alpha_j + x_i' \beta)}}{1 + e^{(\alpha_j + x_i' \beta)}} \tag{2.66}$$

Şekil 2.7: Dört Kategorili Bağımlı Değişkenli Model İçin Kümülatif Olasılıklar



Kaynak: Powers ve Xie, 1999: 213.

Sıralı logit modeller doğrusal lojistik ölçeğe sahiptir ve burada $l_j(x_i)$ kümülatif logiti ifade ederse;

$$l_j(x_i) = \log\left[\frac{P(y_i \le j|x_i)}{1-P(y_i \le j|x_i)}\right] \tag{2.67}$$

$$= \alpha_j + x_i' \beta \tag{2.68}$$

şeklinde yazılabilir. Bu model genellikle oransal fark modeli olarak adlandırılmaktadır. $\omega(x_h)$ $(h=1,2)$ ifadesi ortak değişkenlere ait fark oranı olarak ifade edilirse, bağımsız değişkenlerin değerleri arasındaki oransal uzaklık;

$$\frac{\Omega(x_1)}{\omega(x_h)} = \frac{P(y \le j|x_1)/\left[1-P(y \le j|x_1)\right]}{P(y \le j|x_2)/\left[1-P(y \le j|x_2)\right]} == \frac{e^{x_1'\beta}}{e^{x_2'\beta}} = e^{(x_1-x_2)'\beta} \tag{2.69}$$

denklemiyle elde edilmektedir (Powers ve Xie, 1999: 201-214).

2.2.3.3. Sıralı Logit Modelde Paralel Eğimler Varsayımı ve Testi

Sıralı logit modellerinde önemli bir varsayım olan paralellik varsayımı, β tahminlerinin eşik değerlerinde sabit olduğudur (Selim vd., 2011: 567). Bağımlı değişken açıklanırken, kategorilere ait fark oranlarının ifade ettiği formüllerde kategoriler arasında parametre açısından herhangi bir farklılık yoktur. Yani, bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki bağımlı değişkenin kategorilerine göre herhangi bir değişiklik göstermez ve parametre tahminleri kesme noktalarına göre değişmez.

Bir başka ifade ile sıralı lojistik regresyona ait olan bu varsayım ile bağımlı değişkene ait kategoriler birbirine paraleldir. Dolayısıyla bu varsayım "Paralel Eğimler Varsayımı" olarak da bilinmekte ve aynı parametrelere sahip bütün kategorilerin uygunluğunu test etmektedir. Bu varsayımın yerine gelmediği durumlarda; örneğin yeteri kadar denek içermeyen kategorilerin bulunması durumunda bunların birleştirilmesi yoluna gidilebilir, ayrıca Binary veya Multinomial Lojistik Regresyon Analizi de varsayıma uyulmadığı durumlar için alternatif olarak kullanılabilmektedir (Akın ve Şentürk, 2012: 185).

Sıralı logit modelde oransal fark oranı varsayımı genellikle sıralı logit ve probit modellerinin paralel regresyon fikrine karşılık gelmektedir. Paralel eğimler varsayımını daha ayrıntılı açıklayabilmek için, m'ye eşit veya daha düşük dereceli kategorinin kümülatif olasılık modeli ele alınırsa;

$$P(\mathrm{y} \le \mathrm{m} \mid x) = F(\tau_m - \mathrm{x}\beta) \tag{2.70}$$

ifadesinde kümülatif olasılık $\tau_m - \mathrm{x}\beta$'deki kümülatif olasılık fonksiyonu değeridir. β tüm kategoriler için aynı olduğundan dolayı (2.70) eşitliği farklı kesme noktalarıyla iki kategorili modellerin bir kümesini tanımlanmaktadır. Bu durum şu şekilde açıklanabilir;

$$\tau_m - x\beta = (\tau_m - \beta_0) - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k \tag{2.71}$$

böylece $y \le 1$için model $\tau_m - \beta_0$ kesme noktaları ile,

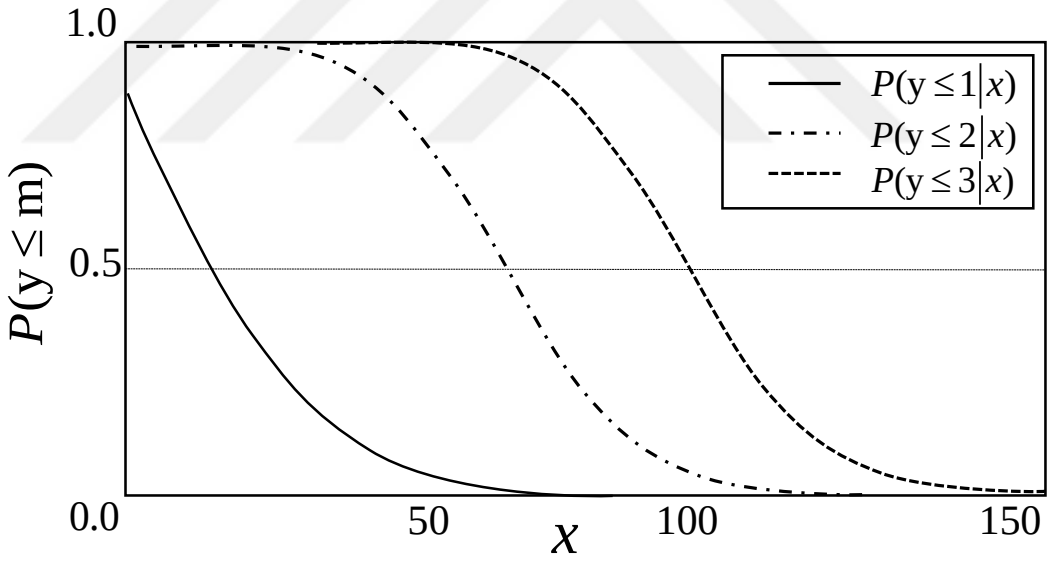
$$P(\mathrm{y} \le 1|x) = F\left[(\tau_1 - \beta_0) - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k \right] \tag{2.72}$$

olur. $y \le 2$ için model,

$$P(\mathrm{y} \le 2|x) = F\left[(\tau_2 - \beta_0) - \sum_{k=1}^{K} \beta_k x_k \right] \tag{2.73}$$

olur. Burada kesme noktası $\tau_2 - \beta_0$ olarak değişmekte fakat x_k değişkeni için katsayılar aynı kalmaktadır. Kesme noktalarındaki değişim olasılık eğrisini hafif bir şekilde sağa ve sola kaydırmakta fakat eğrinin şeklini değiştirmemektedir.

Şekil 2.8: Paralel Eğimler Varsayımının Grafiksel Gösterimi



Kaynak: Long, 1997: 141.

Yukarıdaki şekilde üç kategorinin kümülatif olasılık eğrileri bulunmaktadır. Yatay eksende 0,5 olasılığı nokta doğrusu olarak gösterilmiştir. Bu noktada üç olasılık eğrisi belirlendiğinde,

$$\frac{\partial P(\mathrm{y} \le 1|x)}{\partial x} = \frac{\partial P(\mathrm{y} \le 2|x)}{\partial x} = \frac{\partial P(\mathrm{y} \le 3|x)}{\partial x} \tag{2.74}$$

olarak bulunmaktadır. Bu durumda tüm regresyon eğrileri paraleldir (Long, 1997: 140-141).

Eşitlik (2.70)'de her bir β_m, β' nın tutarlı tahminleridir. İkili logitten (veya probit) elde edilen β_m'ler ve sıralı logitten (veya probit) elde edilen β'lar arasındaki benzerliklerin ve farklılıkların incelenmesi paralel varsayımın resmi olmayan bir değerlendirmesini sağlar. Ortaya çıkan resmi olmayan sonuçları doğrulayabilmek için paralel regresyon varsayımının iki uygun testi bulunmaktadır.

Bu testlerden biri Score testidir. Score testinin paralel regresyon varsayımını nasıl belirlediğini anlayabilmek için sıralı regresyon modelinin J-1 tane ikili logit takımı ele alındığında,

$$P(\mathrm{y} \le \mathrm{m} \mid x) = F(\tau_m - \mathrm{x}\beta_m) \tag{2.75}$$

ifadesinde β_m'lerin eşit olduğu kısıtlaması uygulamaya konulduğunda J-1 regresyonları;

$$\beta_1 = \beta_2 = \ldots = \beta_{j-1} = \beta \tag{2.76}$$

olacaktır. Böylece tahmin edilen model,

$$P(\mathrm{y} \le \mathrm{m} \mid x) = F(\tau_m - \mathrm{x}\beta) \tag{2.77}$$

şeklinde olur. Score testi, Eşitlik (2.76)'deki kısıt kaldırılırsa sıralayıcı regresyon modelindeki logaritmik OO'nın nasıl değiştiğini ölçmektedir. Test istatistik sonucu K(J-2) serbestlik derecesiyle ki-kare dağılımlıdır.

Score testi tüm bağımsız değişkenler ya da sadece bazısı için paralel regresyon varsayımını ihlal edip etmediğini göstermeyen geniş kapsamlı bir testtir. Bu nedenle Brant (1990) tarafından Wald (Brant) testi önerilmiş ve bu test β_m' lerin eşit ve bireysel değişkenler için katsayıların eşitliği testine izin vermektedir. Testin aşamaları şu şekildedir;

1. β_m ' ler ve $Var\left(\beta_m\right)$ ' ler tahmin edilir ve çıktılar üzerindeki J-1 sayıdaki ikili logit tanımlanarak;

$$z_m = \begin{Bmatrix} 1 & y > m \\ 0 & y \le m \end{Bmatrix} \tag{2.78}$$

β_m 'lerin eğimleri ve $Var\left(\beta_m\right)$ 'lerin kovaryans matrisleriyle birlikte tahmin edilir. Daha sonra tahmin edilen olasılık $z_m = 1$ verilen x_i için;

$$\pi_m(\mathrm{x}_i) = \mathrm{F}(\hat{\tau}_m + \mathrm{x}_i \beta_m) \tag{2.79}$$

şeklinde tanımlanır.

2. β_m ve β_t arasındaki kovaryans tahmin edilir,

$$\omega_{iml} = \pi_l(\mathrm{x}_i) - \pi_m(\mathrm{x}_i)\pi_l(\mathrm{x}_i) \tag{2.80}$$

ve yukarıdaki şekilde tanımlanır. W_{ml} , i. elemanı w_{iml} olan $N \times N$ köşegen matristir. X , ilk sütunun birincisiyle ve geri kalan sütunlardaki bağımsız değişkenlerle birlikte $N \times (K+1)$ boyutunda matristir. Brant (1990), farklı ikili eşitliklerden tahmin edilen β 'ler arasındaki kovaryansları şöyle ifade eder:

$$Var(\beta_m, \beta_l) = \left(X'W_{mm}X\right)^{-1}\left(X'W_{ml}X\right)\left(X'W_{ll}X\right)^{-1} \tag{2.81}$$

3. Tüm tahminler birleştirilerek;

$\beta^* = (\beta_1' \beta_2' ... \beta_{J-1}')'$ ve

$$Var\left(\beta^{*}\right)=\begin{pmatrix} Var\left(\beta_1\right) & \cdots & Var\left(\beta_1,\beta_{J-1}\right) \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ Var\left(\beta_{J-1},\beta_1\right) & \cdots & Var\left(\beta_{J-1}\right) \end{pmatrix} \tag{2.82}$$

elde edilir. Burada köşegen elemanlar $Var\left(\beta_m\right)$ diğer ikili regresyondan oluşan kovaryans matristir.

4. Wald hipotez testi $H_0=\beta_1=...=\beta_{J-1}$ olarak düzenlenir. Bu hipotez $H_0=D\beta^{*}=0$ ifadesinin karşılığıdır.

$$D=\begin{pmatrix} \mathrm{I} & -\mathrm{I} & 0 & \cdots & 0 \\ \mathrm{I} & 0 & -\mathrm{I} & \cdots & 0 \\ \vdots & \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \mathrm{I} & 0 & 0 & \cdots & -\mathrm{I} \end{pmatrix} \tag{2.83}$$

5. $\mathrm{I},\left(K+1\right)\times\left(K+1\right)$ benzerlik matrisi ve 0 ise $\left(K+1\right)\times\left(K+1\right)$ sıfır matrisidir. Wald istatistiği (J-2)K serbestlik derecesi ile standart şeklini şu şekilde alır;

$$W=(\mathrm{D}\beta^{*})'\left[\mathrm{DVar}\left(\beta^{*}\right)\mathrm{D}'\right]^{-1}(\mathrm{D}\beta^{*}) \tag{2.84}$$

6. Bireysel değişkenler için testler düzenlenir. $H_0=\beta_{k1}=...=\beta_{k,J-1}$ hipotezi D, β^{*}'nın satır ve sütunları ve katsayı denemelerinin yerine geçen $\mathrm{Var}\left(\beta^{*}\right)$ seçilerek (J-2)K serbestlik derecesinde test edilebilir (Long, 1997: 140-144).

2.2.3.4. Sıralı Logit Modelinin Tahmini

Sıralı logit modelleri en çok olabilirlik yöntemi ile tahmin edilebilmektedir. Bu olabilirlik fonksiyonunun oluşturulmasında olasılıklardan yararlanılmaktadır. Herhangi bir x değeri için bir sonucun olasılığı,

$$(\mathrm{y}_i = \mathrm{m}|x_i) = F(\tau_m - x_i\beta) - F(\tau_{m-1} - x_i\beta) \tag{2.85}$$

şeklinde ifade edilmektedir. y 'nin herhangi bir değeri için,

$$\begin{aligned} &y_i = 1 \qquad P(\mathrm{y}_i = 1|x_i, \beta, \tau) \\ &\vdots \\ &y_i = m \qquad P(\mathrm{y}_i = m|x_i, \beta, \tau) \\ &\vdots \\ &y_i = j \qquad P(\mathrm{y}_i = j|x_i, \beta, \tau) \end{aligned} \tag{2.86}$$

olacaktır. Modelin belirlenebilmesi için sabit parametrenin β_0 veya τ_i'nin sıfıra eşit olması gerekir. Sıralı logit modellerinde benzerlik fonksiyonu bu olasılıklar için,

$$L(\beta, \tau|y, x) = \prod_{J=1}^{M} \prod_{y_i=j} \mathrm{P}(\mathrm{y}_i = \mathrm{j}|x_i, \beta, \tau)$$

$$= \prod_{J=1}^{M} \prod_{y_i=j} \left[F(\tau_i - \mathrm{x}_i\beta) - F(\tau_{j-1} - \mathrm{x}_i\beta) \right] \tag{2.87}$$

olarak bulunur. Logaritmik benzerlik fonksiyonu ise,

$$\ln L(\beta, \tau|y, x) = \sum_{j=1}^{j} \sum_{y_i=j} \ln \left[F(\tau_i - \mathrm{x}_i\beta) - F(\tau_{j-1} - \mathrm{x}_i\beta) \right] \tag{2.88}$$

olacaktır. Bu fonksiyonun maksimizasyonu ile β ve τ ' lar tahmin edilmektedir. Elde edilen tahminciler tutarlı, asimtotik normal ve asimtotik etkin olacaktır (Uğurlu, 2010: 22-23).

2.2.3.5. Katsayıların Yorumlanması

Sıralı logit modelde parametre tahminleri kolaylıkla fark oranları (odds ratio) cinsinden yorumlanabilir. Eğer tahmin edicinin herhangi iki düzeyine ilişkin parametre tahminlerinin farkının üsteli alınırsa, farkı alınan bilinci düzeyin ikinciye göre fark oranı elde edilmiş olur. Modelde kaç tane değişkenin olduğu bu sonucu

etkilemez. Çünkü ilgilenilen değişkenin düzeyleri dışındaki tahmin ediciler sabittir. Fark oranının bulunması işleminde hem pay, hem de paydada yer aldıkları için sonucu değiştirmezler (Karahan, 2005: 23).

Sıralı logit modelleri daha çok birikimli frekanslar için fark oranları açısından yorumlanır. Sonucun m'e eşit veya m'den fazla olmasına ait birikimli olasılık,

$$P(\mathrm{y} \le m|x) = \sum_{j=1}^{m} P(\mathrm{y} = \mathrm{j}|x) \quad \mathrm{m} = 1, 2, ..., \mathrm{J}-1 \tag{2.89}$$

olacaktır. Bu modeller için bir sonucun m'den büyük $P(\mathrm{y} > m|x)$ olanlara karşı m'den daha az veya m'e eşit $P(\mathrm{y} \le m|x)$ olanlarla farkı, fark oranı ile elde edilebilir. Bu fark oranı,

$$\Omega_m(\mathrm{x}) = \frac{P(\mathrm{y} \le m|x)}{1 - P(\mathrm{y} \le m|x)} = \frac{P(\mathrm{y} \le m|x)}{P(\mathrm{y} > m|x)} \tag{2.90}$$

olacaktır. Elde edilen fark oranı m seçenekten bağımsızdır. Sıralı logit modellerinde tüm seçenekler için fark oranının sabit olduğu varsayılmaktadır. Örneğin, katılmayanların ya da hiç katılmayanların katılanlara ya da kesinlikle katılanlara karşı fark oranları hesaplanabilir.

Sıralı logit model için, sonucun fark oranı m'den daha büyük olmasına karşın m'ye eşit ya da m'den daha az olmasında basit denklem;

$$\Omega_m(\mathrm{x}) = \frac{P(\mathrm{y} \le m|x)}{P(\mathrm{y} > m|x)} = e^{\tau_m - x\beta} \tag{2.91}$$

şeklinde ifade edilir. Burada her iki tarafın logaritması alınırsa;

$$\ln \Omega_m(\mathrm{x}) = \tau_m - x\beta \tag{2.92}$$

elde edilir.

x_k 'daki bir birimlik değişim,

$$\frac{\Omega_m(\mathrm{x}, \mathrm{x}_k + \delta)}{\Omega_m(\mathrm{x}, \mathrm{x}_k)} = e^{-\delta * \beta_k} = \frac{1}{e^{\delta * \beta_k}} \tag{2.93}$$

şeklinde gösterilebilir ve x_k'da bir birimlik artış için bir değişkenin m'den az veya m'ye eşit olmasının fark oranı, diğer tüm değişkenler sabit tutulduğunda $e^{-\beta_k}$ etkisiyle değişir seklinde yorumlanabilir.

x_k, δ oranında değişecek olursa,

$$\frac{\Omega_m(\mathrm{x}, \mathrm{x}_k + \delta)}{\Omega_m(\mathrm{x}, \mathrm{x}_k)} = e^{-\delta * \beta_k} = \frac{1}{e^{\delta * \beta_k}} \tag{2.94}$$

şeklinde gösterilir ve x_k'da δ oranında bir değişim için m'den az veya m'ye eşit olan bir sonucun farkı, diğer tüm değişkenler sabit tutulduğunda $(-\delta * \beta_k)$ etkisiyle değişir şeklinde yorumlanabilir (Long, 1997: 138-140; Uğurlu, 2010: 22).

