

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINDA KULLANICI
KATKILARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

ESRA TOPÇUOĞLU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ

YOZGAT – 2022

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINDA KULLANICI
KATKILARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

ESRA TOPÇUOĞLU

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ

YOZGAT – 2022

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin içerdği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İMZA

ESRA TOPÇUOĞLU

...../...../.....

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINDA KULLANICI KATKILARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

ESRA TOPÇUOĞLU

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. FATİH ŞANTAŞ

Bu çalışma, araştırmanın yürütüldüğü tarih itibariyle son bir yıl içerisinde sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almış kişilerin kullanıcı katkılarına ilişkin bilgi düzeyleri ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada ayrıca paydaşların uygulamaya ilişkin görüş ve önerilerinin ortaya konulması da hedeflenmiştir. Çalışmada, karma araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nicel araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Çalışmada amaçlı örnekleme yöntemi yoluyla toplam 670 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmada analiz yöntemi olarak tanımlayıcı istatistik yöntemleri ve Ki-kare analizi kullanılmıştır. Nitel araştırmada ise veri toplama aracı olarak mülakat/görüşme türlerinden olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Bu doğrultuda paydaşlara altı açık uçlu soru sorulmuştur. Çalışma kapsamında toplamda 19 kişi ile görüşme yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların %15,4'ü uygulanmakta olan kullanıcı katkı miktarları hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade ederken %84,6'sı kullanıcı katkıları hakkında herhangi bir bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların %70,1'i eczaneye ödemiş oldukları kullanıcı katkısının belirli bir bölümünün sağlık kurumlarından almış oldukları hizmetin bedeli olduğunu bilmektedir. Katılımcıların %15,2'si kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Yarı yapılandırılmış görüşmede katılımcılar; kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık hizmetlerini engellemek amacıyla kullanıldığını, kullanıcı katkılarının uygun miktarlarda olduğunu ve kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine pozitif yönde etkisi olduğunu ifade eden görüşler bildirmişlerdir. Bu bulgular sonucunda kullanıcı katkılarının daha etkili ve verimli uygulanabilmesi için kullanıcı katkılarına yönelik kişilerin bilgi düzeyini artırıcı çalışmalar yapılması gerektiği söylenebilir. Bu kapsamda sağlık hizmeti kullanıcılarında bilinç düzeyinin artması için ilgili kurumlar tarafından konuyu açık bir şekilde anlatan broşürler dağıtılabilir ve özellikle kullanıcı katkılarını anlatan kamu spotları yayınlanabilir.

2022, xii+144 SAYFA

ANAHTAR KELİMELELER: Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Cepten Harcamalar, Kullanıcı Katkıları, Sağlık Hizmeti Kullanıcıları

ABSTRACT

MASTER THESIS

A RESEARCH ON USER CONTRIBUTIONS IN HEALTHCARE FINANCING

ESRA TOPÇUOĞLU

**YOZGAT BOZOK UNIVERSITY
SCHOOL OF GRADUATES STUDIES**

DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT

SUPERVISOR: ASSOC. PROF. DR. FATİH ŞANTAŞ

This study was carried out in order to determine the knowledge levels and opinions of people who have received health services from health institutions in the last year as of the date of the research. In the study, it was also aimed to reveal the opinions and suggestions of the shareholders regarding the implementation. Mixed research method was used in the study. In quantitative research, questionnaire was used as data collection method. In the study, a total of 670 people were reached through the goal-directed sampling method. As analysis methods, descriptive statistical methods and Chi-Square test were used in the study. In qualitative research, semi-structured interview technique, which is one of the interview types, was used as a data collection tool. Therefore, six open-ended questions were asked to the stakeholders. A total of 19 people were interviewed within the concept of the study. As a result of the quantitative research, 15.4% of the participants stated that they had information about the amount of user contribution being applied; 84.6% of them stated that they don't have any information about user contribution fees. 70.1% of the participants know that a certain part of the user contribution they have paid to the pharmacy is the price of the service they have received from health institutions. 15.2% of the participants stated that they have information about the situations, health services and people where user contribution will not be accepted. The interviewees stated that user contributions are used to prevent unnecessary health services, user contribution fees are in appropriate amounts, and user contributions have a positive effect on the development of health services in the semi-structured interview. It can be said that studies should be carried out to increase the knowledge level of people regarding user contributions in order to implement user contributions more effectively and efficiently as a result of these findings. Brochures explaining the issue can be distributed by the relevant institutions in order to increase the level of awareness among health care users and public service announcements can be published, especially describing user contributions.

2022, xii+144 PAGE

KEYWORDS: Health Services Financing, Out-of-Pocket Expenses, User Contributions, Health Services Users

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince değerli fikirleriyle yol gösteren, ilgi ve desteğini esirgmeden beni yönlendiren tez danışmanım Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ'a katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Tüm eğitim-öğretim hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen, her zaman yanımda olan çok değerli aileme sonsuz teşekkür ederim.

Lisans eğitimini birlikte tamamlama şansı bulduğum çok değerli sınıf arkadaşlarım Güler Sezgin ve Nesrin Bozkurt'a yüksek lisans eğitimimde de yanımda olup desteklerini ve bana olan inançlarını esirgemedikleri için çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca yanımda olan değerli sınıf arkadaşlarım Bahar Erdoğan, Hanife Arslan ve Hasan Uğurlu'ya ilgi ve desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

İMZA

ESRA TOPÇUOĞLU

...../...../.....

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ BEYANI.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	5
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI KAVRAMI.....	5
2.2.SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ İŞLEVLERİ	7
2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ AMAÇLARI	12
2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN MEKANİZMALARI.....	13
2.4.1. Sosyal Sağlık Sigortası Yöntemi İle Finansman (Bismarck Modeli)	13
2.4.2. Vergiler İle Finansman (Beveridge Modeli).....	14
2.4.3. Özel Sağlık Sigortası	15
2.4.4. Tıbbi Tasarruf Hesabı	16
2.4.5. Cepten Ödemeler	17
2.4.5.1. Doğrudan Ödemeler	17
2.4.5.2. İnfomal Ödemeler	18
2.4.5.3. Kullanıcı Katkıları	18
2.4.6. Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası	18
2.4.7. Şartlı Nakit Transferi	19
2.4.8. Mikro Bankacılık	20
2.4.9. Kamu Özel Ortaklığı.....	20
2.4.10. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler	21
2.4.11. Borç, Hibe ve Bağışlar.....	21
2.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE FİNANSMAN MEKANİZMALARI	22
3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI	29
3.1. KULLANICI KATKILARI KAVRAMI.....	29
3.1.1. Kullanıcı Katkıları Mekanizmaları ve Maliyet Sınırlama Stratejileri	31
3.1.2. Kullanıcı Katkılarında Koruma ve Muafiyet Mekanizmaları.....	35
3.1.3. Kullanıcı Katkılarının Avantajları	37
3.1.4. Kullanıcı Katkılarının Dezavantajları	38
3.2. TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI	39
4. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ	45
4. 1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	45
4. 2. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	45
4. 3. VERİ TOPLAMA ARACI	47
4. 4. ANALİZ YÖNTEMİ	49

4. 5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	49
4. 6. ARAŞTIRMANIN ETİK DURUMU	50
5. BULGULAR.....	51
5.1. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER	51
5.1.1. Nicel Çalışmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	51
5.1.2. Nicel Çalışmaya Katılan Kişilerin Kullanıcı Katkılarına İlişkin Görüşleri, Beklentileri ve Bilgi Düzeyleri	52
5. 2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ KULLANICI KATKILARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİNE YÖNELİK Kİ-KARE ANALİZİ SONUÇLARI.....	61
5.3. PAYDAŞ GRUPLARININ KULLANICI KATKILARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİNE YÖNELİK İÇERİK ANALİZİ SONUÇLARI	82
6. TARTIŞMA	98
7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	121
8. KAYNAKLAR	127
9. EKLER.....	136
ÖZGEÇMİŞ	142

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 2. 1. Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri ve ilgili politika konuları	7
Tablo 2.2. Genel sağlık sigortası kapsamı ve katkı oranları	25
Tablo 2.3. 2016-2020 yılları arası Türkiye'de sosyal güvenlik kapsamı	26
Tablo 2.4. Türkiye 2020 yılı genel sağlık sigortası kapsamı	27
Tablo 3.1. Doğrudan ve dolaylı kullanıcı katkı biçimleri ve teşvikleri	33
Tablo 3.2. Tüketiciler açısından kullanıcı katkı mekanizmalarının bir sağlık hizmetinin marjinal fiyat üzerindeki etkisi	35
Tablo 3.3. Kullanıcı katkılarında koruma mekanizmaları	36
Tablo 3.4. GSS kullanıcı katkısı biçimleri ve miktarları	40
Tablo 4. 1. Çalışmaya katılan paydaşlar ve görüşme yapılan kişi sayısı	47
Tablo 5. 1. Nicel çalışmaya katılanların kişisel ve demografik özellikleri	52
Tablo 5.2. Kullanıcı katkılarının miktarlarını biliyor musunuz?	53
Tablo 5.3. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz?	53
Tablo 5.4. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır?	53
Tablo 5.5. Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu?	54
Tablo 5.6. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?	54
Tablo 5.7. Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu?	54
Tablo 5.8. Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	55
Tablo 5.9. Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır?	55
Tablo 5.10. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor musunuz?	55
Tablo 5.11. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz?	56
Tablo 5.12. Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz?	56
Tablo 5.13. Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?	56
Tablo 5.14. Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz?	57
Tablo 5.15. Nicel katılımcıların kullanıcı katkı miktarları hakkındaki düşüncelerine ilişkin bulgular	57
Tablo 5.16. Kullanıcı katkılarından muaf tutulması gereken gruplara ilişkin bulgular	59
Tablo 5.17. Nicel katılımcılara göre kullanıcı katkılarının amacı	60
Tablo 5.18. Nicel Katılımcılara göre kullanıcı katkısı uygulanması gereken sağlık hizmetleri	60
Tablo 5.19. Kullanıcı katkılarının miktarını biliyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı	62
Tablo 5.20. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı	64
Tablo 5.21. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı	65

Tablo 5.22. Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı...	67
Tablo 5.23. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	68
Tablo 5.24. Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı...	70
Tablo 5.25. Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	72
Tablo 5.26. Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	74
Tablo 5.27. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	75
Tablo 5.28. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	77
Tablo 5.29. Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	78
Tablo 5.30. Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	79
Tablo 5.31. Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı.....	81
Tablo 5.32. “Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri.....	83
Tablo 5.33. “Kullanıcı katkı oranları” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri.....	84
Tablo 5.34. “Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınması” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri.....	87
Tablo 5.35. “Kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilmeli” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri.....	89
Tablo 5.36. “Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemesi” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri.....	92
Tablo 5.37. “Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirme” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri.....	94

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sekil

Sayfa

Şekil 2.1. Sağlık finansman kaynakları, toplama yöntemleri ve toplayıcı kurum örnekleri..	8
Şekil 2.2. Türkiye sağlık sistemi finansal akış şeması.....	22
Şekil 3.1. Maliyet sınırlama stratejileri için genel bir çerçeve	32



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Bkz	: Bakınız
DB	: Dünya Bankası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DRG	: Diagnosis Related Groups (Teşhisle İlgili Gruplar)
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation And Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SASAM	: Sahipkıran Stratejik Araştırmalar Merkezi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sağlık Sigortası
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
ŞNT	: Şartlı Nakit Transferi
TSS	: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Sağlıklı olmak birey ve toplumlar için en önemli ve belki de ilk sırada yer alan bir amaçtır. Bilindiği üzere sağlıklı olmaya etki eden unsurlar arasında sağlık hizmeti de yer almaktadır. Her ülke kendi sistemi ve benimsediği model doğrultusunda vatandaşlarına sağlık hizmeti sunmaktadır. Yine bilindiği gibi kişiler için çoğu durumda zorunluluk özelliği gösteren sağlık hizmeti maliyeti yüksek hizmet grubundadır.

Ülke sağlık sistemi yöneticileri tarafından yüksek maliyetli olan sağlık hizmetinin nasıl finanse edileceği ya da en uygun yöntemin hangisi olduğuna yönelik arayışlar devam etmektedir. Her ülke kendi sosyo-kültürel yapısı ve benimsediği ekonomik anlayış doğrultusunda finansman yapısını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri finansman uygulamaları; ülkelerin ödeme yöntemleri, sağlık politikaları ve sağlık sistemlerindeki örgütlenmelere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Dünyadaki uygulamalara bakıldığında ülkelerin çoğunda aynı anda birden fazla yöntemin kullanıldığı görülmektedir.

Sağlık hizmetleri finansmanı, bir ülkede istenilen düzeyde sağlık hizmetlerinin yerine getirilebilmesi için gereken mali kaynakların özel ya da kamu güçleri tarafından sağlanmasıdır. Sağlık hizmetleri finansmanı, kaynakların elde edilmesi süreciyle başlayıp kaynakların toplanması, biriktirilmesi ve kaynakların gerekli yerlere dağıtılarak hizmetlerin satın alınması süreci ile sona ermektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılacak olan kaynakların toplanması, ülkelerin sağlık sistemleri ve iç dinamiklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, kaynakların farklı yöntemlerle toplanmasıyla sağlanmaktadır. Bu yöntemler; sosyal sağlık sigortası (Bismarck modeli), vergiler (Beveridge modeli), özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı, toplum tabanlı sağlık sigortası, şartlı nakit transferi, mikro bankacılık, kamu özel ortaklığı, piyango ve bahis gelirleri, borç, hibe ve bağışlar ile cepten ödemelerdir (Maynard ve Dixon 2002:110; Sönel, 2020: 1619; Aytekin ve Aytekin, 2010: 166; Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

Sosyal sağlık sigortası yönteminde işverenler, çalışanlar ve kendi adına çalışanlar düzenli olarak prim ödeyerek sisteme katkı sağlamaktadır. Genellikle çalışan kişilerin almış oldukları maaşları ile ödenecek olan prim arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Ülke nüfusunun çoğunluğu ya da tamamı için zorunlu olan sosyal sağlık

sigortası fonuna prim ödeme gücü olmayan kişilerin ödemeleri devlet tarafından sağlanmaktadır (Mossiales ve Dixon, 2002: 60).

Vergiler ile finansman yönteminde vergi kaynakları dolaylı ve dolaysız vergi olmak üzere iki kısım halinde ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında sıklıkla kullanılan vergiler ile finansman yöntemi genellikle doğrudan vergiler aracılığı ile finanse edilmektedir. Vergiler ile finansman yönteminde vatandaşlardan farklı şekillerde toplanan vergiler bir havuzda biriktirilmekte ve devletin farklı karar mekanizmaları aracılığı ile farklı sektörlere dağıtılarak kaynakların kullanımı sağlanmaktadır. Bu yöntemde vatandaşlar, sağlık hizmeti kullanımlarını bireysel olarak ödemiş oldukları vergiler aracılığı ile yapmakta ve sistem tarafından belirlenmiş olan katkı payları dışında herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar (Mossialos ve Dixon, 2002: 14; Tatar, 2011: 112).

Özel sağlık sigortası, kişilerin herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında yer alıp alınmadığına bakılmaksızın sigortalı kişinin karşılaştığı hastalık veya kaza sonucunda ihtiyaç duyacağı tedavi, muayene ve ilaç gibi sağlık hizmetlerinin masraflarını karşılayan, kişilerin kendi istekleri doğrultusunda özel çıkarlarını çeşitli risklere karşı koruma altına alan bir sigorta yöntemidir (Orhaner, 2006: 9; Tiryaki ve Tatar, 2000: 126).