Sıralı logit modelinde olduğu gibi çok durumlu logit modelinde de, birden büyük bir fark oranı, bağımsız değişkendeki bir birimlik artışın, temel sınıf yerine j'inci bağımlı değişken sınıfında olma şansını arttırdığına; birden küçük bir fark oranı bu şansı azalttığına işaret etmektedir (Barak, 2005: 17). Çok durumlu logit modellerin tahmininde doğrudan katsayı yorumu yapılamamaktadır. Bunun için marjinal etkiler kullanılabilmektedir. Marjinal etki; herhangi belirlenmiş bir bağımsız değişkenin değerinde meydana gelecek küçük bir değişikliğin farklı sonuçların olasılığı üzerindeki etkisini açıklamak için kullanılmaktadır. Marjinal etkinin belirlenmesinde dikkatli olunması gerekmektedir. Bazen katsayılar ile marjinal etkilerin işaretleri ters çıkabilmekte ve bundan dolayı yorumlamalarda hatalar yapılabilmektedir. Dolayısıyla, fark oranı yardımıyla yorumlama yapmak daha sağlıklı sonuçlar vermektedir (Astar, 2009: 66).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

EKONOMETRİK ANALİZ

3.1. ÇALIŞMANIN AMACI

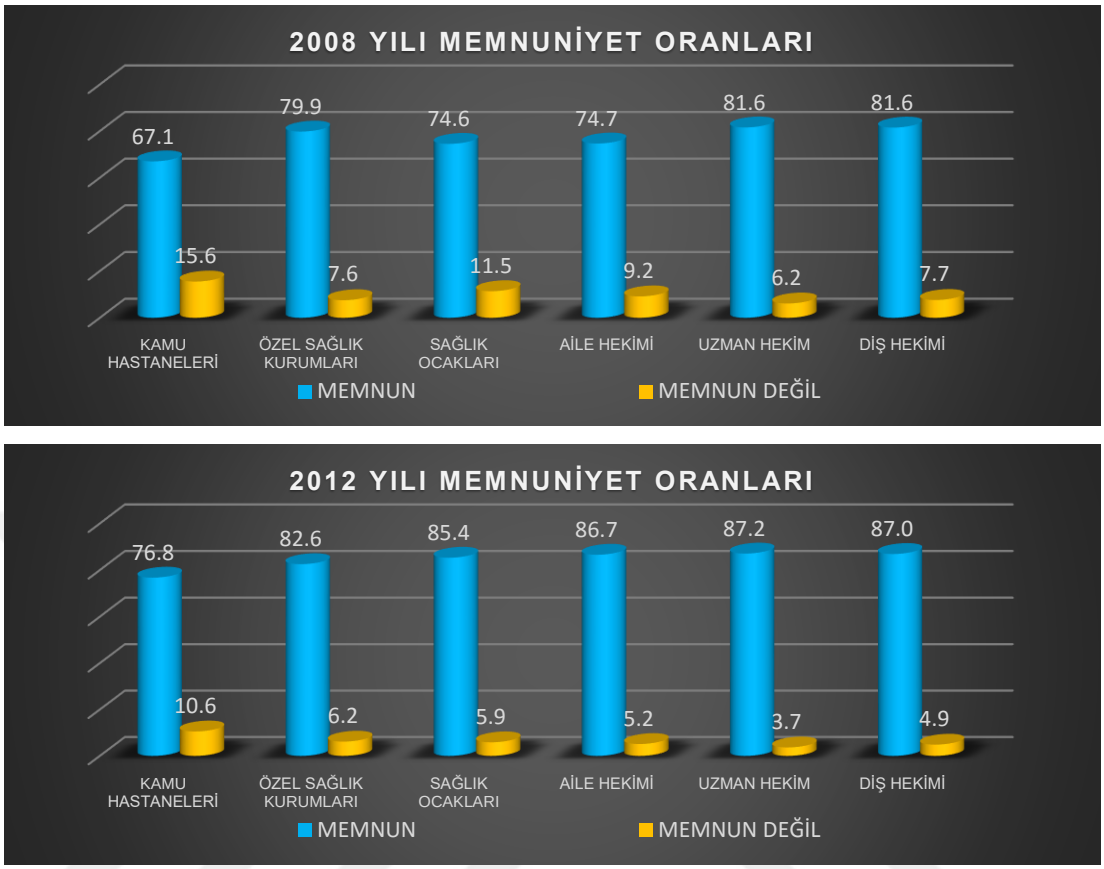
Günümüz dünyasında, sağlık hizmetlerinde, hastaların gerek karar verme gerekse bakım aşamalarında sürece katılımlarını sağlayan modeller önemini her geçen gün artırmaktadır. Özellikle bireylerin sağlık hizmeti hakkındaki görüşleri kalitenin sağlanması açısından önemli bir yol gösterici olmaktadır. Hasta memnuniyetini ölçen araştırmalar, bu amaca hizmet eden bir araçtır (Mollahaliloğlu vd., 2011: 9).

Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, TÜİK tarafından gerçekleştirilen 2008 ve 2012 yıllarına ait "Türkiye Sağlık Araştırması" anketi verileri kullanılarak bireylerin Kamu Hastaneleri, Özel Sağlık Kurumları, Sağlık Ocakları ve AÇSAP Merkezleri ile Aile Hekimleri ve Pratisyen Hekimler, Uzman Hekimler ve Diş Hekimlerinin vermiş olduğu sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin sıralı logit model kullanılarak araştırılmasıdır. Bu çalışma ile bireylerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin ne düzeyde karşılandığının belirlenip memnuniyet durumları araştırılacaktır.

3.2. ÇALIŞMADA KULLANILAN VERİLER, DEĞİŞKENLER VE TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Bu çalışmada TÜİK'in 2008 ve 2012 yıllarında gerçekleştirmiş olduğu "Türkiye Sağlık Araştırması" anketi verileri kullanılmıştır. 2008 yılında 10.491 ve 2012 yılında 23.278 birey ile çalışılmıştır. Analizlerde elde edilen modellerde kullanılan bağımlı değişken sıralı bir yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyettir. 5'li likert ölçeğe sahip bağımlı değişkene ait cevaplar "Hiç Memnun Değilim (1)", "Memnun Değilim (2)", "Bazen Memnun Bazen Memnun Değilim (3)", "Memnunum (4)" ve "Çok Memnunum (5)" şeklinde alınmıştır. Bireylerin Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranları Şekil 3.1'de sunulmuştur.

Şekil 3.1: 2008 ve 2012 Yılları Memnuniyet Oranları



Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması (2008-2012) verileri kullanılarak tarafımca düzenlenmiştir.

Şekil 3.1 incelendiğinde 2008 yılındaki memnuniyet oranlarının 2012 yılında ciddi bir artış gösterdiği bariz bir şekilde görülmektedir. Aynı şekilde memnuniyetsizlik oranlarındaki düşüş de dikkati çekmektedir. 2008 yılında %67,1 ile en düşük memnuniyete sahip kamu hizmetlerinden memnuniyet oranı yaklaşık %10 artışla 2012 yılında %76,8'e yükselmiştir. Memnuniyet oranlarındaki en fazla artış %12 ile aile hekimlerinden memnuniyette olurken en az artış %2,7 ile özel sağlık kurumlarında meydana gelmiştir. Bu değişmelerin Sağlık Bakanlığının 2003 yılında başlatmış olduğu Türkiye SDP'nın etkileri olduğu söylenebilmektedir.

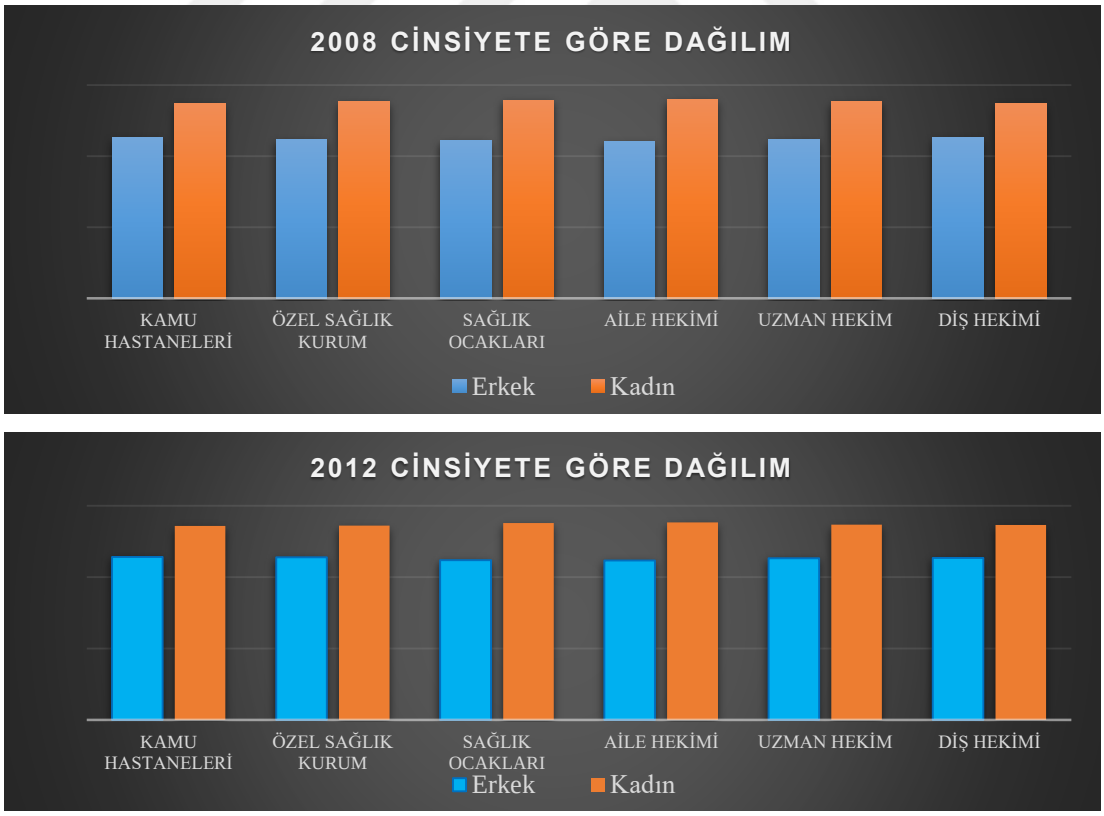
Türkiye'de sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyen bağımsız değişkenler ise bireyin yerleşim yeri, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sağlık güvencesi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir seviyesi, genel sağlık durumu, bireyin herhangi bir kronik hastalığının olma durumu, sağlık hizmeti alma durumu, alkol kullanımı, bireyin

kişisel bakım faaliyetlerini yapabilme, hanehalkı faaliyetlerini yapabilme, fiziksel yeterlilik durumu, görsel yeterlilik durumu, olumlu ve olumsuz ruh hali olarak alınmıştır.

Kişisel bakım faaliyetlerini yapabilme, hanehalkı faaliyetlerini yapabilme, fiziksel yeterlilik durumu görsel yeterlilik durumu, olumlu ve olumsuz ruh hali değişkenleri ankette yer alan "Günlük Aktiviteleri Yürütmede Fonksiyonel Yeterlilik", "Kişisel Bakım", "Hanehalkı Faaliyetleri", "Bedensel/Fiziksel veya Ruhsal Rahatsızlıklar" ve Ek Tablo 9'da belirtilen sorulara SPSS 23 programında faktör analizi uygulanarak elde edilmiştir.

Çalışmada kullanılan değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler Ek-Tablo 1 ve Ek-Tablo 2'de verilmiştir. Ek-Tablo 1, Ek-Tablo 2 ve Şekil 3.2 incelendiğinde kamu hastaneleri memnuniyetinde ankete katılanların 2008 yılında %45,2'sini erkekler, %54,8'ini kadınlar oluştururken 2012 yılında %45,6'sını erkekler ve %54,4'ünü kadınlar oluşturmaktadır.

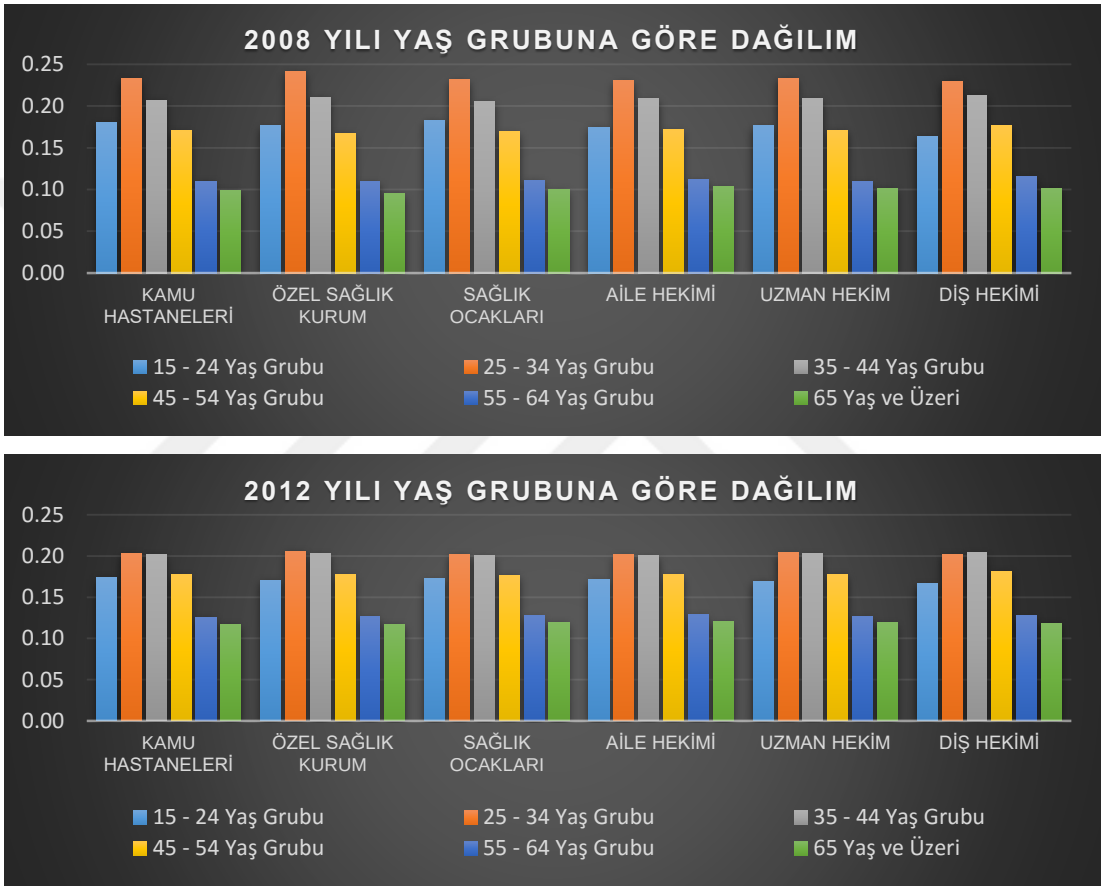
Şekil 3.2: 2008 ve 2012 Yılları Cinsiyete Göre Dağılım



Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması (2008-2012) verileri kullanılarak tarafımca düzenlenmiştir.

Yaş değişkeni ele alındığında her hem 2008 hem de 2012 yılında en fazla orana sahip yaş grubunun 25-34, en az orana sahip yaş grubunun da 65 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Özel sağlık kurumlarında 2008 yılında ankete katılan bireylerin %24,1'i 25-34 yaş grubunda, %9,5'i 65 yaş ve üzeri grupta iken 2012 yılında bu oranlar sırasıyla %20,6 ve %11,7'dir (bkz. Ek-Tablo 1, Ek-Tablo 2 ve Şekil 3.3).

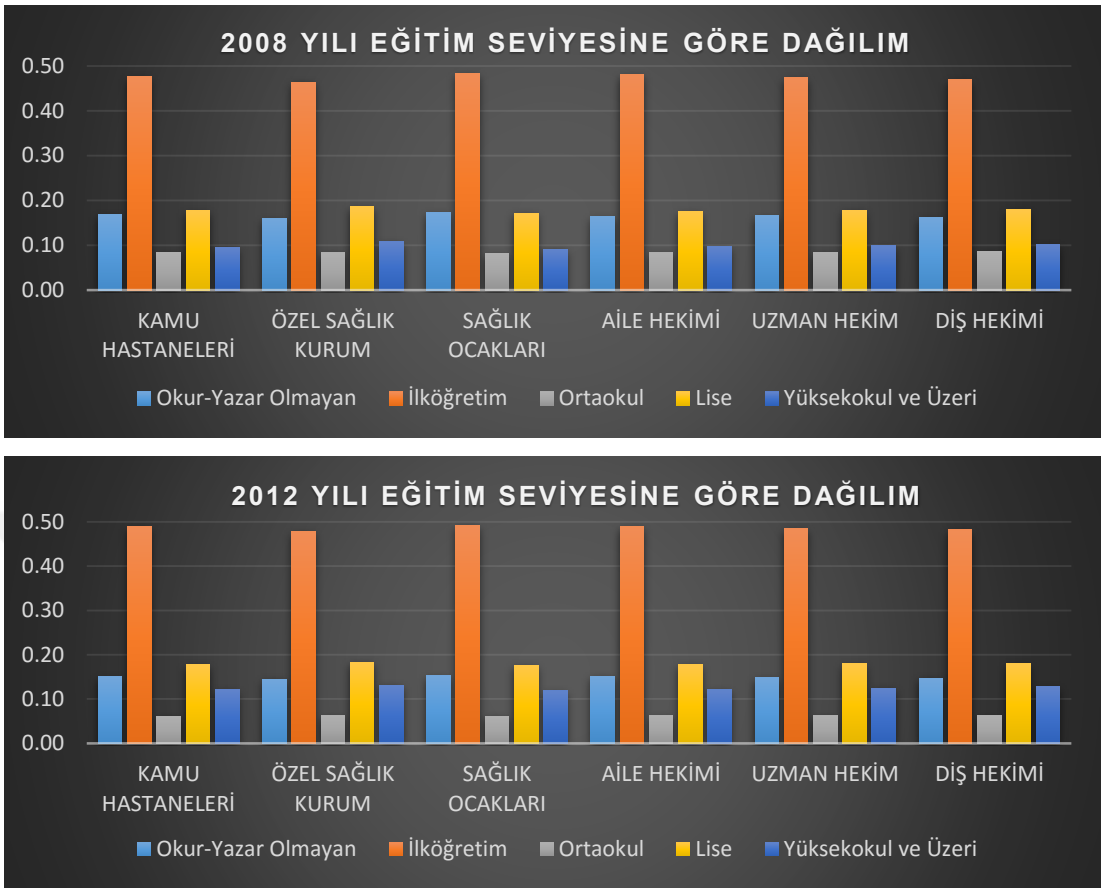
Şekil 3.3: 2008 ve 2012 Yılları Yaş Grubuna Göre Dağılım



Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması (2008-2012) verileri kullanılarak tarafımca düzenlenmiştir.

Ek-Tablo 1, Ek-Tablo 2 ve Şekil 3.4' e göre bireylerin eğitim seviyeleri dikkate alındığında 2008 ve 2012 yıllarında en fazla orana sahip eğitim seviyesinin ilköğretim mezunlarının olduğu ve en az orana da ortaokul mezunlarının sahip olduğu gözlenmektedir. Sağlık Ocakları memnuniyetinde 2008 yılında ankete katılanların %48,4'ü ilköğretim mezunları, %8,1'i de ortaokul mezunları iken 2012 yılında sırasıyla bu oranlar %49,1 ve %6,2'dir.

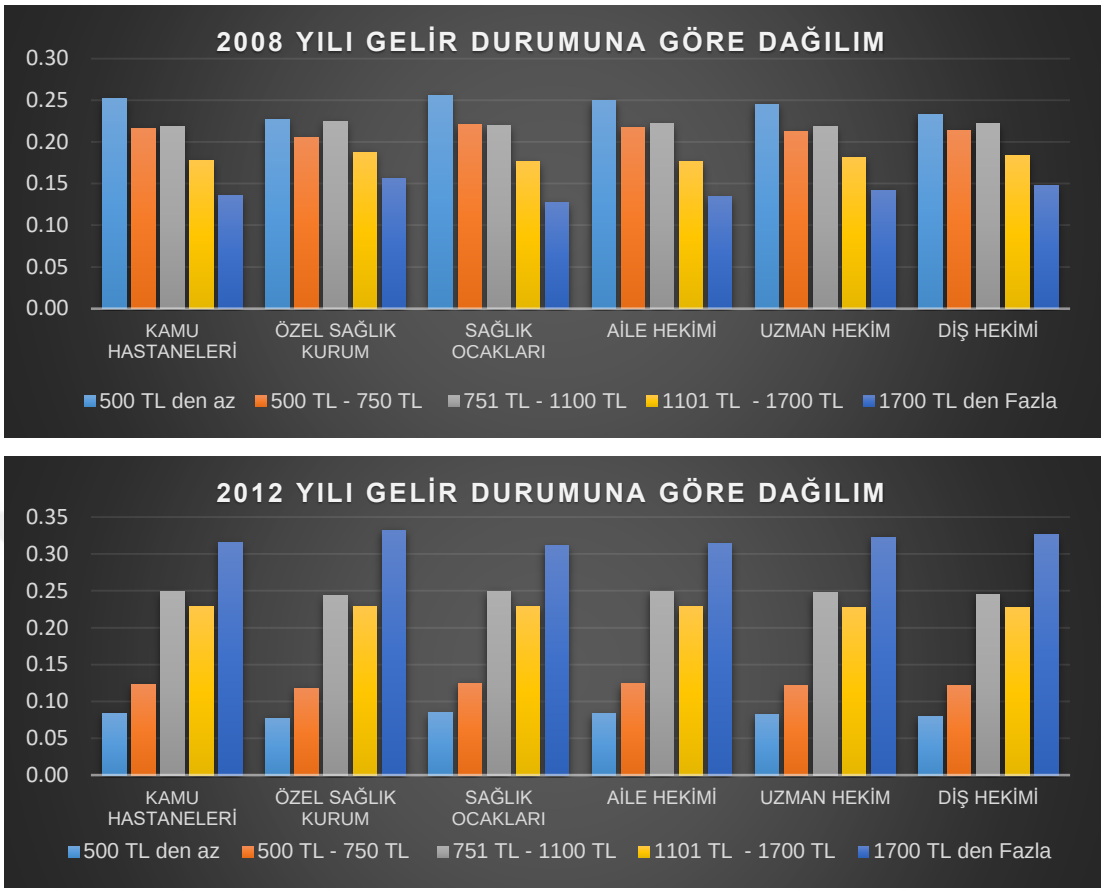
Şekil 3.4: 2008 ve 2012 Yılları Eğitim Seviyesine Göre Dağılım



Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması (2008-2012) verileri kullanılarak tarafımca düzenlenmiştir.