Tıbbi tasarruf hesabı, sağlık harcamalarının kişisel olduğu bir finansman yöntemidir. Bu yöntemde risk havuzlaması bulunmamaktadır. Bu nedenle sağlıklı olan kişilerden sağlıksız olan kişilere, genç olanlardan yaşlılara, zenginden yoksula veya çalışan kişilerden çalışmayan kişilere doğru sübvansiyon geçişine izin verilmemektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin ödenmesi hesaplarda biriken tasarrufların miktarıyla sınırlandırıldığı için tıbbi tasarruf hesapları beklenmeyen yüksek miktarlardaki sağlık harcamalarının riskine karşı bir koruma sağlamamaktadır (Borda, 2011: 56). Toplum tabanlı sağlık sigortası, bir toplumda (bir köy, ilçe veya başka bir coğrafik alandaki nüfus veya sosyo-ekonomik etnik grup) yer alan hanelerin, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin sermayesini finanse ederek sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve toplum finansmanı yönetimine katkı sağlamasıdır (Carrin, 2003: 4). Şartlı nakit transferi, ekonomik yetersizliklerden dolayı temel sağlık hizmetlerine erişemeyen ve eğitim hizmetlerinden faydalanamayan, sağlık güvencesi kapsamında olmayan yoksul kişi ya da hane halklarına belirli şartları sağlamaları sonucunda yapılan para yardımlarını ifade etmektedir (Uzun, 2012: 39; Çelik, 2016: 200).

Mikro bankacılık, sağlık hizmetlerinden yararlanacak olan vatandaşların yüksek finansal maliyetlerden korunmasına ve hizmetler kapsamında gelişecek olan finansal riskleri kontrol etmeye yönelik olarak geliştirilmiş bir sağlık finansman yöntemidir. Bu yöntemde, gelir seviyesi düşük olup gelir sağlayıcı bir iş kurmak gibi girişimci faaliyetlerde bulunmak isteyen yoksul kişilere kredi verilerek kişilerin yaşam standartlarını artırıcı çalışmalarda bulunmaktadır (Çelik, 2016: 200-201). Kamu özel ortaklığı, karşılıklı sorumluluk paylaşımı ile ortak bir amaca ulaşabilmek için kâr amaçlı veya kâr amaçlı olmayan kuruluşları içerebilen, devlet ve özel sektör arasında oluşan kurumsal bir ilişkidir. Bu yöntem ile devletler, sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini ve kapsamını artırmak, yetersiz hizmet alanlarını genişletmek ve yeni hizmetlerin sunulmasını sağlamak gibi düşüncelerle sahip oldukları sağlık yönetme haklarını belli bir süreliğine özel kurumlara devretmektedir (Khan ve Puthussery, 2019: 1).

Piyango ve bahis gelirleri, çok sık kullanılmayan bir sağlık hizmeti finansman yöntemidir. Bazı ülkeler tarafından kullanılan bu yöntem adil bir özelliğe sahip olmadığı için bazı hakkaniyetsizliklere yol açabilmektedir (Yıldırım, 2012: 53). Borç, hibe ve bağışlar, daha çok düşük ve orta gelire sahip olan ülkeler tarafından kullanılan bir sağlık hizmeti finansman yöntemidir. Hibeler, uluslararası sivil toplum kuruluşları ve bağış yapan ülkeler tarafından sağlanmaktadır (Korankye-Addae, 2013: 511).

Cepten ödemeler risk paylaşımı gerektirmeyen, kişilerin sağlık hizmeti kullanımı doğrultusunda doğrudan cepten yapmış oldukları sağlık harcamalarıdır. Cepten ödemeler; doğrudan ödemeler, informal ödemeler ve kullanıcı katkılarından oluşmaktadır. Doğrudan ödemeler, sağlık güvencesi kapsamı dışında olan tüm sağlık hizmeti ödemeleridir. Informal ödemeler sosyal güvence kapsamı içerisinde yer alan hizmetler için yapılan yasa dışı ödemelerdir. Kullanıcı katkıları ise sağlık güvencesi kapsamında olan ve sağlık hizmeti kullanımı sırasında yapılan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında yer alan kişilerin almış oldukları muayene, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerinin oluşturduğu sağlık harcamalarının sonucunda oluşan parasal bedeller için belirli miktarda yapmış oldukları ödemelerdir (Yıldırım, vd, 2011: 74). Kullanıcı katkıları; sağlık hizmetlerine yönelik kaynakların etkili ve verimli şekilde tahsis edilmesinde, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet ve eşitliğin sağlanmasında, gereksiz sağlık harcamalarının azaltılmasında ve sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında etkili olmaktadır (Dupas ve Nber, 2012: 3). Sağlık

hizmetleri finansmanında yer alan kullanıcı katkıları yönteminin iki durum sonucunda kullanılması gerektiği savunulmaktadır. Birinci durum, sağlık hizmetlerine yönelik toplam harcamaların düşük olduğu ya da düşmeye başladığı zamanlarda kullanılmaktadır. Böyle bir durumda sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere var olan kaynakları artırmak için daha fazla para akışı sağlanmalıdır. İkinci durum ise ilk durumun tam tersi şeklinde seyreden durumlarda yani sağlık harcamalarının yüksek olduğu ya da hızla yükselişe geçtiği zamanlarda kullanılmaktadır. Bu durumda ise sağlık hizmetlerine olan gereksiz talepler azaltılarak verimlilik artırılmalı ve maliyetler azaltılmalıdır (Creese, 1997: 202). Kullanıcı katkıları çeşitli gerekçelerle sağlık hizmeti finansmanında kendisine yer bulan uygulama olmaya başlamıştır. Ancak kullanıcı katkılarının oranının ne olması gerektiği, tüm ülke vatandaşlarından aynı miktarda alınmasının eşitliği sağlarken hakkaniyete aykırılık taşıdığı gibi konularda tartışmalar olmaktadır. Bu çalışmanın çıkış noktası bu tartışmalara cevap aramak şeklinde olmuş ve böylece ilgili alan yazına katkı sağlanmaya çalışılmıştır.

Bu çalışmanın, sağlık hizmeti kullanıcılarının kullanıcı katkıları hakkındaki görüşlerinin ve bilgi düzeylerinin ölçülmesi açısından ve Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde etkisi olan paydaşların kullanıcı katkıları hakkındaki görüşlerinin ve değerlendirmelerinin ortaya konulması açısından önem arz edeceği ve sağlık politikalarının oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın literatüre katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın ilk bölümünde sağlık hizmetleri finansman kavramı, finansman mekanizmaları, finansmanın amaçları ve finansmanın işlevi konularına değinilmiş; ardından Türkiye sağlık hizmetleri finansmanı ve finansman mekanizmaları konularına yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları kavramı hakkında bilgiler verilerek kullanıcı katkılarının nedenleri, avantajları, dezavantajları ve kullanıcı katkıları mekanizmaları ele alınmış; ardından Türkiye’de uygulanmakta olan kullanıcı katkıları ele alınmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümü olan araştırma bölümünde ise araştırmanın gereç ve yöntemi açıklanmıştır. Dördüncü bölümde araştırmaya ilişkin bulgulara ve paydaşların kullanıcı katkılarına yönelik beklentilerine, görüşlerine, değerlendirmelerine ve deneyimlerine yer verilmiştir. Çalışmanın son iki bölümü ise bulguların tartışılması ve sonuç-öneriler kısmından oluşmaktadır.

2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri finansmanı konusu ele alınmıştır. Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri, amacı ve sağlık hizmetleri finansman mekanizmaları üzerinde durulmakta ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği açıklanmaktadır.

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI KAVRAMI

Sağlık hizmetlerine olan talep gün geçtikçe artmaktadır. Bu artışla birlikte sağlık kurum ve kuruluşları, artan bu talepleri karşılamak amacıyla daha iyi, hızlı ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık sektöründe var olan son teknolojileri bünyelerinde bulundurmaya ve bu teknolojileri kullanabilen donanımlı sağlık personelinin istihdam etmeye yönelmişlerdir. Bu yönelim artan harcamaların hangi kaynaklardan ve ne şekilde sağlanacağı konularını önemli hale getirmektedir (Orhaner, 2006: 6).

Sağlık hizmetleri finansmanının makro ve mikro düzeylerde tanımı yapılabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağı ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanında ve etkili bir şekilde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır. Sağlık hizmeti veren her standarttaki kurumlara sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve pazarlanabilmesi için gerekli fonların sağlanması, fonların yatırımlara dönüştürülmesi ve yönlendirilmesi, oluşan gelirlerin ve kârların dağıtılmasına ilişkin işlemlerden ve kararlardan oluşan durumlar ise mikro düzeyde finansman olarak adlandırılan kavramdır (DPT, 2001: 117). Sağlık hizmetlerinin finansmanı; mevcutta ne kadar kaynak bulunduğu, finansal yükü kimlerin taşıyacağı, fonların kim ya da kimler tarafından kontrol edileceği, risklere karşı nasıl bir fon havuzu oluşturulacağı, sağlık hizmetlerinde oluşan maliyetlere yönelik kontrol mekanizması olup olmadığı gibi durumları belirlemektedir (Roberts vd., 2004: 153).

Sağlık hizmetleri finansmanı çok kapsamlı bir kavram olması nedeniyle literatürde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanına ilişkin bazı tanımlar şu şekildedir:

Sağlık hizmetleri finansmanı kavramı, bir ülkede istenilen ve beklenen düzeyde sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli olan mali kaynakların özel ya da kamu tarafından sağlanması şeklindedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

Sağlık hizmetleri finansmanı, mevcut finansal kaynakların sağlık sektöründe harcanmasına yönelik olarak harekete geçirilmesi ve kullanılmasıdır (Mossiales ve Dixon, 2002: 2). Genel olarak sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetlerine finansman sağlayanlar arasındaki fon aktarımı sürecini ve sistemini belirtmektedir (Güvercin vd., 2016: 82).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO); iyi bir sağlık hizmetleri finansman sistemini, insanların ihtiyaçları doğrultusunda hizmet sunabilmek için gerekli fona sahip, sağlık hizmeti kullanıcılarını ağır finansal harcamadan ve harcama sonrası yoksullaşmadan koruyan bir sistem şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 2007: vi).

Ülkelerin sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları ve talepleri bölgeler arasında, farklı nüfus grupları arasında ve farklı zamanlarda değişiklik gösterebilmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetleri finansmanında ülkeler arasında ya da ülke içerisinde farklı kaynaklar ve finansman yöntemleri kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kullanılan sağlık hizmetleri yöntemleri ve deneyimleri doğrultusunda iyi olan sağlık hizmetleri finansmanı şu özellikleri taşımaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 289):

- Sağlık hizmetleri finansman sistemi, kişilerin sağlık hizmetlerine tam olarak erişimini sağlamalıdır. Hiç kimse, ödeme yapmada zorluk çekmesi sebebiyle sağlık hizmetlerinden yoksun bırakılmamalıdır.
- Finansal yetersizlik önlenmelidir. Kişiler tahmin edemediği bir hastalık ya da kaza gibi sebepler sonucunda karşılaştıkları sağlık harcamalarında ciddi finansal sorunlar ile karşı karşıya bırakılmamalıdır.
- Sağlık hizmetleri finansman sistemleri kaynakların etkin kullanımını sağlamalı ve sağlık hizmetlerine yönelik oluşacak enflasyonu önlemelidir.
- Sağlık hizmeti sunucuları, hastaların sağlık güvencesi kapsamında olduklarından ötürü sağlık harcamalarının hastalara fazla yansıtılmayacağı düşüncesinde olmamalı, gereksiz sağlık hizmetleri arzından kaçınmalıdır.
- Finansman sistemleri yüksek maliyetli, ülkelerin sağlık sistemlerine uygun olmayan ve karmaşık uygulamalardan uzak tutulmalıdır.
- Çoğunluk tarafından benimsenen bir finansman yöntemi kullanılmalıdır.

2.2.SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ İŞLEVLERİ

Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma şeklinde üç temel bileşenden oluşmaktadır. Bu işlevlerin kombinasyonları aynı ülke içerisinde farklı şekillerde entegre edilebilir ya da ayrılabilir. Bu bileşenler bazen tek bir örgüt çatısı altında birleştirilebilir bazen ise gelir toplama ve fon havuzlama işlevlerini bir örgüt üstlenirken hizmet sunuculara ödeme yapma işlevini başka bir örgüt yürütebilmektedir (Kutzin, 2001: 174).

Tablo 2.1’de sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri ve bu işlevlere karşılık gelen ilgili politika konularına yer verilmiştir. Gelir toplama işlevinde sağlık hizmetlerine finansman sağlamak amacıyla ne kadar para toplanması gerektiği ve bu ödemelerin hangi kişileri ve konuları kapsadığı yer almaktadır. Fon havuzlama işlevinde elde edilen kaynakların nasıl biriktirileceği ve bu kaynakların sağlık hizmeti sunucularına nasıl tahsis edileceği konuları yer almaktadır. Hizmet sunuculara ödeme yapma işlevinde ise hizmetlerin kimden alınacağı ve nasıl ödeme yapılacağı konuları ile birlikte ödemenin nasıl fiyatlandırılacağı ve nasıl ödeneceği konuları yer almaktadır.

Tablo 2. 1. Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri ve ilgili politika konuları

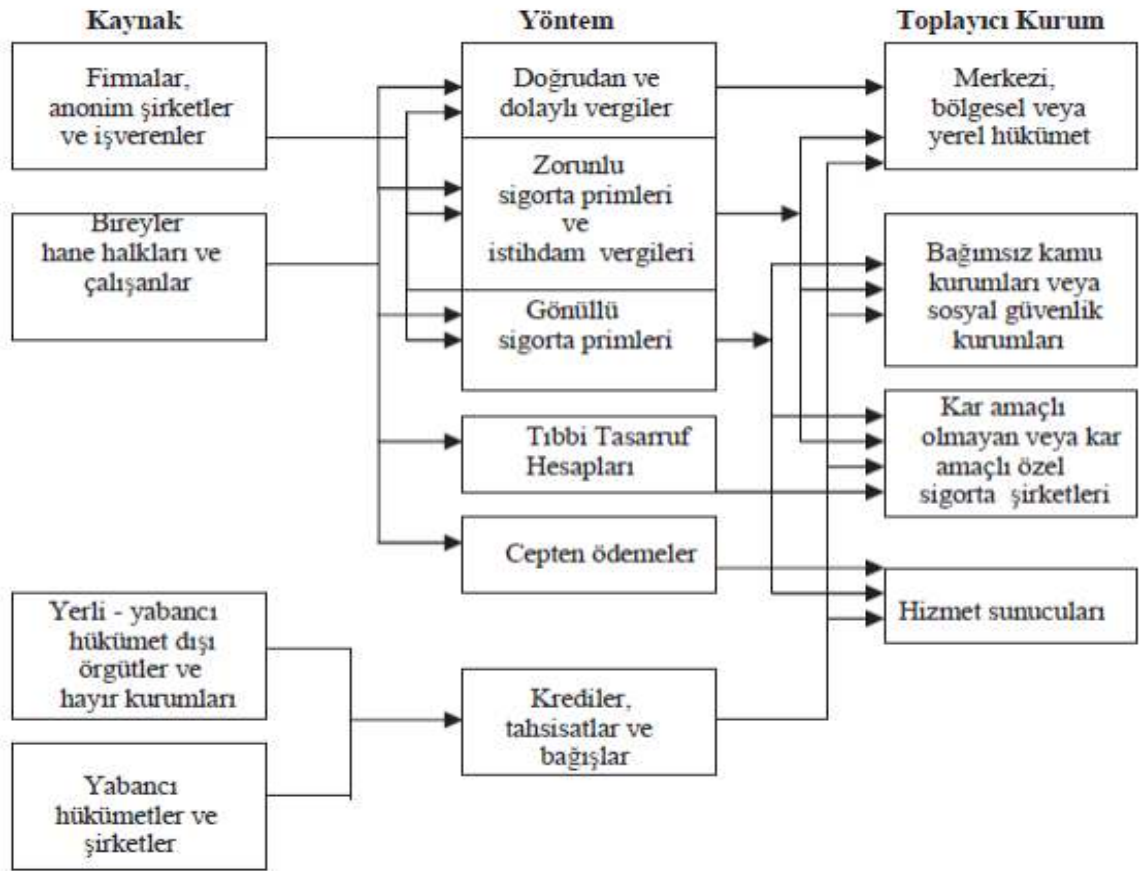
Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevi	İlgili Politika Konusu
Gelir Toplama	- Kimden ne kadar para toplanacak? - Kimleri ve neleri kapsayacak
Fon Havuzlama	- Kaynaklar nasıl havuzlanacak? - Kaynaklar hizmet sunucularına nasıl tahsis edilecek?
Hizmet Sunuculara Ödeme Yapma	- Hizmetler kimden alınacak ve nasıl ödenecek? - Hangi fiyatla ve nasıl ödenecek?