Bireylerin gelir durumu incelendiğinde 2008 ve 2012 yıllarında ciddi farklılıklar gözlenmektedir. 2008 yılında en fazla orana sahip gelir seviyesinin 500 TL'den az ve en az orana sahip gelir seviyesinin ise 1700 TL'den fazla olduğu görülmektedir. 2012 yılında bu oranlar tersine dönerek en fazla orana sahip gelir seviyesi 1700 TL'den fazla ve en az orana sahip gelir seviyesi ise 500 TL den azdır. Kamu hastanelerinin memnuniyetinde 2008 yılında ankete katılanların %25,2 si 500 TL'den az gelire, %13,5'i de 1700 TL'den fazla gelire sahip iken 2012 yılında bu oranlar sırasıyla %8,4 ve %31,5'tir (Ek-Tablo 1, Ek-Tablo 2 ve Şekil 3.5).

Şekil 3.5: 2008 ve 2012 Yılları Gelir Durumuna Göre Dağılım



Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması (2008-2012) verileri kullanılarak tarafımca düzenlenmiştir.

Ayrıca Ek-Tablo 1 ve Ek-Tablo 2 incelendiğinde özel sağlık kurumlarından memnuniyette ankete katılan bireylerin 2008 yılında %73,5'i kentsel kesimde, %26,5'i ise kırsal kesimde yaşarken bu oranlar sırasıyla 2012 yılında %75,3 ile %24,7'dir. Diş hekimleri memnuniyetinde SGK tarafından sağlık güvencesi olan bireylerin oranları 2008 yılında %88,2 iken 2012 yılında %93,8'e yükselmiştir. Bireylerin medeni durumları incelendiğinde uzman hekimlerin memnuniyet anketine katılanların 2008 yılında %72,1'i evli, %20,2'si bekâr ve %7,6'sı eşi olmayan iken 2012 yılında bu oranlar sırasıyla %69,9, %21,4 ve %8,7'dir. Çalışma durumu değişkenleri ele alındığında tüm hizmetlerde ankete katılanların yaklaşık %80'ini işveren olarak çalışan bireyler ve çalışmayan (herhangi bir işi olmayan) bireyler oluşturmaktadır. Aile hekimi memnuniyeti dikkate alındığında ankete katılanların 2008 yılında %41,3'ünü ücretli, %1,7'sini işveren, %10,9'unu kendi hesabına, %6,3'ünü ücretsiz

aile işçisi ve %39,8'ini çalışmayan bireyler oluştururken, 2012 yılında bu oranlar sırasıyla %44,3, %1,4, %9,8, %3,9 ve %40,7'dir.

Sıralı yapıya sahip olan ve 5'li likert ölçek içeren genel sağlık durumu değişkeni, bireye sorulan "genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?" sorusuna "Çok Kötü (1)" ve "Çok İyi (5)" cevapları verilerek sıralanmıştır. Bu değişken incelendiğinde, 2008 yılında en yüksek ortalama 3,605 ile özel sağlık kurumlarından ve en düşük 3,582 ile uzman hekimlerden memnuniyette yer alırken, 2012 yılında en yüksek ortalama 3,725 ile özel sağlık kurumlarından ve en düşük ise 3,709 ile aile hekimlerinden memnuniyette yer almaktadır. Herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerin oranları incelendiğinde 2008'den 2012'ye geçişte önemli bir azalmanın olduğu görülmektedir. Bu değişken uzman hekimlerden memnuniyette anketin 2008 yılında % 67,2'sini, 2012 yılında ise %50,8'ini oluşturmaktadır. Bireylerin sağlık hizmeti alma durumları 12 ay içerisinde ilgili sağlık biriminden aldıkları hizmetleri kapsamaktadır. Sağlık kurumlarından hizmet alma durumu kamu ve özel sağlık kurumlarında günübirlik ve yataklı hizmet alma durumu olarak ikiye ayrılırken sağlık ocakları ve diğer birimlerde yataklı bir hizmet vermemelerinden dolayı bu kurumda böyle bir hizmet ayrım yoktur. 2008 yılında kamu hastanelerinden yataklı hastane hizmeti alanların oranı %9,7, günübirlik hastane hizmeti alanların oranı %47,6 iken 2012 yılında bu oranlar sırasıyla %9,3 ve %36,9'dur. Alkol kullanan bireylerin oranlarına bakıldığında iki yıl arasında önemli bir fark görülmemektedir. 2008 yılında en yüksek oran %22,9 ile diş hekimi memnuniyetinde en düşük oran ise %20,9 ile sağlık ocakları memnuniyetinde bulunurken 2012 yılında en yüksek oran %21 ile uzman hekim memnuniyetinde en düşük ise %20,2 ile aile hekim memnuniyetinde bulunmuştur.

3.3. TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI ANKETİ

2008 ve 2012 yıllarında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması ile bebek, çocuk ve yetişkinlerin sağlık durumunun yanı sıra 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin sağlık hizmetinden faydalanma durumları ve memnuniyet düzeyleri, günlük aktivitelerini gerçekleştirirken yaşadıkları zorlukların derecesi ile sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları başta olmak üzere sağlık alanındaki birçok gösterge elde edilmektedir.

Araştırma ile ülkelerin gelişmişlik düzeylerini gösteren kalkınma göstergeleri içerisinde önemli bir paya sahip olan sağlık göstergesine yönelik bilgilerin elde

edilmesi ile mevcut yapıdaki bilgi açığının kapatılması amaçlanmıştır. Araştırma ülke genelini yansıtan ilk çalışma olmasının yanı sıra hem uluslararası karşılaştırmalara imkân veren hem de ulusal ihtiyaçlara ışık tutan bir çalışma olması açısından da önemlidir.

Anketin örnek seçimi için kullandığı coğrafi kapsamı, Türkiye Cumhuriyeti sınırları dâhilinde bulunan tüm yerleşim yerleridir ve kapsanan kitle de Türkiye sınırları dâhilinde bulunan tüm yerleşim yerlerinde bulunan hanehalklarıdır. Kurumsal olarak nitelendirilen nüfus (asker, yurtlarda, hapishanede, hastanede sürekli olarak kalan, huzurevleri vb.) kapsam dışı olup, ayrıca nüfusu toplam nüfusun %1'ini geçmeyecek şekilde yeterli (küçük köyler, oba, mezra vb.) örnek hane sayısına ulaşılamayacağı düşünülen (nüfusu 132'den küçük) yerleşim yerleri kapsam dışı bırakılmıştır.

Araştırma; Türkiye toplam, Türkiye kır-kent tahmini verebilecek şekilde tasarlanmıştır. Örnekleme yöntemi için tabakalı iki aşamalı küme örneklemesi yöntemi kullanılmıştır. Dışsal tabakalama kriteri olarak kır –kent ayrımı ele alınmıştır. (Nüfusu 20000 ve altında olan yerleşim yerleri kır, nüfusu 20001 ve üstünde olan yerleşim yerleri kent olarak ele alınmıştır). Birinci aşama örnekleme birimi ortalama 100 hane adresi ihtiva eden kümeler (bloklar) içerisinden seçilen bloklar; ikinci aşama örnekleme birimi ise seçilen her kümeden sistematik olarak seçilen hanehalklarıdır (TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması Anketi, 2008, 2012).

Ankette yer alan bölümler şu şekildedir;

- Hanehalkı Bireylerinin Temel Özellikleri
- 0-6 Yaş Grubu
- 7-14 Yaş Grubu
- 15+ Yaş Grubu
- ✓ Genel Sağlık Bölümü
- ✓ Kronik Hastalıklar Bölümü
- ✓ Günlük Aktiviteleri Yürütmede Fonksiyonel Yeterlilik
- ✓ Kişisel Bakım
- ✓ Hanehalkı Faaliyetleri
- ✓ Bedensel / Fiziksel veya Ruhsal Rahatsızlıklar
- ✓ Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri/Ayakta Bakım Hizmetleri
- ✓ Ağız-Diş Sağlığı Hizmetleri
- ✓ Hastane Hizmetleri

- ✓ İlaç Kullanımı
- ✓ Grip Aşısı, Tansiyon / Kolesterol / Kan Şekeri Ölçümü / Parazit ve Kan Testi
- ✓ Mamografi ve Smear Testi
- ✓ Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti
- ✓ Boy ve Kilo
- ✓ Günlük Bedensel Faaliyetler
- ✓ Meyve, Sebze ve Sularının Tüketimi
- ✓ Kirlilik, Şiddet ve Güven
- ✓ Tütün Mamulü ve Alkol

3 farklı yaş grubuna göre yapılan Türkiye Sağlık Araştırması Anketine ait örneklem sayıları Tablo 3.1 de verilmiştir.

Tablo 3.1: Türkiye Sağlık Araştırması Anketi Örneklem Sayıları

	2008	2012
0-6 Yaş	2476	4150
7-14 Yaş	3493	5774
15 Yaş	14655	28055
TOPLAM	20624	37979

Kaynak: TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması Anketi (2008, 2012) verilerinden tarafımca düzenlenmiştir.

3.4. BULGULAR

Bu çalışmada 2008 ve 2012 yıllarında Türkiye'deki bireylerin Kamu Hastaneleri, Özel Sağlık Kurumları, Sağlık Ocakları ve ASÇAP Merkezleri, Aile Hekimleri ve Pratisyen Hekimler, Uzman Hekimler ve Diş Hekimlerinin vermiş oldukları hizmetlerden memnuniyetleri araştırılmıştır. Farklı modellerin karşılaştırılmasında daha büyük log-olabilirlik değerine sahip modeller tercih edilir (Ben-Akiva ve Lerman, 1985; Selim vd., 2011: 566). Aynı zamanda AIC (Akaike Information Criterion) bilgi kriterine bakıldığında en küçük AIC değerine sahip model kabul edilmelidir. Buna göre sıralı logit modelin log-olabilirlik değeri sıralı probit

modele ait olandan daha büyük ve AIC değeri sıralı logit modelde daha küçük olduğundan dolayı bu çalışmada sıralı logit model tercih edilmiştir. Sıralı modellerde ilişkisiz alternatiflerin bağımsızlığı (IIA) varsayımı geçerli değildir. Bunun için gerçekleştirilen ve Ek Tablo 5-Ek Tablo 8'de belirtilen Hausman testi sonucuna göre sıralı modellerin kullanılmasının uygun olduğu görülmektedir. Oluşturulan modellerdeki katsayılar modelin doğrusal olmamasından dolayı doğrudan yorumlanamadığından fark oranları (odds ratio) bulunmuştur. Sıralı logit model tahminleri STATA 13 programı kullanılarak elde edilmiştir. Model tahminleri Ek Tablo 5 – Ek Tablo 8'de yer almaktadır. Elde edilen bulgular "sağlık kurumlarının vermiş olduğu hizmetlerinden duyulan memnuniyet" ve "hekimlerin vermiş olduğu hizmetlerden duyulan memnuniyet" olmak üzere iki başlık altında incelenecektir.

3.4.1. Sağlık Kurumları Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları

Sıralı logit modelde katsayılar anlamlı olma koşulu ile 1 değerinden büyük bulunan fark oranı değeri ilgili değişkenin bağımlı değişken üzerinde daha önemli bir etken olduğunu göstermektedir. Buna göre, Ek-Tablo 5 ve Ek-Tablo 7'deki model tahminleri incelendiğinde elde edilen fark oranlarına göre bireylerin tüm sağlık kurumlarından memnun olma durumları üzerinde önemli etkiye sahip değişkenler başta bireyin eğitim durumu olmak üzere sağlık güvencesinin olup olmadığı, kendi hesabına çalışması ve ücretsiz aile işçisi olması, bireyin genel sağlık durumu, yataklı veya günübirlik hastane hizmeti alıp almadığı, bireyin kişisel bakım faaliyetlerini yapabilmesi ve olumlu ruh halidir. 2012 yılında özel sağlık kurumlarından memnuniyette gelir değişkeninin önemi de dikkati çekmektedir.

Ek-Tablo 5 ve Ek-Tablo 7'deki sağlık kurumlarından memnuniyete ilişkin sıralı logit modellerinde yer alan fark oranları incelendiğinde 2008 ve 2012 yıllarında yerleşim yeri değişkeni katsayıları tüm sağlık kurumlarından memnuniyetlerde istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Kentsel kesimde yaşayanların kırsal kesimde yaşayanlara göre tüm sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılığının daha az olduğu tespit edilmiştir. Bu değişkenin fark oranı etkilerinin 2012 yılındaki değerlerinin 2008 yılına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin; 2008 yılında kentsel kesimde yaşayanların kırsal kesimde yaşayanlara göre kamu hastanelerinden memnun olma olasılığı 0.722 kat daha fazla iken bu değer 2012 yılında 0.739'a yükselmiştir.

Çalışmada bulunan benzer sonuçlar Tükel vd. (2004) tarafından bir kamu hastanesinden memnuniyet çalışmasında da bulunmuştur. Yerleşim yeri değişkenini "il", "ilçe" ve "köy" olarak aldıkları modelde, en çok memnuniyetin köyde daha sonra il merkezinde ve sonrasında da ilçede olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların aksine Çelik vd. (2014)'nde bir kamu hastanesinde yapmış oldukları memnuniyet çalışmasında kırsal kesimde yaşayanların kentsel kesimde yaşayanlara göre daha az memnun oldukları bulunmuştur.

Yaş değişkenine bakıldığında tüm yaş grupları katsayılarının hem 2008 hem de 2012 yılında istatistiki olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bireylerin yaşlarının artmasıyla memnun olma olasılıkları da artmaktadır. 2008 yılındaki fark oranı etkilerin 2012'ye göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular literatürdeki birçok çalışmayla benzerlik göstermektedir (Önsüz vd., 2008; Thi vd., 2002; Thiedke, 2007; Kırılmaz, 2013). Bazı çalışmalarda da (Kıdak ve Aksaraylı, 2008) bu çalışmadan elde edilen bulguların aksine sonuç elde edilirken bazılarında da yaşın memnuniyet üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Ercan vd., 2004; Çelikkalp vd., 2011). Yaşlı hastaların memnuniyetinin daha fazla olması bazı görüşlere göre yaşlıların daha olgun / babacan olabileceği ve bunun değerlendirmelerini etkileyebileceği öne sürülmüştür Ayrıca, farklı yaş gruplarının farklı muameleyle karşılaşabileceği; örneğin, yaşlı hastalara daha nazik davranılabileceği de ifade edilmiştir (Taşdemir, 1998; 63). Bir başka görüş de yaşın ilerlemesiyle artan sağlık sorunlarının sağlık kurumunun konforundan ziyade işlevselliğine önem verilmesinden kaynaklandığını belirtmektedir.

2008 ve 2012 yıllarında sağlık kurumları memnuniyet modelinde cinsiyet değişkeni katsayıları 2008 yıllında istatistiki olarak anlamsız iken 2012 yılında anlamlı bulunmuştur. 2012 yılında erkeklerin kadınlara göre kamu hastaneleri ve sağlık ocaklarından memnun olma olasılığı daha fazla iken özel sağlık kurumlarında daha azdır. Literatür incelendiğinde cinsiyete ait elde edilen üç farklı bulguyu destekleyen çalışmalar yer almaktadır. Taşlıyan ve Gök (2012), Pascoe (1983) ile Çelik vd. (2014), yapmış oldukları çalışmalarda kadınların sağlık kurumlarından daha fazla memnun olduklarını, Thi vd. (2002) ile Hekkert vd. (2009) erkeklerin daha fazla memnun olduklarını, Kıdak ve Aksaraylı (2008) ile Taşlıyan ve Akyüz (2010), cinsiyet değişkenin sağlık hizmetlerinden memnuniyet üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığını tespit etmişlerdir.

Bireylerin medeni durumlarının sağlık kurumlarından memnuniyet üzerinden etkisi değerlendirildiğinde medeni durumun kamu hastanelerinde herhangi bir etkisinin olmadığı, özel sağlık kurumlarında sadece 2012 yılında eşi olmayanların, sağlık ocaklarında ise bekâr olanların etkisinin olduğu görülmektedir. Eşi olmayan bireylerin evli olan bireylere göre özel sağlık kurumlarından memnun olma olasılığı daha fazla iken bekâr olan bireylerin evli olan bireylere göre sağlık ocaklarından memnuniyet olasılığı daha azdır. Literatürde elde edilen bu bulguları destekleyici çalışmalar bulunmaktadır. Özlü (2006) ve Akyol (1993), yaptıkları çalışmalarda medeni durumun memnuniyet üzerinde etkisini olmadığını, Gök (2010), bekarların erkeklerden memnuniyetinin daha az olduğunu ve Cıvdı (2014), yaptığı çalışmada boşanmış bireylerin evli bireylere göre daha fazla memnun olduklarını tespit etmiştir.

Ülkemizde çalışma ilişkisine dayalı üç SGK vardır: Bunlar bir işveren emrinde çalışanlar için SSK, işveren ve kendi nam ve hesabına çalışanlar için Bağ-Kur ve memurlara yönelik olarak Emekli Sandığı'dır. Bu üç SGK ek çatı altında toplanarak SGK kapsamında işlem görmektedir (Öğüldü, 2009: 165). Sosyal güvencesi olmayan ve maddi durumu yetersiz olan vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak için 1992 yılında dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna'nın tanıtımıyla başlatılan yeşil kart uygulaması da 01.01.2012 tarihi itibariyle GSS kapsamına alınarak SGK bünyesine katılmıştır (Deldal, 2015). Bu bağlamda ele alınan sağlık güvencesi değişkeni katsayısının 2012 yılındaki özel sağlık kurumları hariç diğer kurumlarda istatistiki olarak anlamlı olduğu ve sağlık güvencesine sahip olanların sağlık güvencesi olmayanlara göre sağlık kurumları hizmetlerinden memnun olma olasılığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde elde edilen bulguları destekleyen sonuçlar olduğu gibi bazı çalışmalarda kurumlar arası değerlendirmeler yapılmıştır. Ercan vd. (2004), yaptıkları çalışmada sosyal güvence durumunun sağlık hizmetinden memnuniyeti anlamlı olarak etkileyen bir değişken olduğunu bulmuştur.

Yüksekokul ve üzeri mezun bireylerin temel sınıf seçildiği eğitim durumu değişkenin memnuniyet üzerindeki etkisi incelendiğinde katsayıların her iki yılda üç sağlık kurumunda da istatistiki olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bireylerin eğitim seviyelerinin yükselmesiyle sağlık kurumlarından memnuniyetlerinin azaldığı görülmektedir. Fark oranları dikkate alındığında 2008 yılında eğitim seviyesinin memnuniyet üzerindeki etkisinin 2012 yılına göre ve kamu hastanelerinden memnuniyet üzerindeki etkisinin özel sağlık kurumlarına göre daha fazla olduğu bulunmuştur. 2012 yılında okur-yazar olmayanların yüksekokul ve üzeri mezunlara

göre kamu hastanelerinden memnun olma olasılığı 1.934 kat daha fazla iken bu değer özel sağlık kurumlarında 1.465'e ve sağlık ocaklarında 1.493'e düşmüştür. Bazı yazarlar saptanan etkinin, eğitim seviyesinin yükselmesi ile bireylerin alternatifler hakkında daha fazla bilgileneceği ve dolayısıyla standartlarının da yükseleceği, daha eleştirel değerlendireceği ile açıklamaktadırlar (Taşdemir 1998; 62). Taşlıyan ve Gök (2012) ve Khayat (1994) yapmış oldukları çalışmalarda eğitim seviyesinin yükselmesiyle memnuniyetin azaldığını tespit etmeleri bu çalışmadan elde edilen bulguları desteklemektedir.

Dört grupta incelenen çalışma durumu değişkeninde temel sınıf çalışmayanlar olarak seçilmiştir. Ücretli olarak çalışanlar 2008 yılındaki kamu hastaneleri ile sağlık ocaklarından memnuniyetleri hariç diğer sağlık kurumlarındaki memnuniyetleri istatistiki olarak anlamlı bulunmuş ve ücretli çalışanların çalışmayanlara göre sağlık kurumları hizmetlerinden memnun olma olasılığının daha az olduğu tespit edilmiştir. İşveren olarak çalışanların herhangi bir işte çalışmayanlara göre sağlık kurumları hizmetlerinden memnun olma olasılığı daha azdır. Kendi hesabına çalışanların herhangi bir işte çalışmayanlara göre kamu hastanelerinden daha fazla ve sağlık ocaklarından memnun olma olasılıklarının daha az olduğu dikkati çekmektedir. 2012 yılında ücretsiz aile işçisi olarak çalışanların herhangi bir işte çalışmayanlara göre kamu hastaneleri ve sağlık ocakları hariç diğer sağlık kurumlarından memnun olma olasılığı daha fazladır.

500 TL ve altı gelire sahip olan bireylerin temel sınıf seçildiği gelir değişkeni katsayısı tüm sağlık kurumlarında istatistiki olarak anlamlıdır. Elde edilen bulgulara göre sağlık kurumları memnuniyetinde çoğunlukla gelir seviyesinin artmasıyla bireylerin memnuniyetlerinin azaldığı görülürken sadece 2012 yılında özel sağlık kurumlarında memnuniyetin arttığı görülmektedir. Elde edilen bulgular Yüce (2011)'nin yapmış olduğu çalışmada elde ettiği bireylerin gelir seviyenin artmasıyla memnuniyetin azaldığı bulgusuyla desteklenmektedir. Literatürdeki bazı çalışmalarda da (Cıvdı, 2014; Tezcan vd., 2014) gelir değişkenin memnuniyet üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Bireylerin sağlık seviyesini belirten genel sağlık durumu değişkenin tüm sağlık kurumlarındaki katsayıları istatistiki olarak anlamlıdır. Bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesiyle sağlık kurumlarından memnuniyetlerinin arttığı görülmektedir. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık kurumlarından memnun olma olasılığı kronik hastalığı olmayanlara göre daha azdır. Redekop (2002)'nin

diyabet hastalarıyla ilgili yapmış olduğu çalışma, kronik hastalıklarla ilgili elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Bleich vd. (2009) ile Cohen (1996)'de de bu çalışmada elde edilen bulgulara paralel olarak bireylerin sağlık durumunun iyileşmesiyle memnuniyetlerinin artacağı bulgusu elde edilmiştir. Yataklı hastane hizmeti alanların modeldeki katsayıları kamu ve özel sağlık kurumlarında istatistiki olarak anlamlı iken günübirlik hizmet değişkenin katsayıları sadece 2008 deki özel sağlık kurumlarında anlamlıdır. Sağlık ocaklarından hizmet alma değişkenin katsayısı ise 2012 de istatistiki olarak anlamlı olup 2008 yılında anlamsızdır. Tüm sağlık kurumlarından hizmet alma durumlarının memnuniyet üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde hizmet alanların almayanlara göre memnun olma olasılığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Baykan vd. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada sağlık merkezine başvuru sayısı arttıkça hasta memnuniyetinin de arttığı görülmüştür. Alkol kullanan bireyler alkol kullanmayan bireylere göre tüm sağlık kurumlarından alınan hizmetlerden daha az memnundur.

Bu çalışmada faktör analizi ile elde edilen 6 değişken "fiziksel durum" ve "ruhsal durum" olarak iki kategori olarak değerlendirilebilmektedir. Fiziksel duruma ait 4 değişkenden ikisinin katsayılarının istatistiki olarak anlamlılığından bahsedilirken ruhsal durum değişkenlerin tüm sağlık kurumlarındaki katsayıları istatistiki olarak anlamlıdır. Bireylerin kişisel bakım faaliyetlerini yapabilmelerinin artmasıyla özel sağlık kurumlarındaki memnuniyetlerinin de arttığı görülmektedir. Ayrıca 2008 yılında görsel yeterliliğin artmasıyla sağlık ocaklarından memnuniyetin azaldığı görülmektedir. Bireylerin olumlu ruh hallerinin artması sağlık kurumlarından memnuniyetlerini arttırırken olumsuz ruh hallerinin artması memnuniyetlerini azaltmıştır.

3.4.2. Hekimlerin Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları

Ek-Tablo 6 ve Ek-Tablo 8'deki model tahminleri incelendiğinde elde edilen fark oranlarına göre bireylerin hekim hizmetlerinden memnun olma durumları üzerinde önemli etkiye sahip değişkenler başta bireyin eğitim durumu olmak üzere sağlık güvencesinin olup olmadığı, kendi hesabına çalışması ve ücretsiz aile işçisi olması, bireyin genel sağlık durumu, ayakta sağlık hizmeti alma durumu, bireyin kişisel bakım faaliyetlerini yapabilmesi ve olumlu ruh halidir. 2012 yılında 2008' e

göre diş hekimlerinden memnuniyette gelirin daha önemli bir değişken olduğu söylenebilir. 2008 yılında ise tüm gelir grupları incelendiğinde sadece 1700 TL ve üzeri gelire sahip olma, uzman hekim ve diş hekimlerinden memnuniyet üzerinde etkili ve önemli bir değişkendir.

Ek-Tablo 6 ve Ek-Tablo 8 incelendiğinde 2008 ve 2012 yıllarında kentsel kesimde yaşayanların kırsal kesimde yaşayanlara göre hekim hizmetlerinden memnun olma olasılığının daha az olduğu görülmektedir. Bireylerin yaşlarının artmasıyla hekimlerden memnuniyetlerinin de arttığı gözlenmektedir. Heje vd. (2008) yaptığı çalışmada hasta yaşının artmasıyla aile hekiminin olumlu değerlendirilmesi arasında kuvvetli ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların aksine Kıdak ve Aksaraylı (2008)'da yaş artışıyla birlikte hekim memnuniyetinin de azaldığı sonucu elde edilmiştir. Diş hekimi hizmetlerinde erkeklerin kadınlara göre memnun olma olasılığının daha az olduğu dikkat çekmektedir. Karadağ (2007) ve Söyleyici (2010)'nin yapmış oldukları aile hekimliği memnuniyet çalışmasında kadınların erkelerden daha memnun oldukları tespit edilerek bu çalışmadan elde edilen sonuçları desteklemektedir. Ayrıca birçok çalışmada da (Öz, 2004; Hall ve Dornan, 1990) cinsiyetin hekim memnuniyeti üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur. Sadece 2012 yılında bekârların evlilere göre aile hekimlerinden memnun olma olasılığının daha az olduğu söylenebilmektedir.

2008 yılı aile hekimleri ve 2012 yılı uzman hekimleri hizmetlerinde sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre memnun olma olasılığı daha fazladır. Bireylerin eğitim seviyesinin artmasıyla hekim hizmetlerinden memnuniyetin azaldığı bulunmuştur. Elde edilen bulguları destekleyen bir çalışmayı da Ağdemir (2012) aile hekimliğinden memnuniyet üzerine yapmıştır. Çalışma durumu değişkenlerinin katsayıları ücretli çalışanların uzman hekimlerde, kendi hesabına çalışanların sadece 2008 yılı aile hekimlerinde ve ücretsiz aile işçilerinin aile ve diş hekimlerine ait modellerde istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. Ücretli çalışan bireylerin herhangi bir işte çalışmayan bireylere göre uzman hekimlerinden memnun olma olasılığı daha az iken kendi hesabına çalışanların aile hekimlerinden, ücretsiz aile işçileri de aile ve diş hekimlerinde çalışmayanlarla karşılaştırıldığında daha fazladır. 2012 yılında bireylerin gelir seviyesinin artması diş hekimlerinden memnuniyeti arttırırken, diğer tüm hekimlerin hizmetlerinden memnuniyeti azaltmıştır. Bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesiyle hekimlerden memnuniyet de artmaktadır.

Hekimlerden hizmet alma değişkeni katsayılarının da tüm hekim memnuniyetlerinde istatistiki olarak anlamlı olduğu ve hizmet alan bireylerin almayanlara göre daha memnun oldukları gözlenmektedir. 2008 yılında alkol kullanan bireylerin kullanmayanlara göre tüm hekimlerden memnun olma olasılığının daha az olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin fiziksel ve ruhsal durumları incelendiğinde genellikle fiziksel durumlarının iyileşmesiyle hekimlerden memnuniyetin azaldığı görülür. Bireylerin ruhsal durumlarının iyileşmesi hekimlerden memnuniyeti arttırırken olumsuz ruh halini artması memnuniyeti azaltmıştır.

SONUÇ

Günümüz dünyasında sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin gerek karar verme gerekse bakım aşamalarında sürece katılımlarını sağlayan modeller giderek önemini arttırmaktadır. Özellikle kişilerin sağlık hizmeti hakkındaki görüşleri kalitenin sağlanması açısından önemli bir yol göstericidir. Bakım esnasında sağlık hizmeti veren personel ile sağlık hizmetini talep eden hasta aynı ortamda etkileşimde bulunmakta ve bu etkileşimde kişilerden ve ortamdan kaynaklanan memnuniyet veya memnuniyetsizlik durumları ortaya çıkabilmektedir. Hasta memnuniyeti "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlanmaktadır (Mollahaliloğlu vd., 2011: 1). Hasta memnuniyetini ölçen araştırmalar, sağlık kuruluşlarının üstünlük ve zayıf yönlerini ortaya çıkarmada ve birbirleriyle olan rekabetleri açısından önem arz etmektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden memnuniyetin araştırıldığı bu çalışma literatüre iki önemli katkı sağlamaktadır. Bunlardan ilki, TÜİK tarafından gerçekleştirilen "Türkiye Sağlık Araştırması" ile sağlık kurumlarının ve hekimlerin vermiş olduğu hizmetlerden memnuniyetin karşılaştırılarak araştırılması, diğeri ise 2008 ve 2012 yıllarında tüm sağlık hizmetlerinden memnuniyetin nasıl ve ne ölçüde değiştiğinin tespit edilmesidir.

Literatür incelendiğinde sağlık hizmetlerinden memnuniyet çalışmalarının oldukça fazla olduğu görülmektedir. Fakat bu çalışmaların büyük çoğunluğu ya il geneli ya da bir veya birkaç sağlık kurumu baz alınarak yapılmış çalışmalardır. Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı; TÜİK tarafından gerçekleştirilen 2008 ve 2012 yıllarına ait "Türkiye Sağlık Araştırması" anketi verileri kullanılarak bireylerin Kamu Hastaneleri, Özel Sağlık Kurumları, Sağlık Ocakları ve AÇSAP Merkezleri ile Aile Hekimleri ve Pratisyen Hekimler, Uzman Hekimler ve Diş Hekimlerinin vermiş olduğu sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin sıralı logit model kullanılarak araştırılmasıdır.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyetin araştırıldığı bu çalışmada elde edilen modellerde kullanılan bağımlı değişken sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyettir. Bağımlı değişkenin sıralı bir yapı içermesinden dolayı analizlerde sıralı logit modelleri kullanılmıştır. Bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranları dikkate alındığında 2008 ve 2012 yılları arasında önemli bir artış görülmektedir.

Memnuniyetsizlik oranlarında da aynı oranda bir düşüş söz konusudur. 2008 yılında kamu hastanelerinde memnuniyet oranı %67,1 ve memnuniyetsizlik oranı %15,6 iken 2012 yılında memnuniyet oranı %76,8'e yükselirken memnuniyetsizlik oranı da %10,6 ya düşmüştür. Model sonuçları incelendiğinde kentsel kesimde yaşayanların kırsal kesimde yaşayanlara göre tüm sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılığının daha az olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak kentsel bölgede yaşayanların sağlık hizmeti alma alternatiflerinin kırsal bölgede yaşayanlara nazaran daha çok olması ve sağlık hizmetlerinden beklentilerinin de o nispette daha fazla olmasıyla açıklanabilmektedir. Cinsiyet ve medeni durum değişkenlerinin sağlık hizmetleri modellerinin çoğunda etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Bireylerin yaşlarının artmasıyla hem sağlık kurumlarından hem de hekimlerden memnun olma olasılıkları artmaktadır. Bu bulgu literatürdeki birçok çalışmayla desteklenmektedir. Yaşın ilerlemesiyle artan sağlık sorunlarının çokluğu bireylerin hizmetlerden beklentilerini düşürmekte daha çok hizmetin işlevselliğine yönlendirmektedir. Elde edilen bulgularda bireylerin eğitim ve gelir seviyelerinin artmasıyla sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin azaldığı görülmektedir. Elde edilen sonuçlar yapılan çoğu memnuniyet çalışması sonuçlarıyla benzerdir. Eğitim ve gelir seviyesi yükselen bireylerin sağlık hizmeti alma alternatifleri hakkında daha fazla bilgilenmesi ve dolayısıyla standartlarının ve beklentilerinin artması memnuniyet oranlarını düşürecektir. Çalışmada sağlık güvencesi olan bireylerin olmayanlara göre sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Sağlık güvencesi olan bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânları daha fazla olmakta ve bunun da sağlık hizmetlerinden memnuniyeti olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesi sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini arttırmaktadır ve benzer sonuçlar kronik hastalığı olan ve alkol kullanan bireylerde de görülmektedir. Sağlık hizmetlerinden hizmet alan bireylerin hizmet almayanlara göre memnun olma olasılıkları daha fazladır. Faktör analizi ile elde edilen değişkenlerden bireylerin fiziksel durumlarını gösteren değişkenlerin sağlık hizmetlerinde çoğu yerde etkilerinin olmadığı bulunmuştur. Fakat bireylerin ruhsal durumlarını gösteren olumlu ruh hallerinin artmasıyla memnuniyetlerinin arttığı, olumsuz ruh hallerinin artmasıyla da memnuniyetlerinin azaldığı görülmüştür. Ruh hali iyi olan bir bireyin çevresindeki olayları daha olumlu değerlendireceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada 2008 ve 2012 yılları karşılaştırıldığında analizlerden elde edilen önemli sonuçlar şu şekildedir;

- Örneklem hacmindeki ciddi artış (yaklaşık 2 kat) sonuçların gerçeğe daha yakın olmasını sağlamaktadır.
- Memnuniyet oranlarındaki artış ve memnuniyetsizlik oranlarındaki azalış sağlık alanında yapılan yeniliklerin sağladığı katkıyı göstermektedir.
- Sağlık güvencesi olan bireylerin oranlarındaki artış, SDP çerçevesinde sosyal güvenlik kurumlarında yapılan yeniliklerin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır.
- Bireylerin genel sağlık durumundaki iyileşme ve kronik hastalığa sahip olanların oranının azalması, bireylerin daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlanabildiği ve daha kaliteli hizmet aldıklarının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.
- Bireylerin sağlık hizmeti alma durumları incelendiğinde kamu hastanelerinden ve özel sağlık kurumalarından hizmet alma oranları düşerken, sağlık ocakları, aile hekimleri ve uzman hekimlerden hizmet alma oranlarında önemli yükselmeler görülmektedir. Bu durum hekimlerin kalitesinin artması özellikle de sağlık ocakları ve aile hekimliğinde yapılan düzenlemelerin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Günümüzde sağlık alanında yapılan pek çok yenilik mevcuttur. Özellikle Sağlık Bakanlığının 2003 yılında adımlarını attığı SDP ile sağlık hizmetlerinde çok önemli yenilikler yapılmıştır. Yapılan bu yeniliklerin bireyler üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu ölçmek için Türkiye genelinde bu tür memnuniyet çalışmalarının artırılması gerekmektedir. Memnuniyet temel ölçütler arasında kabul edilerek, bireylerin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri dikkate alınarak politika geliştirilir. Literatürde yapılacak çalışmaların düzenli bir şekilde tekrarlanması ve elde edilen sonuçların önceki yıllara ait sonuçlarla karşılaştırılması geleceğe yönelik sağlık alanında oluşturulacak politikalara önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Ağdemir, H. (2012). Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mersin: Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ahmad, I., Nawaz, A., Khan, S., Khan, H., Rashid, M. A., ve Khan, M. H. (2012). Predictors of Patient Satisfaction. Gomal Journal of Medical Sciences, 9(2): 183-188.

Akbaş, E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği). (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Akdağ, R., Aydın, S., Buzgan, T. ve Gündüz, F. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Akdur R. (2006). Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyumu (Genişletilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Akdur, R., Çöl, M., Işık, A., İdil, A., Durmuşoğlu, M. ve Tunçbilek, A. (1998). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. Halk Sağlığı (ss.6-14). Ankara: Antıp AŞ Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.

Akgül, M. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Hastanesinde Bir Uygulama Çalışması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Akgün, S. (2002). Hasta Memnuniyeti Değişimleri. Modern Hastane Yönetimi Dergisi. 6(3): 12-18.

Akgün, S., Uçku, U., Kara, T., Özkazanç, A., Gülşen, B., ve Erkal, P. (1999). Başkent Üniversitesi Hastanesinde Sunulan Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi. Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.

Akın, B.H. ve Şentürk, E. (2012). Bireylerin Mutluluk Düzeylerinin Ordinal Lojistik Regresyon Analizi ile İncelenmesi. Öner Dergisi. 10(37): 183-193.

Akın, C.S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Harcamaları. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akın, F. (2002). Kalitatif Tercih Modelleri Analizi. Bursa: Ekin Kitabevi.

Akkaya, Ş. ve Pazarlıoğlu, M.V. (1998). Ekonometri 2. İzmir: Erkam Yayınevi.

Aksaraylı, M. ve Saygın, Ö. (2011). Algılanan Hizmet Kalitesi ve Lojistik Regresyon Analizi ile Hizmet Tercihine Etkisinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 13(1): 21-37.

Aktan, C.C. ve Işık A.K. (2007). Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı Yayını. http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf, (11.06.2016)

Aktaş, A. (2007). Hastane İşletmelerinde Ev İdaresi Hizmetlerinde Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma (KTÜ Farabi Hastanesi Örneği). (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Akyol, D.A. (1993). Hemodialize Giren Hastaların Verilen Bakımdan Memnun Olmalarının Değerlendirilmesi. Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı (ss.80-91). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.

Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi 64: 33-58.

Amemiya, T. (1981). Qualitative Response Models: A Survey. Journal of Economic Literature. 19(4): 1483-1536.

Apay, S.E. ve Arslan, S. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hastaların Tatmin Olma Düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 8(3): 239-244.

Arslantaş, D. (2013). Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı. Temel Sağlık Hizmetleri (ss.2-19). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.

Astar, M. (2009). OECD Ülkelerinde Taylor Kuralı'nın Geçerliliğinin Logit Modelleri ile İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aydoğan, Ü. (2005). Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi.

Barak, N.A. (2005). Sıralı (Ordinal) ve Multinomial Logit Modeller Üzerine Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü.

Başara, B.B., Güler, C. ve Yentürk, G.K. (2014). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.

Başol, E. ve Işık, A. (2015). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. IAAOJ Sosyal Bilimler Dergisi. 2(2): 1-26.