Kaynak: Dixon, A. Langenbrunner, J. ve Mossialos, E. (2004). Facing The Challenges of Health Care Financing. Josep Figueras, Mckee Martin, Cain Jennifer, Lessof Suszy (Editör), Health System in Transition: Learning From Experience, World Health Organisation, Copenhagen.

Gelir Toplama: Sağlık hizmetlerinin finansmanı, birincil ve ikincil kaynaklardan sağlanmaktadır. Gelir toplama, birincil kaynaklardan olan hane halkı ve işletmeler ile ikincil kaynaklar arasında yer alan devlet ve bağış yapan kurumlardan para toplanılması şeklinde açıklanmaktadır. Gelir toplama, sağlık sistemine finansman sağlamak amacıyla toplanan paranın yöntemini gösteren bir kaynak oluşturma sürecidir. Sağlık hizmetleri finansmanı için toplanan gelirlerin riskleri belirleme düzeyi, gelir düzeyi düşük olan

kişilere yönelik kullanılan koruyucu mekanizmalar, gelirlerin ne oranda toplanacağı gibi konuların doğru şekilde belirlenmesi sağlık hizmetleri finansmanının adaletli ve başarılı bir şekilde yürütülmesi açısından oldukça önemlidir. Şekil 2.1. finansal kaynakların nasıl oluştuğunu, kaynakların toplanmasında hangi yöntemlerin kullanıldığını ve kaynakları toplayan kurumları göstermektedir (Çelik, 2016: 167; Murray ve Frenk, 2000: 724).

Şekil 2.1. Sağlık finansman kaynakları, toplama yöntemleri ve toplayıcı kurum örnekleri



Kaynak: Mossialos, E. ve Dixon, A., (2002). Funding Health Care: An Introduction. In: Mossialos E. et al. (eds.), Funding Health Care: Options for Europe. 1-30. Buckingham: Open University Press.

Gelir toplama süreci; kimlerin ne kadar ödeme yapacağı, bu ödemelerin kimleri ve hangi hizmetleri kapsayacağı, hangi ödeme yöntemlerinin kullanılacağı, ödemeleri hangi kurumların toplayacağı konularını kapsamaktadır. Sosyal sağlık sigortası, vergiler, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı, cepten ödemeler, bağışlar ve borçlar gelir toplama yöntemleri arasındadır. Cepten ödemeler dışında kalan gelir toplama yöntemlerinin ortak ve en önemli özelliği gelirlerin sağlık hizmetleri kullanılmadan önce toplanmasıdır. Gelirlerin toplanması; kamu kurumları, kâr amacı olan özel kuruluşlar ve kâr amacı

olmayan özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Stratejik bir gelir toplama yöntemi sağlık sistemlerinin performansını önemli ölçüde etkilemektedir (Murray ve Frenk, 2000: 724; Çelik, 2016: 168).

Fon Havuzlama: Sağlık hizmetleri gelirlerinin biriktirilmesini ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanı için fon havuzlama, toplanan gelirlerin sağlık hizmeti kullanıcılarının ortak faydası için biriktirilmesidir. Fon havuzlama, finansal risklerin paylaşılmasına imkân vermektedir. Sağlık hizmetleri açısından oluşacak olan risk, havuzun tüm üyeleri tarafından üstlenilmektedir. Geleneksel olarak fon havuzlama kavramı sigorta işlevi olarak bilinmektedir (WHO, 2000: 96; Murray ve Frenk, 2000:724; Kutzin 2001: 177).

Fon havuzlama işlevi, hem kullanıcılar hem de hizmet sağlayıcılar için sağlık hizmetlerine yönelik olan belirsizlikleri azaltmaktadır. Fon havuzlama, sağlık hizmetlerinin karşılayabileceği düzeyde talebi dengeleyerek ve fon akışını artırarak hastalara daha yüksek hizmet sunulmasına imkân yaratabilmektedir (WHO, 2000: 96).

Fon havuzlama işlevinde adalet çok önemli bir olgudur. Gelir düzeyi düşük ve korunmaya muhtaç olan grupların kişisel ya da toplumsal sağlık hizmetlerine erişiminde yaşayacakları düşük ya da yüksek riskler, fon havuzları sayesinde yüksek gelire sahip kişilerce desteklenmektedir. Fon havuzlama ile birlikte gençler yaşlıları, sağlıklı olanlar hastaları, gelir düzeyi yüksek olanların ise fakirleri desteklemesi ile hakkaniyetli bir sağlık hizmetleri finansmanı sağlanabilmektedir (Çelik, 2016: 169; Murray ve Frenk, 2000:724; WHO, 2000: 96).

Sağlık hizmetleri finansmanında fon havuzlama işlevini farklı kurumların yürütebilmesi ile birlikte, genellikle gelir toplayan kuruluşlar ile fon havuzlayan kuruluşlar aynı olmaktadır. Fon havuzlamanın büyüklüğü ve sayısı, havuzlar arası fon transfer mekanizmaları, fon havuzları arasındaki rekabet ve fon sağlayan kuruluşların yönetişimi fon havuzlamasının yapısal düzenlemelerini içermektedir. Fon havuzlama işlevinin etkili olması havuzun büyüklüğü ile yakından ilgilidir. Sağlık hizmetleri finansman sisteminde az sayıda olan büyük havuzların kullanılması, gelir miktarının da artmasıyla birlikte oluşacak risklere ve belirsiz sağlık hizmeti ihtiyaçları için finansal korumaya yönelik katkı düzeyini azaltacak ve dolayısıyla kişiler sağlık hizmetlerine erişimde herhangi bir zorluk ile karşılaşmayacaktır (Murray ve Frenk, 2000: 724; Carrin ve James, 2004: 29; Çelik, 2016: 169).

Hizmet Sunuculara Ödeme Yapma: Genel anlamda hizmet sunuculara ödeme yapma, fon havuzlarında biriken kaynakların sağlık hizmetlerine yönelik olarak aktarılması anlamına gelmektedir. Bu aktarım, kişisel ya da kurumsal sağlık hizmeti sunan kuruluşlara, vermiş oldukları sağlık hizmetleri karşılığında belirli yöntemlere göre ödemelerin yapılmasıdır (Kutzin, 2001: 180; Mussialos ve Dixon, 2002: 7; Murrey ve Frenk, 2000: 724). Hizmet sunuculara ödeme yapma stratejik ve pasif ödeme şeklindedir. Stratejik ödeme, sağlık sistemlerinin performansını en üst düzeye çıkarmak amacıyla sürekli olarak hangi müdahalelerin kimler tarafından, hangi yollar izlenerek ve ödemelerin ne şekilde yapılacağıının belirlenmesidir. Pasif ödeme yapma ise önceden belirlenmiş bir bütçeyi takip ederek ya da sağlık hizmeti sunulduğu anda ortaya çıkan faturayı ödemeyi ifade etmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma işlevinde esas olan ödemenin stratejik nitelikte olmasıdır. Stratejik ödemelerin yer aldığı bir sistem; en iyi sağlık hizmetlerine ve sağlık sunucularına ulaşılması, en doğru ödeme yöntemleri ve anlaşma düzenlemelerinin sağlanması hususlarının araştırılmasını içermektedir (WHO, 2000: 97). Sağlık hizmetleri finansmanında hizmet sunuculara ödeme yöntemleri; kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, vaka başına ödeme, gün başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleri şeklindedir (WHO, 2004: 38; Tengilimoğlu vd., 2012: 298; Çelik, 2016: 169).

Kişi başına ödeme; hem ayakta hem de yatarak tedavilerde uygulanabilen, hizmeti alan kişi sayısına göre belirlenen kolay bir yönetim işleyişine sahip olan ödeme biçimidir. Kişi başına ödeme, kişilerin belirli bir süre boyunca kullanacağı tüm sağlık hizmetlerini karşılamak amacıyla belirlenmiş olan bir ödeme sistemidir. Kişi başına ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunucularının kişilere vermiş olduğu hizmet ve tedaviye bakılmaksızın kendisine kayıtlı olan kişi sayısına göre almış olduğu ücrettir. Ödemelerin hizmet veya hizmet bileşenleri başına göre yapılmaması, gereksiz sağlık hizmeti sunumunu engellemekle birlikte, gerekli olan sağlık hizmetleri sunumunu zorlaştırabilmektedir. Ayrıca bu yöntem, sağlık hizmeti kullanıcılarını üst basamak sağlık hizmetlerine sevk etmesi ile birlikte maliyetlerin kontrol altında tutulmasını kısıtlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin gereğinden az kullanılmasını engellemek amacıyla işgal oranları veya hizmet kullanım oranları gibi yöntemlerle denetim yapmak sistemin doğru kullanımı açısından önemlidir (WHO, 2004: 38; Normand ve Weber, 2009: 95; Çelik, 2016: 170; Tengilimoğlu vd., 2012: 298).