Baykan, Z., Özkan, S. ve Maral, I. (2004). Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine Başvuran Kadınların Hizmetten Memnuniyet Durumları. Erciyes Tıp Dergisi. 26(3): 98-104.

Ben-Akiva, M.E. ve Lerman, S.R. (1985). Discrete Choice Analysis: Theory and Application to Travel Demand. Cambridge, MA: MIT Press.

Bleich, S.N., Özaltin, E. ve Murray, C.J. (2009). How Does Satisfaction With The Health-Care System Relate To Patient Experience?. Bull of the World Health Organization. 87: 271-278.

Bock, R.D. ve Jones, L.V. (1968). The Measurement and Prediction of Judgemen and Choice. San Francisco: Holden-Day.

Bostan, S. (2006). Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu. Sağlık Hakkı Dergisi. 1(1): 1-12. http://www.haksay.org/files/sedat05.doc, (01.07.2016).

Boyer, L., Francois, P., Doutre, E., Weil, G. ve Labarare, J. (2006). Perception and Use of the Results of Satisfaction Surveys by Care Providers in a French Teaching Hospital. International Journal for Quality in Health Care. 18(5): 359-364.

Brant, R. (1990). Assessing Proportionality in the Proportional Odds Model for Ordinal Logistic Regression. Biometrics. 46(4): 1171-1178.

Butler, D., Oswald, S.L. ve Turner, D.E. (1996). The Effects of Demographics on Determinants of Perceived Health-Care Service Quality: The Case of Users and Observers. Journal of Management in Medicine. 10(5): 8-20.

Canbay, T. ve Selim, S. (2010). Türkiye'de Hanehalkı Yoksulluğu. Ege Akademik Bakış. 10(2): 627-649.

Carmeron, C.A. ve Trivedi, P.K. (2010). Microeconomics Using Stata Revised Edition. Texas: Stata Press.

Carr-Hill, R.A. (1992). The Measurement of Patient Satisfaction. Journal of Public Health. 14(3): 236-249.

Cebeci, İ. (2012). Krizleri İncelemede Kullanılan Nitel Tercih Modelleri: Türkiye İçin Bir Probit Model Uygulaması (1988-2009). İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası. 62(1): 127-146.

Cıvdı, D. (2014). Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Hizmetlerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bir Hastane Uygulaması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Clark, C. (1961). The Greatest of a Finite Set of Random Variables. Operations Research. 9: 145-162.

Cohen, G. (1996). Age and Health Status in a Patient Satisfaction Survey. Social Science & Medicine, 42(7): 1085-1093.

Çağlar, A. ve Gülel, F.E. (2015). Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet: Etkinlik ve Mekânsal Etkileşim Analizi. Journal of Life Economics. 4: 29-58.

Çakmakyapan, S. (2011). Belirli Ölçütlere Göre İki Düzeyli Lojit ve Probit Modellerin Karşılaştırılması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Muğla: Muğla Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Çelebi, A.K. ve Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Maliye Dergisi. 164: 47-67.

Çelik, A.K., Oktay, E. ve Akbaba, A.İ. (2014). An Ordered Logit Analysis of Inpatient and Outpatient Satisfaction in a Turkish State Hospital. Istanbul University Journal of the School of Business. 43(2): 237-250.

Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. 66(3): 55-92.

Çelikkalp, Ü., Temel, M., Saraçoğlu, G.V. ve Demir, M. (2011). Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6(17): 1-14.

Çolakoğlu, G. (2011). Mincer Kazanç Denkleminin Türkiye ve Almanya İçin Genelleştirilmiş Sıralı Logit Modelleri ile Analizi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Deldal, Y.B. (2015). Ülkemizde Yeşil Kart Gerçeği ve Güncel Uygulamalarla Değerlendirmesi. https://www.medikalakademi.com.tr/ulkemizde-yesl-kart-gerceg-ve-guncel-uygulamalarla-degerlendrme/, (23.06.2016)

Dinç, D., Ünalan, P.C., Topsever, P. ve Özyavaş, S. (2009). Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 13(2): 93-98.

Donabedian, A. (1992). The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. Quality Review Bulletin. 18(11): 356-360.

Engiz, O. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini. http://www.merih.net/m1/woguzen21.htm, (14.06.2016).

Ercan, İ., Ediz, B. ve Kan, İ. (2004). Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 30(3): 151-157.

Erdem, R., Rahman, S., Levent, A., Demirel, B., Köseoğlu, S., Fırat, G. ve Kubat, C. (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. (31): 95-110.

Eren, M. (2012). Sınırlı Bağımlı Değişkenli Modeller ve Ülkelerin Gelişmişlik Düzeyleri Üzerine Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi. İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya. 2: 95-104.

Esatoğlu, A.E. (1997). Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Forbes, L.M. ve Brown, N.H. (1995). Developing a Instrument for Measuring Patient Satisfaction. AORN Journal. 61 (4): 737-743.

Gök, S. (2010). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Gökbunar, A., Selim, S. ve Yanıkkaya, H. (2007). Türkiye'de Vergi Ahlakını Belirleyen Faktörler Üzerine Bir Araştırma. Ekonomik Yaklaşım. 18(63): 69-94.

Greene, W. H. (2012). Econometric Analysis- Seventh Edition. England: Pearson Education.

Grosmann, M. (1982). Government and Health Outcomes. The American Economic Review. 72(2): 191-195.

Gujarati, D. N. ve Porter C. D. (2009). Basic Econometrics Fifth Edition. New York: McGraw-Hill Education.

Güldalı, D., Semin S. ve Oğlak S. (2000). Üçüncü Basamak Hastanelere Başvuru Nedenleri. 3.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları.

Güriş, S. ve Çağlayan, E. (2013). Ekonometri Temel Kavramlar. İstanbul: Der Yayınları.

Hall, J.A. ve Dornan, M.C. (1990). Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction With Medical Care: a Meta-Analysis. Social Science & Medicine. 30(7): 811-818.

Hall, J.A. ve Dornan, M.C. (1988). Meta-Analysis of Satisfaction With Medical Care: Description of Research Domain and Analysis of Overall Satisfaction Levels. Social Science & Medicine. 27(6): 637-644.

Hart, J., Neiman, V., Chaimoff, C., Wolloch, Y. ve Djaldetti, M. (1996). Patient Satisfaction in Two Departments of Surgery in a Community Hospital. Israel Journal of Medical Sciences. 32(12): 1338-1343.

Hausman, J. ve D. McFadden. A Specification Test for the Multinomial Logit Model. Econometrica. 52: 1219-1240.

Hausman, J.A. ve Wise, D.A. (1978). A Conditional Probit Model for Qualitative Choice: Discrete Decisions Recognizing Interdependence and Heterogeneous Preferences. Econometrica. 46: 403-426.

Hayran O. (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Sağlık ve Hastalık Kavramları (ss.1-8). İstanbul: Yüce Yayım.

Hayran, O. ve Sur, H. (1997). Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Heje, H.N., Vedsted, P., Sokolowski, I. ve Olesen, F. (2008). Patient Characteristics Associated With Differences in Patients' Evaluation of Their General Practitioner. BMC Health Services Research. 8:178.

Hekkert, K.D., Cihangir, S., Kleefstra, S.M., Berg, V.D.B. ve Kool, R.B. (2009). Patient Satisfaction Revisited: a Multilevel Approach. Social Science & Medicine. 69(1): 68-75.

Hoşgönül, E. (1998). Gata Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda Açık Kalp Ameliyatı Geçirenlerde Hasta Tatminin Saptanması. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı.

Huang, J.A., Lai, C.S., Tsai, W.C., Weng, R.H., Hu, W.H. ve Yang, D.Y. (2004). Determining Factors of Patient Satisfaction For Frequent Users of Emergency Services in a Medical Center. Journal-Chinese Medical Association. 67(8): 403-410.

Huber, J.P., Saldutto, B., Hürny, C., Conzelmann, M., Beutler, M., Fusek, M. ve Münzer, T. (2008). Assessment of Patient Satisfaction in Geriatric Hospitals: a Methodological Pilot Study. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie. 41(2): 124-131.

Imai, K. ve Van Dyk, D.A. (2005). MNP: R Package for Fitting the Multinomial Probit Model. Journal of Statistical Software. 14(3): 1-32.

İnal, M.E., Topuz, D. ve Uçan, O. (2006). Doğrusal Olasılık ve Logit Modelleri ile Parametre Tahmini. Sosyoekonomi. 3(3): 101-125.

Jackson, J. L., Chamberlin, J. ve Kroenke, K. (2001). Predictors of Patient Satisfaction. Social Science & Medicine. 52(4): 609-620.

Jakobsson, L., Hallberg, I.R., Lovén, L. ve Ottosson, B. (1994). Patient Satisfaction With Nursing Care, Evaluation Before and After Cutback in Expenditure and Intervention at a Surgical Clinic. International Journal for Quality in Health Care. 6(4): 361-369.

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N. ve Chandola, T. (2002). Patients' Experiences and Satisfaction With Health Care: Results of a Questionnaire Study of Specific Aspects of Care. Quality and Safety In Health Care. 11(4): 335-339.

Kan, N. (2014). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Alanya'da Yaşayan Yabancı Uyruklu Hastalar Örneği). (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kara, N.E. (2011). Türkiye'de İstihdamı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: D.E.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karabulut, K. (1998). Türkiye'de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karaca, Ş.B. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karadağ, Z. (2007). Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karahan, S. (2005). Multinomial Logit Modeller ve Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Kavuncubaşı, Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Khayat, K. ve Salter, B. (1994). Patient Satisfaction Surveys As a Market Research Tool For General Practices. Br J Gen Pract. 44(382): 215-219.

Kıdak, L.B. ve Aksaraylı, M. (2008). Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 10(3): 87-122.

Kırılmaz, H. (2013). Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(1): 11-21.

Konca, G.E., İlhan, M.N., ve Bumin, M.A. (2006). Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Tıp Dergisi. 17(3): 42-52.

Kurudal, Ö. (2015). Ankara Devlet Hastanelerindeki Kalite ve Memnuniyet Çalışmaları Konusunda Hasta ve Hemşire Görüşleri: Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi Örneği. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Lee, M.J. (2010). Micro-Econometrics Methods of Moments and Limited Dependent Variables. New York: Springer.

Leebov, W. ve Scoot, G. (1994). Service Quality Improvement-The Customer Satisfaction Strategy for Health Care. American Hospital Publishing, Inc.

Lerman, S.R. ve Manski, C.F. (1981). On The Use of Simulated Frequencies to Approximate Choice Probabilities. Structural Analysis of Discıete Data with Econometric Applications 4th (pp.305-319). Cambridge: MIT Press.

Liao, T. F. (1994) Interpreting Probability Models: Logit, Probit, and Other Generalized Linear Models, ABD: Sage Publications.

Lin, C.C. (1996). Patient Satisfaction With Nursing Care As An Outcome Variable: Dilemmas For Nursing Evaluation Researchers. Journal of Professional Nursing. 12(4): 207-216.

Long, J.S. (1997). Regression Models For Categorical and Limited Dependent Variables. Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Maddala, G.S. (1986). Limited-Dependent and Qualitative Variables In Econometrics (No. 3). Cambridge University Press.

Maddala, G.S. (1988). Introduction To Econometrics Second Edition. ABD: Macmillan Publishing Company.

Manski, C.F. ve McFadden, D. (1990). on the Use of Simulated Frequencies to Approximate Choice Probabilities. Structural Analysis of Discrete Data with Econometric Applications (pp.305-319). Massachusetts: The MIT Press.

McFadden, D. (1984). Econometric Analysis of Qualitative Response Models. Handbook of Econometrics (pp. 395-1457). Amsterdam: Elsevier Science Publishers.

Meral, Y. (2006). Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Mittal, V. (2016). Measuring & Managing Patient Satisfaction: Implementing Customer-Focused Strategy in Healthcare Using Patient Satisfaction Strategy Maps (PSSM). Teaching Note, Rice University, Houston, TX 77005. https://www.researchgate.net/publication/300109734_Measuring_Managing_Patient_Satisfaction_Implementing_Customer Focused_Strategy_in_Healthcare_Using_Patient_Satisfaction_Strategy_Maps_PSSM, (01.07.2016)

Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Ateşoğlu, D., Çiftçi, E., Tuncel, T. ve Akdağ, R. (2011). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Boz D., Demirok, A.B. ve Akdağ, R. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Mutlu, S. (2012). Akredite Edilmiş Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: İki (Özel) Hastane Uygulaması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Nakip, M. ve Özçifçi, V. (2015). Sağlık Hizmetlerinde İlişki Pazarlaması ve Hasta Memnuniyeti: Aksaray Aile Sağlığı Merkezlerinde Uygulama. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 46: 1-20.

Narlı, Y. (2009). Sağlık Sektöründe Hasta Memnuniyetini Arttırıcı Süreç İyileştirme Çalışmaları Üzerine Örnek Bir Uygulama: Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Nesanır, N. ve Dinç, G. (2008). Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi. TAF Preventive Medicine Bulletin 7(5): 419-428.

Nizam, D.K. (2007). Türkiye' de Yataklı Tedavi Kurumları Kapasite Kullanımlarının Sıralı Lojistik Regresyon Analizi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Odabaşı, Y. (2001). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları

Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetler Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi. (1): 1-22.

Öğüldü, E. (2009). Sosyal Güvenlik Açısından SSK ve Devlet Hastanelerinin Birleşmesi Sonucu Ortaya Çıkan Sorunlar ve Çözüm Yolları. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

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.

Öz, M. (2004). Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdamar, K. (1999). Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özen, Ü., Çam, H. ve Aslay, F.Y. (2011). Kalite Boyutları ve Sağlık Hizmeti Unsurları Açısından Hasta Memnuniyetine Bir Bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde Örnek Uygulama. Akademik Yaklaşımlar Dergisi. 2(1): 25-43.

Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırma Dergisi. 5: 140-143.

Özer, H. (2004). Nitel Değişkenli Ekonometrik Modeller. Ankara: Nobel Yayın.

Özgen, H. (1995). Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmini Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim. 10(69-70): 47-53.

Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özkoç, H.H. (2011). Yapısal Eşitlik Modelleri: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özlü, K.Z. (2006). Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztek, Z. (2004). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi. Ankara: Palme Yayıncılık.

Öztek, Z. ve Kubilay, G. (1993). Toplum Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Somgür Yayıncılık.

Öztüre, A. (2010). Hasta Memnuniyeti Üzerine İstatistiki Analiz. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk, R., Güleç, D., Güneri, S.E., Sevil, Ü. ve Gürmen, N. (2013). Hemşirelerin İş Yaşamı Kaliteleri ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2(3): 167-174.

Özuysal, H. (2011). Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ekonometrik Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Park, H. (2013). An Introduction To Logistic Regression: From Basic Concepts To Interpretation With Particular Attention To Nursing Domain. Journal of Korean Academy of Nursing. 43(2): 154-164.

Pascoe, G.C. (1983). Patient Satisfaction in Primary Health Care: a Literature Review and Analysis. Evaluation and Program Planning. 6(3-4): 185-210.

Powers, D.A. ve Xie, Y. (1999). Statistical Methods For Categorical Data Analysis. New York: Academic Press.

Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., ... ve Thompson, A. (2006). Predictors of Patient Satisfaction With Hospital Health Care. BMC Health Services Research. 6: 102.

Rahmqvist, M. (2001). Patient Satisfaction in Relation To Age, Health Status and Other Background Factors: a Model For Comparisons of Care Units. International Journal for Quality in Health Care. 13(5): 385-390.

Redekop, W.K., Koopmanschap, M.A., Stolk, R.P., Rutten, G.E., Wolffenbuttel, B.H. ve Niessen, L.W. (2002). Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes. Diabetes Care. 25(3): 458-463.

Ross, C., Gayle, F., Lisa, H. ve Rowland, W., (1987). The Role of Expectations in Patient Satisfaction with Medical Care. Journal of Health care Marketing. 7(4): 16-26.

Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar. Toplum ve Hekim Dergisi, 10(68): 38-44.

Selby, P. (1974). Health in 1980-90: a Predictive Study Based on an International Inquiry. Switzerland: S. Karger AG.

Selim, H., Selim, S. ve Eroğlu, S. (2011). Uluslararası Bir İmalat Firmasında Müşteri Memnuniyetini Belirleyen Faktörlerin Analizi. Gazi Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi. 26(3): 561-573.

Selim, S. (2008). Türkiye'de Bireysel Mutluluk Kaynağı Olan Değerler Üzerine Bir Analiz: Multinomial Logit Model. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 17(3): 345–358.

Selim, S. (2012). Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'de Bireysel Yaşam Tatmini ve Mutluluk Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Karşılaştırılmalı Analizi. Ankara: Gazi Kitabevi.

Shoup, C.S. (1987). Kamu Hizmetleri ve Nüfus Artısı, Çev. Batırel Ö. F. Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi, 4(2): 241-255.

Sitzia, J. ve Wood, N. (1997). Patient Satisfaction: a Review of Issues and Concepts. Soc Sci Med. 45(12): 1829-1843.

Sitzia, J. ve Wood, N. (1998). Patient Satisfaction With Cancer Chemotherapy Nursing: a Review of The Literature. International Journal of Nursing Studies, 35(1): 1-12.

Somunoğlu, S. (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi – I. Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi (ss.2-25). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Söyleyici, T. (2010). Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Studenmund, A.H. (2014). Using Econometrics: Pearson New International Edition: a Practical Guide. Pearson.

Şen, A. (2015). Finansal Krizlerin Tahmin Edilebilirliği: Türkiye Uygulaması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 12(3): 343-358.

T.C. Anayasası 1982. https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm, (01.07.2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/134, (01.07.2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara: Bölük ofset Matbaacılık Oto. Reklam. San. Tic. Ltd. Şti.

Tan, N.U. (2006). Cerrahi Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Tarı, R. (2008). Ekonometri. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Taşdemir, M. (1998). Ayaktan Bakım Hizmeti Veren Çeşitli Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Taşlıyan, M. ve Gök, S. (2012). Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(1), 69-94.

Tavşancı, G. (2010). Alternatif Yatırım Tercihlerinin Modellenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tekin, F. (1987). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 5(1), 263-298.

Temür, Y. (2010). İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Hastanelerin Etkinlik Analizi. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 29(2): 1-22.

Temür, Y. ve Bakırcı, F. (2008). Türkiye'de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması. Sosyal Bilimler Dergisi. 10(3): 261- 281.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Kitabevi.

Tezcan, D., Yücel, M.H., Ünal, U. B. ve Edirne, T. (2014). Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti. Pamukkale Tıp Dergisi. 7: 57-62.

Thi, P.L.N., Briancon, S., Empereur, F. ve Guillemin, F. (2002). Factors Determining Inpatient Satisfaction With Care. Social Science & Medicine. 54(4): 493-504.

Thiedke, C.C. (2007). What Do We Really Know About Patient Satisfaction?. Family Practice Management. 14(1): 33-36.

Thurstone, L. (1927). A Law of Comparative Judgement. Psychological Review. 34: 273-286.

Tokalaş, S. (2006). Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

TÜİK, 2006 Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.

TÜİK, 2012 Sağlık Araştırması Anketi Veri Seti Genel Bilgi, http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/sagAr_2012/turkce/index.html, (18.06.2016).

TÜİK, 2015 Yaşam Memnuniyeti Araştırması. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21518, (01.07.2016).

Tükel, B., Acuner, A.M., Önder, Ö.R. ve Üzgül, A. (2004). Ankara Üniversitesi İbn-İ Sina Hastanesi'nde Yatan Hasta Memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 57(4): 205-214.

Türkoğlu, Ç. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı-Program Dahilinde Gerçekleştirilen Reformlar ve Eleştiriler. https://www.academia.edu/14091212/Sa%C4%9Fl%C4%B1kta_D%C3%B6n%C3%BC%C5%9F%C3%BCm_Program%C4%B1-_Program_dahilinde_ger%C3%A7ekle%C5%9Ftirilen_reformlar_ve_ele%C5%9Ftiriler, (29.06.2016)

Uğurlu, E. (2010). Kesikli Seçim Modelleri – Logit Modeller. Ders Notları. https://www.academia.edu/2339154/Kesikli_Se%C3%A7im_Modelleri_Logit_Multiomial_Logit_Ordered_Logit_S%C4%B1ral%C4%B1_Lojit_Lojistik_Model_Marjinal_Etki_Odds_Oran%C4%B1, (03.06.2016)

Uz, H.M., Özbakır, D.İ. ve Ergin, C. (1997). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Bir Saha Çalışması. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü (ss.113-118). Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P. ve Vargas, D. (2004). Nurse Burnout and Patient Satisfaction. Medical Care. 42(2): 57-66.

Walker, J., Brooksby, A., McInerny, J. ve Taylor, A. (1998). Patient Perceptions of Hospital Care: Building Confidence, Faith and Trust. Journal of Nursing Management. 6(4): 193-200.

Watson, M.W. ve Stock, J.H. (2011). Introduction to Econometrics. ABD: Pearson.

Wooldridge, J.M. (2009). Introductory Econometrics: a Modern Approach, 4th Edition. Canada: South-Western Cengage Learning.

Wooldridge, J.M. (2014). Introduction to Econometrics: Europe, Middle East and Africa Edition. Canada: South-Western Cengage Learning EMEA.

World Health Organization (WHO). (1948). official Records of the World Health Organization (No. 2). New York: Internatıonal Health Conference.

Yağcı, M.İ. ve Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi - Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. Doğuş Üniversitesi Dergisi. 7(2): 218-238.

Yaşa, E. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yaylalı, M., Kaynak, S. ve Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma. Ege Akademik Bakış. 12(4): 563-573.

Yılmaz, F.Ö. (2010). Hasta Memnuniyetini Belirleyen Faktörler: Bir Uygulama. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 5(2): 69-74.

Yurtsever, A. (2015). Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yurtsever, S. (2013). Hastanelerin Hizmet Kalitesinin Hasta Tatmin Ölçeği ile Ölçülmesi: Karabük Devlet Hastanesinde Yatan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi. 1(1): 100-126.

Yüce, Ş.A. (2011). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti (Tokat Devlet Hastanesinde Bir Araştırma). (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yüksel, S.Ş. (2015). Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

EKLER

Ek-Tablo 1: 2008 Yılı Sağlık Kurumları Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Kamu Hastaneleri		**Özel Sağlık Kurumları**		**Sağlık Ocakları**	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Düzeyi	3.527	0.927	3.784	0.760	3.672	0.857
Yerleşim Yeri						
Kent	0.707	0.455	0.735	0.441	0.700	0.458
Kır (Temel Sınıf)	0.293	0.455	0.265	0.441	0.300	0.458
Yaş Grubu						
15 - 24	0.180	0.384	0.177	0.381	0.183	0.387
25 - 34	0.233	0.423	0.241	0.428	0.231	0.422
35 - 44	0.207	0.405	0.210	0.408	0.205	0.404
45 - 54	0.171	0.376	0.167	0.373	0.169	0.375
55 - 64	0.110	0.313	0.109	0.312	0.111	0.314
65 ve üzeri (Temel Sınıf)	0.099	0.299	0.095	0.293	0.100	0.301
Cinsiyet						
Erkek	0.452	0.498	0.447	0.497	0.443	0.497
Kadın (Temel Sınıf)	0.548	0.498	0.553	0.497	0.557	0.497
Sağlık Güvencesi						
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.880	0.325	0.880	0.325	0.877	0.328
Sağlık Güvencesi Olmayanlar (Temel Sınıf)	0.120	0.325	0.120	0.325	0.123	0.328
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Olmayan	0.169	0.374	0.159	0.366	0.172	0.377
İlköğretim	0.476	0.499	0.465	0.499	0.484	0.500
Ortaokul	0.083	0.276	0.083	0.275	0.081	0.274
Lise	0.177	0.382	0.186	0.389	0.171	0.377
Yüksekokul ve üzeri (Temel Sınıf)	0.095	0.294	0.108	0.311	0.092	0.289
Medeni Durum						
Bekâr	0.206	0.405	0.204	0.403	0.205	0.404
Evli (Temel Sınıf)	0.720	0.449	0.722	0.448	0.721	0.449
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	0.074	0.262	0.073	0.261	0.074	0.262

Ek-Tablo 1: 2008 Yılı Sağlık Kurumları Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri (Devamı)

	Kamu Hastaneleri		**Özel Sağlık Kurumları**		**Sağlık Ocakları**	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Çalışma Durumu						
Ücretli	0.415	0.493	0.423	0.494	0.404	0.491
İşveren	0.018	0.131	0.021	0.143	0.017	0.130
Kendi Hesabına	0.110	0.313	0.101	0.302	0.110	0.313
Ücretsiz Aile İşçisi	0.061	0.239	0.058	0.233	0.062	0.241
Çalışmayan (Temel Sınıf)	0.396	0.489	0.397	0.489	0.407	0.491
Gelir						
500 TL den az (Temel Sınıf)	0.252	0.434	0.226	0.419	0.256	0.436
500 TL - 750 TL	0.216	0.411	0.205	0.404	0.221	0.415
750 TL - 1100 TL	0.219	0.413	0.225	0.417	0.220	0.414
1100 TL - 1700 TL	0.178	0.382	0.188	0.390	0.176	0.381
1700 TL den fazla	0.135	0.342	0.156	0.363	0.127	0.334
Diğer Değişkenler						
Genel Sağlık Durumu	3.586	0.828	3.605	0.822	3.585	0.832
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	0.668	0.471	0.660	0.474	0.667	0.471
Yataklı Hastane Hizmet Alma Durumu	0.097	0.296	0.098	0.298	*	*
Günübirlik Hastane Hizmet Alma Durumu	0.476	0.499	0.484	0.500	*	*
Ayaktan Hizmet Alma Durumu	*	*	*	*	0.158	0.364
Alkol Kullanma	0.220	0.414	0.224	0.417	0.209	0.407
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Fiziksel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Görsel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumlu Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumsuz Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Örnek Hacmi	11768		9665		11146	

Ek-Tablo 2: 2008 Yılı Hekimler Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Aile Hekimi		**Uzman Hekim**		**Diş Hekimi**	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Düzeyi	3.686	0.782	3.799	0.682	3.770	0.738
Yerleşim Yeri						
Kent	0.709	0.454	0.716	0.451	0.721	0.449
Kır (Temel Sınıf)	0.291	0.454	0.284	0.451	0.279	0.449
Yaş Grubu						
15 - 24	0.175	0.380	0.176	0.381	0.164	0.370
25 - 34	0.230	0.421	0.233	0.423	0.230	0.421
35 - 44	0.208	0.406	0.208	0.406	0.213	0.409
45 - 54	0.172	0.377	0.171	0.377	0.177	0.381
55 - 64	0.112	0.315	0.109	0.312	0.115	0.319
65 ve üzeri (Temel Sınıf)	0.103	0.304	0.101	0.302	0.102	0.302
Cinsiyet						
Erkek	0.441	0.497	0.446	0.497	0.452	0.498
Kadın (Temel Sınıf)	0.559	0.497	0.554	0.497	0.548	0.498
Sağlık Güvencesi						
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.880	0.325	0.880	0.325	0.882	0.323
Sağlık Güvencesi Olmayanlar (Temel Sınıf)	0.120	0.325	0.120	0.325	0.118	0.323
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Olmayan	0.164	0.371	0.166	0.372	0.162	0.369
İlköğretim	0.481	0.500	0.474	0.499	0.470	0.499
Ortaokul	0.083	0.275	0.083	0.276	0.086	0.281
Lise	0.176	0.380	0.178	0.383	0.180	0.384
Yüksekokul ve üzeri (Temel Sınıf)	0.097	0.296	0.099	0.298	0.102	0.302
Medeni Durum						
Bekâr	0.202	0.402	0.204	0.403	0.196	0.397
Evli (Temel Sınıf)	0.722	0.448	0.721	0.449	0.727	0.445
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	0.076	0.265	0.075	0.264	0.076	0.266

Ek-Tablo 2: 2008 Yılı Hekimler Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri (Devamı)

	Aile Hekimi		**Uzman Hekim**		**Diş Hekimi**	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Çalışma Durumu						
Ücretli	0.413	0.492	0.416	0.493	0.424	0.494
İşveren	0.017	0.129	0.018	0.133	0.020	0.139
Kendi Hesabına	0.109	0.312	0.109	0.312	0.110	0.314
Ücretsiz Aile İşçisi	0.063	0.243	0.059	0.235	0.059	0.236
Çalışmayan (Temel Sınıf)	0.398	0.489	0.398	0.490	0.387	0.487
Gelir						
500 TL den az (Temel Sınıf)	0.249	0.432	0.245	0.430	0.233	0.423
500 TL - 750 TL	0.218	0.413	0.213	0.409	0.213	0.410
750 TL - 1100 TL	0.222	0.416	0.218	0.413	0.222	0.416
1100 TL - 1700 TL	0.177	0.381	0.181	0.385	0.183	0.387
1700 TL den fazla	0.134	0.341	0.142	0.349	0.148	0.355
Diğer Değişkenler						
Genel Sağlık Durumu	3.583	0.831	3.582	0.828	3.592	0.820
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	0.673	0.469	0.672	0.470	0.669	0.470
Yataklı Hastane Hizmet Alma Durumu	*	*	*	*	*	*
Günübirlik Hastane Hizmet Alma Durumu	*	*	*	*	*	*
Ayaktan Hizmet Alma Durumu	0.532	0.499	0.604	0.489	0.295	0.456
Alkol Kullanma	0.220	0.415	0.222	0.415	0.229	0.420
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Fiziksel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Görsel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumlu Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumsuz Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Örnek Hacmi	8618		11379		10373	

Ek-Tablo 3: 2012 Yılı Sağlık Kurumları Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Kamu Hastaneleri		**Özel Sağlık Kurumları**		**Sağlık Ocakları**	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Düzeyi	3.705	0.797	3.824	0.678	3.865	0.662
Yerleşim Yeri						
Kent	0.740	0.439	0.753	0.431	0.739	0.439
Kır (Temel Sınıf)	0.260	0.439	0.247	0.431	0.261	0.439
Yaş Grubu						
15 - 24	0.174	0.379	0.171	0.376	0.173	0.378
25 - 34	0.203	0.402	0.206	0.404	0.202	0.402
35 - 44	0.202	0.401	0.203	0.402	0.200	0.400
45 - 54	0.178	0.382	0.177	0.382	0.177	0.381
55 - 64	0.126	0.332	0.126	0.332	0.128	0.334
65 ve üzeri (Temel Sınıf)	0.117	0.322	0.117	0.322	0.120	0.325
Cinsiyet						
Erkek	0.456	0.498	0.456	0.498	0.448	0.497
Kadın (Temel Sınıf)	0.544	0.498	0.544	0.498	0.552	0.497
Sağlık Güvencesi						
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.937	0.243	0.937	0.242	0.938	0.241
Sağlık Güvencesi Olmayanlar (Temel Sınıf)	0.063	0.243	0.063	0.242	0.062	0.241
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Olmayan	0.150	0.357	0.145	0.352	0.152	0.359
İlköğretim	0.488	0.500	0.477	0.500	0.491	0.500
Ortaokul	0.062	0.240	0.063	0.242	0.062	0.240
Lise	0.179	0.383	0.184	0.387	0.176	0.381
Yüksekokul ve üzeri (Temel Sınıf)	0.121	0.326	0.131	0.338	0.119	0.323
Medeni Durum						
Bekâr	0.219	0.413	0.216	0.411	0.214	0.410
Evli (Temel Sınıf)	0.696	0.460	0.699	0.459	0.699	0.459
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	0.086	0.280	0.085	0.279	0.087	0.282

Ek-Tablo 3: 2012 Yılı Sağlık Kurumları Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri (Devamı)

	Kamu Hastaneleri		**Özel Sağlık Kurumları**		**Sağlık Ocakları**	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Çalışma Durumu						
Ücretli	0.448	0.497	0.452	0.498	0.442	0.497
İşveren	0.014	0.119	0.016	0.125	0.013	0.115
Kendi Hesabına	0.098	0.297	0.096	0.295	0.097	0.297
Ücretsiz Aile İşçisi	0.039	0.194	0.036	0.187	0.039	0.195
Çalışmayan (Temel Sınıf)	0.401	0.490	0.399	0.490	0.407	0.491
Gelir						
500 TL den az (Temel Sınıf)	0.084	0.277	0.077	0.267	0.085	0.279
500 TL - 750 TL	0.123	0.329	0.118	0.323	0.125	0.331
750 TL - 1100 TL	0.248	0.432	0.244	0.429	0.250	0.433
1100 TL - 1700 TL	0.229	0.420	0.228	0.420	0.230	0.421
1700 TL den fazla	0.315	0.465	0.332	0.471	0.311	0.463
Diğer Değişkenler						
Genel Sağlık Durumu	3.717	0.793	3.725	0.786	3.712	0.792
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	0.503	0.500	0.498	0.500	0.504	0.500
Yataklı Hastane Hizmet Alma Durumu	0.093	0.290	0.094	0.291	*	*
Günübirlik Hastane Hizmet Alma Durumu	0.369	0.483	0.370	0.483	*	*
Ayaktan Hizmet Alma Durumu	*	*	*	*	0.214	0.410
Alkol Kullanma	0.206	0.405	0.207	0.405	0.200	0.400
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Fiziksel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Görsel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumlu Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumsuz Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Örnek Hacmi	24138		22325		23222	

Ek-Tablo 4: 2012 Yılı Hekimler Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri

	Aile Hekimi		Uzman Hekim		Diş Hekimi	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Düzeyi	3.907	0.658	3.903	0.575	3.878	0.615
Yerleşim Yeri						
Kent	0.741	0.438	0.744	0.436	0.747	0.435
Kır (Temel Sınıf)	0.259	0.438	0.256	0.436	0.253	0.435
Yaş Grubu						
15 - 24	0.172	0.377	0.170	0.375	0.166	0.372
25 - 34	0.202	0.401	0.204	0.403	0.202	0.402
35 - 44	0.201	0.400	0.203	0.402	0.204	0.403
45 - 54	0.177	0.382	0.178	0.382	0.182	0.386
55 - 64	0.128	0.335	0.127	0.333	0.127	0.333
65 ve üzeri (Temel Sınıf)	0.120	0.325	0.119	0.324	0.118	0.323
Cinsiyet						
Erkek	0.447	0.497	0.453	0.498	0.453	0.498
Kadın (Temel Sınıf)	0.553	0.497	0.547	0.498	0.547	0.498
Sağlık Güvencesi						
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.940	0.238	0.937	0.243	0.938	0.240
Sağlık Güvencesi Olmayanlar (Temel Sınıf)	0.060	0.238	0.063	0.243	0.062	0.240
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar Olmayan	0.151	0.358	0.148	0.355	0.147	0.355
İlköğretim	0.489	0.500	0.484	0.500	0.482	0.500
Ortaokul	0.062	0.242	0.062	0.242	0.062	0.241
Lise	0.177	0.382	0.180	0.384	0.181	0.385
Yüksekokul ve üzeri (Temel Sınıf)	0.120	0.325	0.125	0.331	0.128	0.334
Medeni Durum						
Bekâr	0.212	0.409	0.214	0.410	0.212	0.409
Evli (Temel Sınıf)	0.702	0.458	0.699	0.459	0.702	0.457
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	0.086	0.281	0.087	0.282	0.086	0.280

Ek-Tablo 4: 2012 Yılı Hekimler Memnuniyeti İçin Tanımlayıcı İstatistikleri (Devamı)

	Aile Hekimi		Uzman Hekim		Diş Hekimi	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma
Çalışma Durumu						
Ücretli	0.443	0.497	0.449	0.497	0.452	0.498
İşveren	0.014	0.117	0.015	0.122	0.015	0.122
Kendi Hesabına	0.098	0.297	0.098	0.298	0.098	0.298
Ücretsiz Aile İşçisi	0.039	0.194	0.039	0.193	0.038	0.191
Çalışmayan (Temel Sınıf)	0.407	0.491	0.399	0.491	0.397	0.489
Gelir						
500 TL den az (Temel Sınıf)	0.084	0.277	0.082	0.274	0.079	0.270
500 TL - 750 TL	0.124	0.329	0.121	0.327	0.122	0.327
750 TL - 1100 TL	0.250	0.433	0.248	0.432	0.246	0.430
1100 TL - 1700 TL	0.229	0.420	0.227	0.419	0.227	0.419
1700 TL den fazla	0.314	0.464	0.323	0.467	0.326	0.469
Diğer Değişkenler						
Genel Sağlık Durumu	3.709	0.791	3.714	0.791	3.718	0.786
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	0.508	0.500	0.508	0.500	0.503	0.500
Yataklı Hastane Hizmet Alma Durumu	*	*	*	*	*	*
Günübirlik Hastane Hizmet Alma Durumu	*	*	*	*	*	*
Ayaktan Hizmet Alma Durumu	0.677	0.468	0.629	0.483	0.298	0.457
Alkol Kullanma	0.202	0.402	0.210	0.407	0.209	0.407
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Fiziksel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Görsel Yeterlilik Durumu	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumlu Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Olumsuz Ruh Hali	0.000	1.000	0.000	1.000	0.000	1.000
Örnek Hacmi	22848		23994		23146	

Ek-Tablo 5: 2008 Yılı Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları

	Kamu Hastaneleri				Özel Sağlık Kurumları				Sağlık Ocakları			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Yerleşim Yeri												
Kent	-0.325	-6.860	0.000*	0.722	-0.272	-4.710	0.000*	0.762	-0.090	-1.810	0.070***	0.914
Yaş Grubu												
15 - 24	-0.798	-7.390	0.000*	0.450	-0.280	-2.150	0.032**	0.756	-0.676	-5.940	0.000*	0.509
25 - 34	-0.688	-7.480	0.000*	0.503	-0.276	-2.490	0.013**	0.759	-0.682	-7.030	0.000*	0.505
35 - 44	-0.466	-5.190	0.000*	0.628	-0.190	-1.760	0.078***	0.827	-0.474	-5.010	0.000*	0.623
45 - 54	-0.318	-3.630	0.000*	0.728	-0.179	-1.690	0.091***	0.836	-0.299	-3.230	0.001*	0.742
55 - 64	-0.274	-3.050	0.002*	0.760	-0.193	-1.800	0.071***	0.824	-0.207	-2.180	0.029**	0.813
Cinsiyet												
Erkek	0.069	1.380	0.168	1.071	-0.074	-1.240	0.217	0.929	-0.022	-0.400	0.688	0.979
Medeni Durum												
Bekâr	0.017	0.270	0.789	1.017	-0.054	-0.700	0.482	0.947	-0.173	-2.510	0.012**	0.841
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	0.018	0.230	0.820	1.019	-0.039	-0.410	0.683	0.961	-0.099	-1.160	0.247	0.906
Sağlık Güvencesi												
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.114	1.950	0.051***	1.121	0.266	3.800	0.000*	1.305	0.120	1.940	0.052***	1.127
Eğitim Durumu												
Okur-Yazar Olmayan	0.555	7.540	0.000*	1.882	0.378	4.410	0.000*	1.566	0.374	4.630	0.000*	1.614
İlköğretim	0.250	2.800	0.005*	1.741	0.372	3.480	0.001*	1.459	0.123	1.260	0.209	1.453
Ortaokul	0.189	2.530	0.012**	1.284	0.388	4.400	0.000*	1.450	0.101	1.220	0.224	1.131
Lise	0.632	6.840	0.000*	1.208	0.448	4.110	0.000*	1.474	0.479	4.820	0.000*	1.106
Çalışma Durumu												
Ücretli	-0.023	-0.430	0.667	0.978	-0.121	-1.910	0.056***	0.886	-0.059	-1.050	0.296	0.943
İşveren	-0.461	-3.220	0.001*	0.631	-0.146	-0.890	0.375	0.864	-0.337	-2.140	0.032**	0.714
Kendi Hesabına	0.129	1.650	0.099***	1.138	0.068	0.720	0.472	1.071	0.039	0.460	0.642	1.039
Ücretsiz Aile İşçisi	0.363	4.070	0.000*	1.437	0.289	2.730	0.006*	1.335	0.241	2.610	0.009*	1.273

Not: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.