Hizmet başına ödeme; ayakta veya yatarak tedavilerde sağlık hizmeti kullanıcılarına verilen her hizmetin karşılığında yapılan bir ödeme mekanizmasıdır. Hizmet sunuculara yapmış oldukları her bir tedavi ya da sunmuş oldukları ürün başına ödeme yapılmaktadır. Yöntemin en büyük avantajı hastalar için her hizmetin sağlanması ve alınan her hizmet için ödeme yapılmasını garanti ederek hizmetlerin kalitesini artırmasıdır. Bu avantaj, kişileri sağlık hizmetleri kullanımına fazla derecede teşvik ettiği için sıklıkla eleştirilmektedir. Yöntemin en büyük dezavantajı ise daha fazla kâr etmek için hizmet sunucuların hastaya ihtiyacı olmayan hizmetleri sunması ve sunmadığı halde hizmetleri sunmuş gibi gösterme imkânı vermesidir. Bu olumsuz durumları kontrol altına almak amacıyla hizmet başına ödeme yönteminin bütçe yöntemi ile birlikte kullanılması önerilmektedir. Ayrıca kullanıcı katkıları yolu ile hizmet sunucuların gereksiz yere hizmet sunmasının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Yöntemin bir diğer dezavantajı da faturalama, geri ödeme ve fatura edilen hizmetlerin gerçekten sağlanıp sağlanmadığının belirlenmesi için yapılması gereken denetim maliyetlerinin toplam maliyetleri artırmasıdır (WHO, 2004: 37; Normand ve Weber, 2009: 86; Çelik, 2016: 169).

Vaka başına ödeme; hem ayakta hem de yatarak tedavilerde, hastaya koyulacak olan teşhise göre yapılan ödeme şeklidir. Vaka başına ödeme sistemi, tek bir tedavi türü yerine tek bir vakaya dayanmaktadır. Hekimin veya sağlık kurumlarının tedavi ettiği her vaka bir ücret ödenmesine yol açmaktadır. Hastanın kapsamlı tedavisi için sabit bir tutarın ödendiği Teşhise Dayalı Grup (DRG) ödemesi bu yöntemin en önemli ödeme şeklidir. Bu yöntemde teşhis gruplarının net ve açık bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Maliyet kontrollerini doğru bir biçimde sağlayan bu yöntem, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını artırmaktadır. Bu yöntem dâhilinde hizmet sunucuları, daha pahalı ve ciddi vakaları kabul ederken karmaşık, teşhis ve tedavisi daha ucuz olan vakaları başka hizmet sunuculara gönderebilmektedir. Doğru teşhisin yapılıp yapılmadığı, ucuz ve karmaşık vakaların başka hizmet sunuculara gönderilip gönderilmediğinin denetiminin yapılması gerekmektedir. Bu denetimler ise fazlasıyla maliyetli olmaktadır (WHO, 2004: 38, Normand ve Weber, 2009: 90; Çelik, 2016: 170; Tengilimoğlu vd., 2012: 297).

Gün başına ödeme; hastanın yattığı gün sayısı esas alınarak yapılan, kolay ve maliyeti düşük bir ödeme şeklidir. Gün başına ödeme, hastalara günlük uygulanan tüm hizmetleri (tıbbi tedavi, ilaçlar, bandajlar, protezler ve konaklama) ve masrafları kapsamaktadır. Bu ödeme şekli, daha fazla kâr elde etmek için hizmet sunucularını

hastanın gerektiğinden daha uzun süre ya da gereksiz yere hastanın hastaneye yatırılmasını teşvik etmektedir. Bu teşviklere çözüm olarak belli bir süre sonra günlük yatış ödeme tutarları kademeli olarak azaltılabilir (WHO, 2004: 37; Normand ve Weber, 2009: 92; Çelik, 2016: 169; Tengilimoğlu vd., 2012: 297).

Bütçe ve ücret ödemeleri; bütçe ödemeleri, hizmet sunuculara maliyetleri kontrol altına almak için yapılan katı ve sabit ödemelerdir. Bütçe ödemeleri, belirli bir süre boyunca sunulan hizmetlerin veya ürünlerin toplam maliyetini karşılamak için bir veya birkaç taksit ile yapılan toplu ödeme olarak tanımlanabilir. Bütçe ödemelerinin yetersiz olduğu zamanlarda gerekli sağlık hizmetleri kullanımı azalabilmektedir. Ücret ödemeleri ise hizmet sunan personele yapılan ödemelere yöneliktir. Ücret ödemeleri; tedavi edilen hasta sayısına, verilen hizmetin miktarına ve maliyetine bakılmaksızın, sağlık personelinin iş başında bulundukları sürece, belirli zaman aralıkları ile almış oldukları ücrettir. Ücret ödemeleri ilaç, tıbbi malzeme ve diğer hizmetleri kapsamamaktadır. Personel motivasyonunun düşük olduğu durum ve zamanlarda hizmet sunumları olumsuz şekilde etkilenebilmektedir. Bu tarz olumsuz etkilerin azaltılması için performansa dayalı ödemeler yapılabilir (WHO, 2004: 39; Normand ve Weber, 2009: 82-84; Çelik, 2016: 170).

2.3. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ AMAÇLARI

Sağlık hizmetleri finansmanı, mevcut finansal kaynakların sağlık hizmetlerine yönelik olarak belirli yöntemler dâhilinde harekete geçirilmesini ve kaynakların kullanılmasını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinde hangi finansman yöntemi ya da hizmet sunumu şekli uygulanırsa uygulansın asıl amaç; hakkaniyetli, kaliteli, verimli bir sağlık hizmeti sağlamak ve kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesine yönelik yeterli, sürdürülebilir biçimde kaynaklar yaratmaktır. Kaynak yaratırken toplum ya da kişilerin yoksullaşmasını engellemek de sağlık hizmetleri finansmanının amaçları arasındadır (İstanbulloğlu vd., 2010: 89; Güvercin vd., 2016: 83; Yıldırım, 2012: 48).

WHO (2000: 95) ise sağlık hizmetleri finansmanının amacının hizmet sunuculara fon sağlamanın yanı sıra finansal teşvikler yaratmak, tüm bireylerin sağlık hizmetlerini etkin ve verimli bir şekilde kullanmasını sağlamak, sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşılabilmesini kolaylaştırmak ve finansmanda adaleti sağlayarak yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmak olduğunu belirtmektedir. Bu önemli görevlerin yerine getirilmesinde sağlık hizmetlerinin finansman şekli ve yöntemi, izlenecek olan sağlık politikaları ve

sağlık hizmetlerin sunum biçimleri önemli ölçüde etkili olmaktadır. Ülkelerdeki politika yapıcılarının bir sağlık sigortası sistemi tasarlarlarken mevcut sağlık sistemleri ile sağlık finansman hedefleri arasında uyum sağlaması önemli bir husustur. Dünya Sağlık Raporu (2000) doğrultusunda sağlık hizmetleri finansmanının amaçları şunları içermelidir (WHO, 2000: 95; World Bank, 2012: 12):

- Finansal hastalık riskine karşı evrensel koruma sağlamak,
- Sağlık hizmetlerinin daha adil finanse edilmesini sağlamak,
- İhtiyaca göre hizmetlerin eşit bir şekilde kullanılmasını sağlamak,
- Hizmet sunumunda kalite ve verimliliği artırmak,
- Hesap verilebilir ve şeffaf bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmek,
- Sağlık hizmetleri finansman sisteminin idaresine yönelik etkinliği artırmak gibi amaçları kapsamalıdır.