Ek-Tablo 5: 2008 Yılı Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları (Devamı)

	Kamu Hastaneleri				Özel Sağlık Kurumları				Sağlık Ocakları			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Gelir												
500 TL - 750 TL	-0.144	-2.520	0.012**	0.866	-0.125	-1.790	0.073***	0.882	-0.094	-1.570	0.117	0.910
750 TL - 1100 TL	-0.280	-4.800	0.000*	0.756	-0.128	-1.820	0.068***	0.880	-0.159	-2.580	0.010*	0.853
1100 TL - 1700 TL	-0.260	-4.110	0.000*	0.771	-0.128	-1.690	0.091***	0.880	-0.179	-2.650	0.008*	0.836
1700 TL den Fazla	-0.364	-4.970	0.000*	0.695	0.075	0.870	0.384	1.078	-0.281	-3.560	0.000*	0.755
Sağlık Durumu												
Genel Sağlık Durumu	0.225	7.500	0.000*	1.252	0.131	3.670	0.000*	1.140	0.208	6.600	0.000*	1.231
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	-0.194	-4.310	0.000*	0.824	0.058	1.090	0.277	1.060	-0.147	-3.080	0.002*	0.863
Hizmet Alma												
Yataklı Hastane Hizmeti Alma Durumu	0.317	4.750	0.000*	1.373	0.261	3.310	0.001*	1.298	*	*	*	
Günübirlik Hastane Hizmeti Alma Durumu	-0.032	-0.810	0.418	0.969	0.176	3.720	0.000*	1.192	*	*	*	
Ayaktan Sağlık Hizmeti Alma Durumu	*	*	*		*	*	*		0.020	0.350	0.730	1.020
Diğer Değişkenler												
Alkol Kullanma	-0.528	-10.810	0.000*	0.590	-0.108	-1.830	0.067***	0.897	-0.299	-5.590	0.000*	0.742
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	0.013	0.660	0.511	1.013	0.039	1.740	0.083***	1.040	-0.009	-0.450	0.654	0.991
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	-0.004	-0.190	0.848	0.996	-0.003	-0.130	0.900	0.997	0.019	0.890	0.371	1.019
Fiziksel Yeterlilik Durumu	-0.015	-0.660	0.508	0.985	0.007	0.270	0.791	1.007	-0.038	-1.610	0.108	0.963
Görsel Yeterlilik Durumu	-0.013	-0.610	0.539	0.987	-0.024	-0.970	0.330	0.976	-0.064	-2.860	0.004*	0.938
Olumlu Ruh Hali	0.124	6.300	0.000*	1.132	0.136	5.850	0.000*	1.145	0.097	4.620	0.000*	1.102
Olumsuz Ruh Hali	-0.079	-3.980	0.000*	0.924	-0.087	-3.680	0.000*	0.917	-0.064	-3.010	0.003*	0.938
Hausman testi												
χ^2 (101), χ2 (102), χ2 (99)	4147.84		0.000		4225.35		0.000		4580.84		0.000	
Akaike Kriterleri												
AIC(Logit Model)	26270.32				18182.9				23084.04			
AIC(Probit Model)	26328.66				18194.09				23113.04			
Log likelihood	-13098.162				-9054.452				-11506.020			
Pseudo R^2	0.035				0.014				0.021			

Not-1: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.
Not-2: Hausman testinde χ^2 değerleri sırasıyla kamu hastaneleri, özel sağlık kurumları ve sağlık ocaklarına aittir.

Ek-Tablo 6: 2008 Yılı Hekimlerden Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları

	Aile Hekimi				Uzman Hekim				Diş Hekimi			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Yerleşim Yeri												
Kent	-0.278	-4.710	0.000*	0.757	-0.251	-4.510	0.000*	0.778	-0.342	-5.780	0.000*	0.711
Yaş Grubu												
15 - 24	-0.311	-2.340	0.019**	0.733	-0.620	-4.950	0.000*	0.538	-0.411	-3.060	0.002*	0.663
25 - 34	-0.293	-2.620	0.009*	0.746	-0.591	-5.550	0.000*	0.554	-0.456	-4.080	0.000*	0.634
35 - 44	-0.193	-1.770	0.077***	0.824	-0.433	-4.170	0.000*	0.648	-0.299	-2.760	0.006*	0.742
45 - 54	-0.106	-0.990	0.321	0.900	-0.352	-3.460	0.001*	0.704	-0.297	-2.820	0.005*	0.743
55 - 64	-0.009	-0.080	0.934	0.991	-0.298	-2.850	0.004*	0.742	-0.140	-1.300	0.194	0.869
Cinsiyet												
Erkek	-0.070	-1.130	0.257	0.932	0.027	0.460	0.645	1.027	-0.133	-2.150	0.032**	0.875
Medeni Durum												
Bekâr	-0.063	-0.780	0.436	0.939	0.012	0.160	0.869	1.012	0.048	0.590	0.555	1.050
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	-0.040	-0.400	0.690	0.961	0.043	0.470	0.641	1.044	0.150	1.540	0.124	1.161
Sağlık Güvencesi												
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.151	2.070	0.039**	1.163	0.104	1.530	0.127	1.110	0.092	1.270	0.203	1.096
Eğitim Durumu												
Okur-Yazar Olmayan	0.419	3.620	0.000*	1.520	0.204	1.900	0.058***	1.227	0.152	1.330	0.184	1.165
İlköğretim	0.309	3.360	0.001*	1.362	0.304	3.500	0.000*	1.355	0.118	1.280	0.201	1.125
Ortaokul	0.175	1.560	0.118	1.191	0.246	2.330	0.020**	1.279	0.089	0.800	0.424	1.093
Lise	0.173	1.840	0.066**	1.189	0.069	0.780	0.432	1.072	0.020	0.210	0.832	1.020
Çalışma Durumu												
Ücretli	-0.056	-0.850	0.393	0.946	-0.168	-2.720	0.007*	0.845	-0.068	-1.030	0.301	0.935
İşveren	-0.207	-1.150	0.250	0.813	-0.265	-1.570	0.117	0.767	-0.029	-0.170	0.867	0.971
Kendi Hesabına	0.194	1.990	0.046**	1.214	-0.041	-0.450	0.656	0.960	0.033	0.340	0.732	1.033
Ücretsiz Aile İşçisi	0.345	3.130	0.002*	1.411	0.076	0.730	0.464	1.079	0.187	1.680	0.092***	1.205

Not: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.

Ek-Tablo 6: 2008 Yılı Hekimlerden Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları (Devamı)

	Aile Hekimi				Uzman Hekim				Diş Hekimi			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Gelir												
500 TL - 750 TL	-0.181	-2.530	0.011**	0.834	-0.127	-1.900	0.058***	0.881	-0.156	-2.190	0.029**	0.856
750 TL - 1100 TL	-0.342	-4.720	0.000*	0.710	-0.176	-2.580	0.010*	0.838	-0.247	-3.420	0.001*	0.781
1100 TL - 1700 TL	-0.270	-3.400	0.001*	0.763	-0.213	-2.890	0.004*	0.808	-0.232	-2.970	0.003*	0.793
1700 TL den Fazla	-0.278	-3.040	0.002*	0.757	0.044	0.510	0.613	1.045	0.086	0.940	0.349	1.089
Sağlık Durumu												
Genel Sağlık Durumu	0.163	4.440	0.000*	1.177	0.127	3.670	0.000*	1.136	0.177	4.860	0.000*	1.194
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	-0.081	-1.440	0.150	0.922	-0.002	-0.030	0.977	0.998	0.084	1.520	0.128	1.087
Hizmet Alma												
Yataklı Hastane Hizmeti Alma Durumu	*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	
Günübirlik Hastane Hizmeti Alma Durumu	*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	
Ayaktan Sağlık Hizmeti Alma Durumu	0.345	7.060	0.000*	1.411	0.261	5.460	0.000*	1.299	0.141	2.750	0.006*	1.152
Diğer Değişkenler												
Alkol Kullanma	-0.204	-3.350	0.001*	0.815	-0.164	-2.850	0.004*	0.848	-0.031	-0.510	0.612	0.970
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	-0.035	-1.400	0.163	0.966	-0.001	-0.050	0.956	0.999	0.023	0.990	0.324	1.023
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	-0.006	-0.240	0.810	0.994	0.004	0.180	0.859	1.004	-0.007	-0.290	0.774	0.993
Fiziksel Yeterlilik Durumu	-0.026	-0.930	0.351	0.974	-0.030	-1.140	0.254	0.971	-0.047	-1.720	0.085***	0.954
Görsel Yeterlilik Durumu	-0.068	-2.610	0.009*	0.934	0.003	0.110	0.909	1.003	-0.017	-0.660	0.506	0.984
Olumlu Ruh Hali	0.127	5.190	0.000*	1.135	0.153	6.730	0.000*	1.165	0.168	7.020	0.000*	1.183
Olumsuz Ruh Hali	-0.107	-4.350	0.000*	0.898	-0.111	-4.800	0.000*	0.895	-0.121	-4.980	0.000*	0.886
Hausman testi												
χ^2 (99), χ2 (99), χ2 (99)	3699.71		0.000		5198.49		0.000		4648.86		0.000	
Akaike Kriterleri												
AIC(Logit Model)	16640.61				18950.84				17548.03			
AIC(Probit Model)	16672.21				18969.52				17569.08			
Log likelihood	-8284.306				-9439.418				-8738.015			
Pseudo R^2	0.023				0.017				0.016			

Not-1: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.
Not-2: Hausman testinde χ^2 değerleri sırasıyla aile hekimi, uzman hekim ve diş hekimlerine aittir.

Ek-Tablo 7: 2012 Yılı Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları

	Kamu Hastaneleri				Özel Sağlık Kurumları				Sağlık Ocakları			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Yerleşim Yeri												
Kent	-0.303	-8.350	0.000*	0.739	-0.331	-8.220	0.000*	0.718	-0.081	-2.040	0.041**	0.922
Yaş Grubu												
15 - 24	-0.813	-9.930	0.000*	0.443	-0.674	-7.490	0.000*	0.510	-0.834	-9.260	0.000*	0.435
25 - 34	-0.695	-10.360	0.000*	0.499	-0.590	-8.040	0.000*	0.554	-0.720	-9.810	0.000*	0.487
35 - 44	-0.527	-8.170	0.000*	0.591	-0.514	-7.300	0.000*	0.598	-0.607	-8.620	0.000*	0.545
45 - 54	-0.377	-6.000	0.000*	0.686	-0.452	-6.600	0.000*	0.636	-0.515	-7.530	0.000*	0.598
55 - 64	-0.200	-3.160	0.002*	0.819	-0.288	-4.180	0.000*	0.750	-0.242	-3.530	0.000*	0.785
Cinsiyet												
Erkek	0.222	6.170	0.000*	1.249	-0.085	-2.140	0.032**	0.918	0.104	2.560	0.011**	1.109
Medeni Durum												
Bekâr	0.021	0.400	0.687	1.021	-0.043	-0.760	0.449	0.958	-0.119	-2.060	0.039**	0.888
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	-0.006	-0.110	0.911	0.994	0.126	2.010	0.045**	1.134	-0.035	-0.560	0.578	0.966
Sağlık Güvencesi												
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.107	1.850	0.065***	1.113	-0.031	-0.480	0.629	0.970	0.187	2.900	0.004*	1.206
Eğitim Durumu												
Okur-Yazar Olmayan	0.659	9.830	0.000*	1.934	0.382	5.190	0.000*	1.465	0.401	5.340	0.000*	1.493
İlköğretim	0.606	12.060	0.000*	1.834	0.490	8.850	0.000*	1.632	0.505	8.790	0.000*	1.657
Ortaokul	0.450	6.370	0.000*	1.568	0.357	4.590	0.000*	1.428	0.333	4.150	0.000*	1.395
Lise	0.260	5.070	0.000*	1.297	0.239	4.220	0.000*	1.271	0.173	2.930	0.003*	1.189
Çalışma Durumu												
Ücretli	-0.224	-5.660	0.000*	0.799	-0.104	-2.350	0.019**	0.902	-0.164	-3.710	0.000*	0.849
İşveren	-0.305	-2.540	0.011**	0.737	-0.123	-0.950	0.344	0.884	-0.381	-2.770	0.006*	0.683
Kendi Hesabına	-0.039	-0.660	0.51	0.962	0.009	0.140	0.891	1.009	-0.113	-1.730	0.083***	0.893
Ücretsiz Aile İşçisi	0.082	1.040	0.298	1.086	0.234	2.640	0.008*	1.264	0.040	0.470	0.637	1.041

Not: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.

Ek-Tablo 7: 2012 Yılı Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları (Devamı)

	Kamu Hastaneleri				Özel Sağlık Kurumları				Sağlık Ocakları			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Gelir												
500 TL - 750 TL	-0.053	-0.820	0.414	0.948	0.139	1.930	0.054***	1.149	0.033	0.470	0.640	1.034
750 TL - 1100 TL	-0.112	-1.890	0.059***	0.894	0.181	2.750	0.006*	1.198	-0.036	-0.560	0.576	0.964
1100 TL - 1700 TL	-0.051	-0.840	0.401	0.950	0.210	3.120	0.002*	1.234	0.010	0.150	0.880	1.010
1700 TL den Fazla	-0.143	-2.330	0.02**	0.867	0.169	2.480	0.013**	1.184	-0.129	-1.900	0.058***	0.879
Sağlık Durumu												
Genel Sağlık Durumu	0.216	9.020	0.000*	1.241	0.242	9.150	0.000*	1.274	0.209	7.870	0.000*	1.232
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	-0.125	-3.790	0.000*	0.883	0.038	1.040	0.297	1.039	-0.053	-1.440	0.150	0.948
Hizmet Alma												
Yataklı Hastane Hizmeti Alma Durumu	0.176	3.460	0.001*	1.192	0.197	3.520	0.000*	1.218	*	*	*	*
Günübirlik Hastane Hizmeti Alma Durumu	0.026	0.880	0.379	1.027	0.006	0.190	0.850	1.006	*	*	*	*
Ayaktan Sağlık Hizmeti Alma Durumu	*	*	*		*	*	*		0.163	4.080	0.000*	1.177
Diğer Değişkenler												
Alkol Kullanma	-0.566	-15.370	0.000*	0.568	-0.156	-3.790	0.000*	0.855	-0.324	-7.710	0.000*	0.724
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	-0.008	-0.570	0.571	0.992	0.012	0.760	0.446	1.012	0.002	0.120	0.902	1.002
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	-0.015	-0.950	0.340	0.985	-0.006	-0.330	0.739	0.994	-0.021	-1.230	0.220	0.979
Fiziksel Yeterlilik Durumu	0.003	0.150	0.878	1.003	0.011	0.570	0.567	1.011	-0.028	-1.480	0.139	0.972
Görsel Yeterlilik Durumu	0.047	3.050	0.002*	1.048	0.089	5.450	0.000*	1.093	0.047	2.760	0.006*	1.048
Olumlu Ruh Hali	0.138	9.220	0.000*	1.148	0.131	7.980	0.000*	1.140	0.136	8.180	0.000*	1.146
Olumsuz Ruh Hali	-0.110	-7.520	0.000*	0.896	-0.135	-8.380	0.000*	0.874	-0.144	-8.850	0.000*	0.866
Hausman testi												
χ^2 (102), χ2 (102), χ2 (98)	10352.57		0.000		10249.53		0.000		10448.83		0.000	
Akaike Kriterleri												
AIC(Logit Model)	45734.18				37332.27				36837.03			
AIC(Probit Model)	45790.26				37346.07				36841.55			
Log likelihood	-22830.092				-18629.134				-18382.514			
Pseudo R^2	0.031				0.019				0.022			

Not-1: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.
Not-2: Hausman testinde χ^2 değerleri sırasıyla kamu hastaneleri, özel sağlık kurumları ve sağlık ocaklarına aittir.

Ek-Tablo 8: 2012 Yılı Hekimlerden Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları

	Aile Hekimi				Uzman Hekim				Diş Hekimi			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Yerleşim Yeri												
Kent	-0.092	-2.360	0.019**	0.912	-0.232	-5.640	0.000*	0.793	-0.223	-5.260	0.000*	0.800
Yaş Grubu												
15 - 24	-0.709	-7.960	0.000*	0.492	-0.829	-8.920	0.000*	0.436	-0.604	-6.280	0.000*	0.547
25 - 34	-0.625	-8.650	0.000*	0.535	-0.805	-10.650	0.000*	0.447	-0.516	-6.650	0.000*	0.597
35 - 44	-0.512	-7.410	0.000*	0.599	-0.691	-9.540	0.000*	0.501	-0.481	-6.490	0.000*	0.618
45 - 54	-0.435	-6.500	0.000*	0.647	-0.546	-7.750	0.000*	0.579	-0.358	-4.980	0.000*	0.699
55 - 64	-0.199	-2.980	0.003*	0.819	-0.276	-3.890	0.000*	0.759	-0.112	-1.540	0.123	0.894
Cinsiyet												
Erkek	-0.007	-0.180	0.859	0.993	0.039	0.940	0.347	1.040	-0.129	-3.010	0.003*	0.879
Medeni Durum												
Bekâr	-0.108	-1.870	0.061***	0.897	-0.026	-0.440	0.658	0.974	0.019	0.300	0.761	1.019
Eşi Olmayan (Ölmüş veya Boşanmış)	-0.005	-0.080	0.935	0.995	0.049	0.770	0.442	1.051	0.065	0.990	0.324	1.067
Sağlık Güvencesi												
Sağlık Güvencesi Olanlar	0.087	1.330	0.185	1.091	0.110	1.660	0.097***	1.116	-0.025	-0.370	0.712	0.975
Eğitim Durumu												
Okur-Yazar Olmayan	0.221	2.960	0.003*	1.247	0.387	5.040	0.000*	1.473	0.178	2.250	0.024**	1.195
İlköğretim	0.377	6.540	0.000*	1.458	0.510	8.770	0.000*	1.666	0.321	5.330	0.000*	1.379
Ortaokul	0.243	3.050	0.002*	1.275	0.459	5.630	0.000*	1.583	0.180	2.150	0.032**	1.197
Lise	0.108	1.810	0.070***	1.114	0.240	4.020	0.000*	1.271	0.111	1.780	0.075***	1.117
Çalışma Durumu												
Ücretli	-0.060	-1.360	0.175	0.942	-0.134	-2.950	0.003*	0.874	-0.019	-0.400	0.690	0.981
İşveren	-0.220	-1.580	0.114	0.802	0.015	0.110	0.913	1.015	0.184	1.270	0.204	1.202
Kendi Hesabına	0.008	0.120	0.904	1.008	-0.068	-1.020	0.309	0.934	0.101	1.460	0.145	1.106
Ücretsiz Aile İşçisi	0.140	1.670	0.095***	1.150	-0.005	-0.060	0.952	0.995	0.178	1.920	0.055***	1.195

Not: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.