2.4. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN MEKANİZMALARI

Etkili ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunmak, ülkedeki herkesin sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak gibi amaçların gerçekleştirilmesi için farklı finansman yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, ekonomik ve siyasi yapıları, yönetim biçimleri sağlık hizmetlerine uygun finansman yönteminin seçilmesinde önemli unsurlardır. Ülkeler aynı anda birden fazla finansman yöntemi kullanabilirken her ülkenin uygulamış olduğu finansman yöntemi birbirinden farklıdır (İstanbuluoğlu vd., 2010: 86; Tatar, 2011: 104; Şantaş ve Çıraklı, 2019: 13).

Sağlık hizmetlerine finansman sağlamak üzere seçilen yöntem ya da yöntemlerin sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinde verimlilik ve etkililik gibi unsurlar üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri bulunmaktadır. Kullanılan farklı finansman yöntemleri; sağlık hizmetlerinin sunum şekli, ne şekilde ve miktarda, kimler tarafından sunulacağı gibi önemli hususları da belirlemektedir (Tatar, 2011: 103).

İzleyen kısımlarda sağlık hizmetleri finansman yöntemleri incelenecektir.

2.4.1. Sosyal Sağlık Sigortası Yöntemi İle Finansman (Bismarck Modeli)

Kamu kaynaklı bir finansman mekanizması olan sosyal sağlık sigortası (Bismarck Modeli), sosyal primlerle sağlanan ve genellikle herkesin zorunlu olarak katıldığı bir yöntemdir (Cichon ve Normand, 1994: 327). Sosyal sağlık sigortası, zorunlu sağlık sigortası veya Bismarck modeli olarak da bilinmektedir.

Sosyal sağlık sigortası, 1883 yılında Almanya’da ilk kez Otto Van Bismarck liderliğinde oluşturulmuştur. Bu sigorta modeli; belirli sektörlerde, belirli miktarın altında çalışan işçilerin zorunlu olarak bir hastalık fonuna bağlanması gerektiğı ve fonun işçilerin ve işverenlerin zorunlu katkılarıyla finanse edileceğı bir uygulama şeklinde başlamıştır. Kar amacı gütmeyen bu yöntemin amacı herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaktır. Almanya’da başlatılmış olan bu finansman yönteminin kabul edilebilirliği, birçok ülkede artış göstermiştir. Çünkü zorunlu sağlık sigortası işçilerin ve ailelerinin beklentilerine doğru yanıt olarak görülürken, Devletin sosyal sağlık ve sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili endişelerini somut terimlerle ifade etmektedir (Ron vd., 1990: 8; Barnighausen ve Sauerborn, 2002: 1559).

Sosyal sağlık sigortası, kapsamındaki kişiler için zorunlu bir uygulamadır. Sistemin kimleri kapsayacağı konusu ise ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Sistem içerisinde ülke nüfusunun tamamını kapsamak gibi bir zorunluluk bulunmamaktadır. Ülke nüfusunun tamamını kapsayan sosyal sigorta uygulaması genel sağlık sigortası ya da sağlıkta genel sigorta isimleri ile bilinmektedir. Sistem dâhilindeki kişiler, sigorta sisteminden faydalanmak için belli miktarlarda prim ödemektedirler. Prim oranları, kişisel risklerle ilişkilendirilmeden çalışan ücretlerinin belirli bir yüzdesi alınarak çalışanlar ve işverenlere göre belirlenmektedir (Çelik, 2016: 177).

Bir finansman yöntemi olarak sosyal sağlık sigortasının başarılı bir sistem olarak kullanılabilmesi için sigorta riskinin kontrollü dağılımını sağlamak amacıyla sosyal sigortanın ülkedeki herkes için zorunlu bir hale getirilmesi, işveren ve çalışanların tümünden düzenli bir şekilde prim toplanması ve kişilerin gelir seviyesini temel alan mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 116).

2.4.2. Vergiler İle Finansman (Beveridge Modeli)

Sağlıkta finansal sorumlulukların paylaşılması noktasında sıklıkla kullanılan vergilerle finansman yöntemi, 1920’li yıllarda ortaya çıkmıştır. Vergilere dayalı finansman sistemi, Beveridge modeli ya da genel vergi gelirleri olarak da bilinmektedir. Vergilerle finansman sisteminin en temel amacı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik harcamaları genel vergilerden karşılamak ve tüm vatandaşlara adaletli bir sağlık hizmeti sunmaktır (Yıldırım vd., 2012: 52-53; İstanbulluoğlu vd., 2010: 93).

Vergiler ile finansman sisteminde kişilerden farklı isimlerle vergiler toplanmakta ve toplanan vergiler tek bir fon havuzu içerisinde biriktirmektedir. Fonda birikmiş olan

vergiler, ülkenin siyasi politikaları gereğince farklı sektörlerle iletilmektedir. Böylelikle kişiler kullanıcı katkıları haricinde herhangi bir bedel ödemedi sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. İngiltere ile özdeşleşen vergilerle finansman (Beveridge modeli), Finlandiya, İsveç, Danimarka, İtalya, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır (Evans, 2002: 31).

Vergiler ile finansman sisteminde kişilerden toplanan vergiler çok türldür. Finansman sistemi içerisinde farklı kaynaklar ve vergi türleri mevcuttur. Tüm vergi türlerinde eşitlik ve verimlilik esastır. Genel anlamda vergiler ile finansman sistemi dolaylı ve doğrudan vergiler olmak üzere iki bölüm halinde incelenmektedir. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak doğrudan vergilendirme yolu ile finanse edilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 14).

2.4.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıt olma durumuna bakılmaksızın sigortalı kişilerin hastalık, sakatlık veya kaza gibi durumlarda gerekli olan teşhis, tedavi, ilaç ve diğer sağlık harcamalarına yönelik giderlerini karşılamak amacıyla oluşturulan bir sigorta türüdür. Özel sağlık sigortası, kişilerin serbest iradesi ile oluşturulmakla birlikte, bireyleri karşılaştıkları risklere karşı korumakta ve kişisel çıkarlarını teminat altına almaktadır (Çelik, 2016: 183).

Özel sağlık sigortası; tamamlayıcı, bütünleyici/destekleyici ve ikame edici sigorta olarak sınıflandırılmaktadır. Bu yöntem; bireysel, toplumsal veya grupsal risklere göre primlerin nasıl hesaplanacağına, faydaların ne şekilde belirleneceğine, hizmet sunan kurum ya da kuruluşların kar amacı güdüp gütmeme hususlarına göre farklılık göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 19). Tamamlayıcı sağlık sigortası, yasalar tarafından hariç tutulan kısmen ya da tamamen karşılanmayan sağlık hizmetlerine tam veya kısmi bir teminat sağlamak üzere kullanılmaktadır. Tamamlayıcı sigortaya ödenen primlerin ücretleri düşük gelire sahip olan kişiler için uygun miktardadır. İkame edici sigorta, yasal kapsamın dışında kalan, kamu kapsamından dışlanabilecek veya kamu sisteminden çıkmak isteyen kişilere alternatif olarak sunulan bir özel sağlık sigortasıdır. Almanya ve Hollanda'da yüksek gelire sahip olan kişiler ikame edici sağlık sigortası satın alabilmektedirler. Destekleyici sağlık sigortası ise sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim sağlamak ve kişilere istedikleri hizmet sunucusunu seçme imkânı sağlayan bir sigortadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 19-20).

Bu yöntemle göre sağlık hizmetlerinin finansmanı, amacı kâr elde etmek olan özel sigorta şirketleri aracılığıyla karşılanmaktadır. Sigorta kapsamındaki kişiler gelir durumları ve sosyal durumlarına göre özel sağlık sigortası şirketlerine prim ödemektedirler. Ödenecek olan primlerin miktarı kişilerin sağlık durumları, yaş, cinsiyet, ekonomik durumları gibi hususlar doğrultusunda, risk oranlaması yapılarak belirlenmektedir. Düşük risk grubundaki kişiler daha az prim öderken yüksek risk grubunda yer alan kişiler daha yüksek primler ödemektedir. Ödenen primler doğrultusunda özel sağlık sigortası şirketleri bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik olan harcamalarını karşılamaktadır (Çelik, 2016: 183; Güvercin vd., 2016: 85; Ertürk, 2012: 42).