Ek-Tablo 8: 2012 Yılı Hekimlerden Memnuniyetin Sıralı Logit Model Tahmin Sonuçları (Devamı)

	Aile Hekimi				Uzman Hekim				Diş Hekimi			
	Katsayı	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**	**Katsayı**	**z**	**P>z**	**Fark Oranı**
Gelir												
500 TL - 750 TL	-0.070	-0.990	0.323	0.933	-0.016	-0.220	0.827	0.984	0.038	0.500	0.614	1.039
750 TL - 1100 TL	-0.025	-0.380	0.702	0.976	-0.057	-0.840	0.398	0.944	0.083	1.190	0.234	1.086
1100 TL - 1700 TL	-0.021	-0.310	0.756	0.980	-0.022	-0.320	0.752	0.978	0.119	1.660	0.097***	1.126
1700 TL den Fazla	-0.097	-1.450	0.148	0.907	-0.040	-0.570	0.567	0.961	0.110	1.530	0.126	1.117
Sağlık Durumu												
Genel Sağlık Durumu	0.213	8.090	0.000*	1.237	0.249	9.110	0.000*	1.283	0.202	7.220	0.000*	1.224
Herhangi Bir Kronik Hastalığa Sahip Olma	-0.026	-0.700	0.482	0.974	0.013	0.330	0.738	1.013	-0.023	-0.600	0.551	0.977
Hizmet Alma												
Yataklı Hastane Hizmeti Alma Durumu	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Günübirlik Hastane Hizmeti Alma Durumu	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	
Ayaktan Sağlık Hizmeti Alma Durumu	0.529	15.230	0.000*	1.697	0.110	3.110	0.002*	1.116	0.112	3.040	0.002*	1.119
Diğer Değişkenler												
Alkol Kullanma	-0.136	-3.240	0.001*	0.873	-0.248	-5.810	0.000*	0.781	-0.115	-2.600	0.009*	0.891
Kişisel Bakım Faaliyetlerini Yapabilme	0.002	0.130	0.898	1.002	-0.003	-0.180	0.855	0.997	0.003	0.160	0.876	1.003
Hanehalkı Faaliyetlerini Yapabilme	-0.029	-1.740	0.083***	0.971	-0.040	-2.250	0.024**	0.961	-0.036	-1.990	0.046**	0.965
Fiziksel Yeterlilik Durumu	-0.047	-2.520	0.012**	0.954	-0.008	-0.420	0.673	0.992	-0.026	-1.290	0.198	0.974
Görsel Yeterlilik Durumu	0.090	5.400	0.000*	1.094	0.047	2.700	0.007*	1.048	0.042	2.410	0.016**	1.043
Olumlu Ruh Hali	0.103	6.230	0.000*	1.108	0.145	8.570	0.000*	1.156	0.135	7.780	0.000*	1.145
Olumsuz Ruh Hali	-0.150	-9.340	0.000*	0.860	-0.145	-8.650	0.000*	0.865	-0.179	-10.380	0.000*	0.836
Hausman testi												
χ^2 (98), χ2 (99), χ2 (99)	10250.37		0.000		10991.30		0.000		10381.71		0.000	
Akaike Kriterleri												
AIC(Logit Model)	36845.22				34267.63				33525.99			
AIC(Probit Model)	36861.17				34277.13				33548.31			
Log likelihood	-18386.611				-17097.815				-16726.996			
Pseudo R^2	0.022				0.022				0.015			

Not: *,** ve ***, sırasıyla %1, %5 ve %10 önem seviyesinde katsayıların anlamlı olduğunu gösterir.
Not-2: Hausman testinde χ^2 değerleri sırasıyla aile hekimi, uzman hekim ve diş hekimlerine aittir.

Ek-Tablo 9: Faktör Analizi Değişken Açıklamaları

Ankette Yer Alan Bölüm	Analizde Kullanılan İsim	Ankette Yer Alan Sorular
Günlük Aktiviteleri Yürütmede Fonksiyonel Yeterlilik	Gunluk Akt._1	Gazete yazısını görebiliyor musunuz?
	Gunluk Akt._2	Bir kişinin yüzünü 4 metre uzaklıktan rahatlıkla görebiliyor musunuz?
	Gunluk Akt._3	Tanıdığınız bir kişiyi yolun karşı tarafından (yaklaşık 20 metre) görüp tanıyabiliyor musunuz?
	Gunluk Akt._4	Düz bir arazide baston, diğer bir yürüme aracı kullanmadan ya da destek almadan 500 metre yürüyebiliyor musunuz?
	Gunluk Akt._5	Baston, diğer yürüme aracı ya da korkuluğu kullanmadan ve destek almadan bir kat merdiven inip çıkabiliyor musunuz?
	Gunluk Akt._6	Herhangi bir destek ya da yardım almadan eğilebiliyor/diz çökebiliyor musunuz?
	Gunluk Akt._7	Kollarınızı kullanarak herhangi bir destek ya da yardım almadan, 5 kg ağırlığındaki bir alışveriş çantasını en az 10 metre taşıyabiliyor musunuz?
Kişisel Bakım		Kendi kendinize aşağıdaki faaliyetlerin herhangi birini yaparken zorlukla karşılaşıyor musunuz?
	Kisisel Bkm_1	Kendi kendine beslenme
	Kisisel Bkm_2	Yatağa girme / kalkma veya sandalyeye oturma / kalkma
	Kisisel Bkm_3	Giyinme ve elbiselerini çıkarma
	Kisisel Bkm_4	Tuvalet Kullanımı
	Kisisel Bkm_5	Banyo yapma / duş alma
Hanehalkı Faaliyetleri		Tek başınıza bu faaliyetlerden herhangi birini yaparken genellikle zorlukla karşılaşıyor musunuz?
	H.H. Faalyt_1	Yemek hazırlama
	H.H. Faalyt_2	Telefon kullanımı
	H.H. Faalyt_3	Alışveriş yapma
	H.H. Faalyt_4	İlaç kullanımı
	H.H. Faalyt_5	Hafif ev işleri
	H.H. Faalyt_6	Ağır ev işleri
	H.H. Faalyt_7	Günlük idari sorumluluklar ve mali konularla ilgilenme
Bedensel / Fiziksel veya Ruhsal Rahatsızlıklar		Son 4 hafta içerisinde kendinizi ne kadar süreyle,
	Ruhsal Drm_1	Hayat dolu hissettiniz?
	Ruhsal Drm_2	Enerjik hissettiniz?
	Ruhsal Drm_3	Mutlu hissettiniz?
	Ruhsal Drm_4	Çok sinirli hissettiniz?
	Ruhsal Drm_5	Hiç bir şeyin sizi neşelendiremeyeceğini düşünüp melankolik hissettiniz?
	Ruhsal Drm_6	Durgun ve sakin hissettiniz?
	Ruhsal Drm_7	Kalbi kırık ve depresyonda hissettiniz?
	Ruhsal Drm_8	Yıpranmış hissettiniz?
	Ruhsal Drm_9	Yorgun hissettiniz?

Ek-Tablo 10: 2008 Yılı Kamu Hastanelerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,868					
KisiselBkm_4	,842					
KisiselBkm_2	,821					
KisiselBkm_5	,800	,319				
KisiselBkm_1	,724					
H.H.Faalyt_5		,726				
H.H.Faalyt_1		,712				
H.H.Faalyt_3		,667	,397			
H.H.Faalyt_2		,667				
H.H.Faalyt_7		,667				
H.H.Faalyt_4	,410	,647				
H.H.Faalyt_6		,621	,432			
GunlukAkt._6			,794			
GunlukAkt._5			,793			
GunlukAkt._4			,748			
GunlukAkt._7		,310	,739			
RuhsalDrm_7				,747		
RuhsalDrm_5				,714		
RuhsalDrm_8				,711		
RuhsalDrm_4				,635		
RuhsalDrm_9				,551		
RuhsalDrm_6				,520		
GunlukAkt._2					,878	
GunlukAkt._3					,867	
GunlukAkt._1					,738	
RuhsalDrm_1						,784
RuhsalDrm_3						,769
RuhsalDrm_2						,724

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,919
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	177481,129
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 11: 2008 Yılı Özel Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,869					
KisiselBkm_4	,834					
KisiselBkm_2	,830					
KisiselBkm_5	,797					
KisiselBkm_1	,729					
H.H.Faalyt_5		,738				
H.H.Faalyt_1		,718				
H.H.Faalyt_7		,668				
H.H.Faalyt_3		,660	,425			
H.H.Faalyt_2	,309	,648				
H.H.Faalyt_6		,635	,416			
H.H.Faalyt_4	,426	,629				
GunlukAkt._6			,799			
GunlukAkt._5			,791			
GunlukAkt._7		,314	,747			
GunlukAkt._4			,743			
RuhsalDrm_7				,742		
RuhsalDrm_8				,713		
RuhsalDrm_5				,705		
RuhsalDrm_4				,635		
RuhsalDrm_9				,559		
RuhsalDrm_6				,521		
GunlukAkt._2					,876	
GunlukAkt._3					,865	
GunlukAkt._1					,743	
RuhsalDrm_1						,778
RuhsalDrm_3						,777
RuhsalDrm_2						,715

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,920
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	144190,768
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 12: 2008 Yılı Sağlık Ocaklarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,866					
KisiselBkm_4	,843					
KisiselBkm_2	,821					
KisiselBkm_5	,803	,307				
KisiselBkm_1	,721					
H.H.Faalyt_5		,713	,319			
H.H.Faalyt_1		,700				
H.H.Faalyt_7		,667				
H.H.Faalyt_2		,667				
H.H.Faalyt_4	,390	,652				
H.H.Faalyt_3		,651	,421			
H.H.Faalyt_6		,608	,455			
GunlukAkt._5			,792			
GunlukAkt._6			,790			
GunlukAkt._4			,743			
GunlukAkt._7			,741			
RuhsalDrm_7				,749		
RuhsalDrm_8				,714		
RuhsalDrm_5				,711		
RuhsalDrm_4				,634		
RuhsalDrm_9				,560		
RuhsalDrm_6				,517		
GunlukAkt._2					,879	
GunlukAkt._3					,865	
GunlukAkt._1					,742	
RuhsalDrm_1						,783
RuhsalDrm_3						,770
RuhsalDrm_2						,724

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,920
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	166653,203
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 13: 2008 Yılı Aile Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,867					
KisiselBkm_4	,847					
KisiselBkm_2	,824					
KisiselBkm_5	,803	,302				
KisiselBkm_1	,718					
H.H.Faalyt_1		,692				
H.H.Faalyt_2		,680				
H.H.Faalyt_5		,678	,353			
H.H.Faalyt_7		,667				
H.H.Faalyt_4	,437	,654				
H.H.Faalyt_3		,648	,436			
H.H.Faalyt_6		,586	,476			
GunlukAkt._5			,794			
GunlukAkt._6			,794			
GunlukAkt._4	,303		,749			
GunlukAkt._7		,308	,741			
RuhsalDrm_7				,739		
RuhsalDrm_8				,716		
RuhsalDrm_5				,706		
RuhsalDrm_4				,638		
RuhsalDrm_9				,569		
RuhsalDrm_6				,519		
GunlukAkt._2					,881	
GunlukAkt._3					,868	
GunlukAkt._1					,741	
RuhsalDrm_1						,778
RuhsalDrm_3						,774
RuhsalDrm_2						,721

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,924
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	131096,016
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 14: 2008 Yılı Aile Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,867					
KisiselBkm_4	,847					
KisiselBkm_2	,824					
KisiselBkm_5	,803	,302				
KisiselBkm_1	,718					
H.H.Faalyt_1		,692				
H.H.Faalyt_2		,680				
H.H.Faalyt_5		,678	,353			
H.H.Faalyt_7		,667				
H.H.Faalyt_4	,437	,654				
H.H.Faalyt_3		,648	,436			
H.H.Faalyt_6		,586	,476			
GunlukAkt._5			,794			
GunlukAkt._6			,794			
GunlukAkt._4	,303		,749			
GunlukAkt._7		,308	,741			
RuhsalDrm_7				,739		
RuhsalDrm_8				,716		
RuhsalDrm_5				,706		
RuhsalDrm_4				,638		
RuhsalDrm_9				,569		
RuhsalDrm_6				,519		
GunlukAkt._2					,881	
GunlukAkt._3					,868	
GunlukAkt._1					,741	
RuhsalDrm_1						,778
RuhsalDrm_3						,774
RuhsalDrm_2						,721

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,924
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	131096,016
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 15: 2008 Yılı Uzman Hekimlerden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,865					
KisiselBkm_4	,841					
KisiselBkm_2	,816					
KisiselBkm_5	,795	,326				
KisiselBkm_1	,730					
H.H.Faalyt_5		,709	,320			
H.H.Faalyt_1		,695				
H.H.Faalyt_2		,678				
H.H.Faalyt_7		,673				
H.H.Faalyt_4	,421	,655				
H.H.Faalyt_3		,652	,416			
H.H.Faalyt_6		,605	,448			
GunlukAkt._5			,791			
GunlukAkt._6			,791			
GunlukAkt._4			,745			
GunlukAkt._7		,310	,739			
RuhsalDrm_7				,744		
RuhsalDrm_8				,715		
RuhsalDrm_5				,710		
RuhsalDrm_4				,630		
RuhsalDrm_9				,560		
RuhsalDrm_6				,521		
GunlukAkt._2					,879	
GunlukAkt._3					,867	
GunlukAkt._1					,737	
RuhsalDrm_1						,785
RuhsalDrm_3						,773
RuhsalDrm_2						,723

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,921
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	171502,595
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 16: 2008 Yılı Diş Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,866					
KisiselBkm_4	,845					
KisiselBkm_2	,824					
KisiselBkm_5	,803	,306				
KisiselBkm_1	,723					
H.H.Faalyt_5		,692	,332			
H.H.Faalyt_1		,687				
H.H.Faalyt_7		,679				
H.H.Faalyt_2		,676				
H.H.Faalyt_3		,660	,419			
H.H.Faalyt_4	,436	,644				
H.H.Faalyt_6		,603	,450			
GunlukAkt._5			,797			
GunlukAkt._6			,794			
GunlukAkt._4			,750			
GunlukAkt._7		,312	,737			
RuhsalDrm_7				,742		
RuhsalDrm_8				,712		
RuhsalDrm_5				,709		
RuhsalDrm_4				,629		
RuhsalDrm_9				,553		
RuhsalDrm_6				,521		
GunlukAkt._2					,879	
GunlukAkt._3					,869	
GunlukAkt._1					,739	
RuhsalDrm_1						,785
RuhsalDrm_3						,771
RuhsalDrm_2						,719

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,921
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	155941,672
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 17: 2012 Yılı Kamu Hastanelerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,866					
KisiselBkm_4	,845					
KisiselBkm_2	,824					
KisiselBkm_5	,803	,306				
KisiselBkm_1	,723					
H.H.Faalyt_5		,692	,332			
H.H.Faalyt_1		,687				
H.H.Faalyt_7		,679				
H.H.Faalyt_2		,676				
H.H.Faalyt_3		,660	,419			
H.H.Faalyt_4	,436	,644				
H.H.Faalyt_6		,603	,450			
GunlukAkt._5			,797			
GunlukAkt._6			,794			
GunlukAkt._4			,750			
GunlukAkt._7		,312	,737			
RuhsalDrm_7				,742		
RuhsalDrm_8				,712		
RuhsalDrm_5				,709		
RuhsalDrm_4				,629		
RuhsalDrm_9				,553		
RuhsalDrm_6				,521		
GunlukAkt._2					,879	
GunlukAkt._3					,869	
GunlukAkt._1					,739	
RuhsalDrm_1						,785
RuhsalDrm_3						,771
RuhsalDrm_2						,719

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,921
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	155941,672
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 18: 2012 Yılı Özel Sağlık Kurumlarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,866					
KisiselBkm_4	,855					
KisiselBkm_2	,849					
KisiselBkm_5	,785	,383				
KisiselBkm_1	,782					
H.H.Faalyt_7		,742				
H.H.Faalyt_2		,716				
H.H.Faalyt_3	,320	,713	,373			
H.H.Faalyt_5	,344	,683	,325			
H.H.Faalyt_1	,367	,675				
H.H.Faalyt_4	,551	,612				
H.H.Faalyt_6		,570	,546			
GunlukAkt._5			,813			
GunlukAkt._6			,812			
GunlukAkt._4	,310		,752			
GunlukAkt._7		,312	,747			
RuhsalDrm_7				,748		
RuhsalDrm_5				,713		
RuhsalDrm_8				,694		
RuhsalDrm_4				,611		
RuhsalDrm_9				,544		
RuhsalDrm_6				,420		
GunlukAkt._2					,876	
GunlukAkt._3					,838	
GunlukAkt._1					,764	
RuhsalDrm_1						,790
RuhsalDrm_3						,777
RuhsalDrm_2						,729

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,940
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	405959,646
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 19: 2012 Yılı Sağlık Ocaklarından Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,865					
KisiselBkm_4	,852					
KisiselBkm_2	,850					
KisiselBkm_5	,777	,381				
KisiselBkm_1	,770					
H.H.Faalyt_7		,740				
H.H.Faalyt_2		,721				
H.H.Faalyt_3	,314	,712	,368			
H.H.Faalyt_5	,330	,684	,325			
H.H.Faalyt_1	,344	,684				
H.H.Faalyt_4	,537	,616				
H.H.Faalyt_6		,561	,546			
GunlukAkt._5			,817			
GunlukAkt._6			,814			
GunlukAkt._4			,759			
GunlukAkt._7		,306	,749			
RuhsalDrm_7				,748		
RuhsalDrm_5				,715		
RuhsalDrm_8				,690		
RuhsalDrm_4				,615		
RuhsalDrm_9				,542		
RuhsalDrm_6				,417		
GunlukAkt._2					,875	
GunlukAkt._3					,836	
GunlukAkt._1					,762	
RuhsalDrm_1						,790
RuhsalDrm_3						,780
RuhsalDrm_2						,727

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,938
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	409286,288
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 20: 2012 Yılı Aile Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,864					
KisiselBkm_4	,851					
KisiselBkm_2	,850					
KisiselBkm_5	,775	,387				
KisiselBkm_1	,775					
H.H.Faalyt_7		,743				
H.H.Faalyt_2		,734				
H.H.Faalyt_3	,311	,721	,366			
H.H.Faalyt_1	,356	,682				
H.H.Faalyt_5	,338	,680	,333			
H.H.Faalyt_4	,529	,627				
H.H.Faalyt_6		,556	,548			
GunlukAkt._5			,815			
GunlukAkt._6			,812			
GunlukAkt._4	,306		,754			
GunlukAkt._7		,309	,748			
RuhsalDrm_7				,749		
RuhsalDrm_5				,717		
RuhsalDrm_8				,689		
RuhsalDrm_4				,613		
RuhsalDrm_9				,544		
RuhsalDrm_6				,412		
GunlukAkt._2					,877	
GunlukAkt._3					,839	
GunlukAkt._1					,767	
RuhsalDrm_1						,792
RuhsalDrm_3						,777
RuhsalDrm_2						,724

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,939
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	413299,604
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 21: 2012 Yılı Uzman Hekimlerden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,862					
KisiselBkm_4	,853					
KisiselBkm_2	,848					
KisiselBkm_1	,776					
KisiselBkm_5	,775	,385				
H.H.Faalyt_7		,742				
H.H.Faalyt_2		,722				
H.H.Faalyt_3	,316	,711	,374			
H.H.Faalyt_1	,345	,689				
H.H.Faalyt_5	,334	,687	,325			
H.H.Faalyt_4	,544	,611				
H.H.Faalyt_6		,565	,545			
GunlukAkt._5			,812			
GunlukAkt._6			,811			
GunlukAkt._4	,306		,754			
GunlukAkt._7		,314	,744			
RuhsalDrm_7				,749		
RuhsalDrm_5				,716		
RuhsalDrm_8				,691		
RuhsalDrm_4				,612		
RuhsalDrm_9				,543		
RuhsalDrm_6				,409		
GunlukAkt._2					,875	
GunlukAkt._3					,836	
GunlukAkt._1					,763	
RuhsalDrm_1						,791
RuhsalDrm_3						,777
RuhsalDrm_2						,728

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,939
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	425588,454
	df	378
	Sig.	,000

Ek-Tablo 22: 2012 Yılı Diş Hekimlerinden Memnuniyetin Faktör Analizi Sonuçları

Rotated Component Matrix[a]

	Component					
	1	2	3	4	5	6
KisiselBkm_3	,863					
KisiselBkm_4	,853					
KisiselBkm_2	,849					
KisiselBkm_1	,779					
KisiselBkm_5	,778	,386				
H.H.Faalyt_7		,739				
H.H.Faalyt_2		,724				
H.H.Faalyt_3	,318	,717	,363			
H.H.Faalyt_1	,349	,691				
H.H.Faalyt_5	,334	,691	,318			
H.H.Faalyt_4	,552	,606				
H.H.Faalyt_6		,569	,538			
GunlukAkt._5			,812			
GunlukAkt._6			,811			
GunlukAkt._4	,306		,753			
GunlukAkt._7		,313	,744			
RuhsalDrm_7				,748		
RuhsalDrm_5				,716		
RuhsalDrm_8				,691		
RuhsalDrm_4				,613		
RuhsalDrm_9				,540		
RuhsalDrm_6				,414		
GunlukAkt._2					,876	
GunlukAkt._3					,839	
GunlukAkt._1					,764	
RuhsalDrm_1						,790
RuhsalDrm_3						,779
RuhsalDrm_2						,730

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,939
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	411620,267
	df	378
	Sig.	,000