2.4.4. Tıbbi Tasarruf Hesabı

Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinden olan tıbbi tasarruf hesapları, ilk olarak Singapur tarafından uygulanmıştır. Tıbbi tasarruf hesabı, kişiselleştirilmiş bir tasarruf hesabı olarak tanımlanabilir. Tıbbi tasarruf hesapları, politika yapıcılar tarafından alternatif bir tıbbi fayda, maliyet kontrol tekniği olarak kabul edilen yeni bir seçenektir. Bu yöntem; kişiler, hane halkları ve firmaların gelecekte karşılaşacakları herhangi bir sağlık riskine karşı, istemli ya da zorunlu olarak, kendilerine ait olan bir banka hesabı açarak hesaplarına gelirlerinin belirli bir yüzdesini yatırmaları ve biriken bu paraları sadece sağlık harcamalarına yönelik kullanmalarına dayalı bir sistemdir (Mossialos ve Dixon, 2002: 21; Dixon, 2002: 409; Doerpinghaus, 1996: 69).

Tıbbi tasarruf hesabı yönteminde fon havuzlama sistemi yer almamakta ve yüksek maliyetli hastalıklar ve tedavilere karşı bir koruma mekanizması bulunmamaktadır. Bu sebepten tıbbi tasarruf hesabı başka finansman yöntemleri ile birlikte kullanılmak zorundadır. Tıbbi tasarruf hesabı uygulamaları ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Tıbbi tasarruf hesabı, katastrofik harcamaları karşılamak için bir kamu veya özel sigorta unsuruyla birleştirilmiştir (Mossialos ve Dixon: 21-22; Çelik, 2016: 195-196; Dixon, 2002: 409). Tıbbi tasarruf hesapları, artan sağlık hizmeti maliyetleri sorununa olası bir çözüm olarak önerilmektedir. Bu finansman yöntemi, tüketicilerin sağlık hizmetlerini kullanmalarına ve maliyeti paylaşmalarına izin verdiğinden sağlık hizmetleri maliyetlerdeki artışı sınırlama potansiyeline sahiptir. Bununla birlikte bu hesaplar, kişileri daha bilinçli hale getirerek en düşük maliyetle en kaliteli hizmeti almalarını sağlamakta ve sağlık hizmetleri maliyet enflasyonunu düşürmektedir (Bond, 1996: 34; Gardner, 1995: 1).

Tıbbi tasarruf hesaplarının gelecekte karşılaşılabilecek olan yüksek sağlık hizmetleri maliyetleri için kişileri tasarrufa teşvik etmek, mali kontrol sağlamak ve sağlık hizmetleri finansmanına ek kaynak yaratmak gibi avantajları bulunmaktadır. Maliyeti çok yüksek olan hastalık gruplarına karşı koruma sağlamıyor olması ise bu yöntemin en büyük dezavantajıdır. Tıbbi tasarruf hesabını savunanlar, bu finansman yönteminin verimliliği ve tüketici seçimini artırdığını, sağlık harcamalarını ise azalttığını savunmaktadır. Yöntemi eleştirenler ise bu sistemin ters seçime, öz sermayenin azalmasına, maliyet enflasyonuna yol açtığını ve kişileri gerekli sağlık hizmetleri kullanımından vazgeçirdiğini savunmaktadır (Yıldırım vd., 2012: 58; Dixon, 2002: 410).

2.4.5. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık hizmetinden yararlanabilmek için doğrudan kendi ceplerinden yaptıkları ödemeleri kapsamaktadır. Cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine yönelik gereksiz kullanımları azaltacağı varsayımı ile ortaya çıkan bir yöntemdir fakat bu finansman yöntemi, gelir düzeyi düşük ve yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlayabilmektedir. Gelir dağılımının adaletsiz olduğu toplumlarda, düşük gelire sahip kişiler sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşamakta ve yüksek miktarlarda ödeme yapmaları gerekebilmektedir (Zaineh vd., 2009: 1071).

Cepten ödemelerin olası hastalık risklerine karşı herhangi bir finansal koruyuculuğu bulunmamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve informal ödemeler olmak üzere üç gruptan oluşmaktadır. Doğrudan ödemeler, herhangi bir sigorta kapsamında yer almayan kişilerin sağlık hizmetlerine yönelik yaptıkları ödemelerdir. Kullanıcı katkıları, sağlık güvencesi kapsamında olan ancak tam olarak karşılanmayan hizmetler kapsamında yapılan ek ödemelerdir. İnformal ödemeler ise sağlık güvencesi bulunan kişilerin sağlık hizmetlerine yönelik almış oldukları hizmetler karşılığında yaptıkları yasal olmayan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22; Çelik, 2016: 189). Cepten ödemenin türlerine ilişkin detaylar şu şekildedir:

2.4.5.1. Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödeme yöntemi sosyal güvence kapsamı dışında kalan, arz eksikliği ya da uzun bekleme süreleri gibi sağlık hizmetlerine erişimi sınırlandıran durumlarda kişilerin yapmış oldukları ödemelerdir. Doğrudan ödeme yöntemleri genellikle özel sağlık sektörü içerisinde yer alan hizmetler kapsamında yapılan ödemelerdir. Bu ödemelere dış hekimleri,

reçetesiz ilaç, özel muayeneler, özel hastaneler, test amaçlı klinik ve laboratuvarlara yapılan ödemeler örnek gösterilebilir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

2.4.5.2. İnfomal Ödemeler

İnfomal ödemeler, kişisel ya da kurumsal hizmet sunuculara yasal ödemeler dışında yapılan ayni ya da nakit ödemeler şeklinde ifade edilmektedir. İnfomal ödemeler kapsamında sağlık hizmeti kullanıcıları, ödeme yapılmasına gerek olmayan hizmetler için birtakım ödemeler yapmaktadırlar (Lewis, 2000: 1; Vian, vd., 2006: 877). Kamu sektöründe yer alan finansal kaynakların ve özel sağlık hizmetlerinin yetersiz oluşu, kültürel faktörler ve sağlık hizmeti sunucularını etkileme istekleri gibi nedenler infomal ödeme yapma nedenleri arasında gösterilebilir (Mossialos ve Dixon, 2002: 25).

2.4.5.3. Kullanıcı Katkısı

Kullanıcı katkıları, sağlık harcamalarının belirli bir kısmının sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından karşılanması ya da sağlık hizmeti ihtiyacına yönelik olarak ortaya çıkan parasal bedelin belirli bir miktarının sağlık güvencesinde yer alan kişilere doğrudan ödettirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre kullanıcı katkıları; ilaç, konsültasyon ve diğer sağlık hizmetleri için sağlık hizmeti kullanıcılarından alınan ücretler şeklinde ifade edilmektedir (Yıldırım vd., 2011: 74).

Kullanıcı katkılarının uygulanabileceği iki durum söz konusu olabilmektedir. İlk durum sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların düşük ya da düşmeye başladığı zamanlardaki kullanımıdır. İkinci durum ise ilk durumun tersi şeklinde seyreden sağlık harcamalarının yüksek ya da hızlı bir şekilde yükselmeye devam ettiği süreçlerde uygulanabilmektedir (Çelik, 2016: 190). Kullanıcı katkılarını ortaya çıkaran en önemli neden sağlık hizmetlerine yönelik olan gereksiz hizmet kullanımını engellemektir. Sağlık hizmetleri finansmanında cepten yapılan ödemeleri savunanlara göre kullanıcı katkıları, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemekle birlikte sağlık hizmetleri finansmanına ek gelir sağlamaktadır (Tatar, 2011: 114).

2.4.6. Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası

Toplum tabanlı sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine yönelik oluşan maliyetlerin belirli bir kısmının bireylerin ya da grupların katkısı ile karşılandığı bir finansman yöntemidir. Bu yöntem sağlık hizmetleri finansmanında alternatif olarak kullanılmaktadır. Toplumun katılımıyla gerçekleştirilen finansman yöntemine yüksek derecede katılımın

teşvik edilmesi ilk olarak temel sağlık hizmetlerine yönelik 1978 yılında gerçekleştirilen Alma Ata Deklarasyonu'na dayanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde toplum finansmanı, belirli bir toplulukta (köy, ilçe, sosyo-ekonomik ya da etnik grup) yaşayan hane halkının sağlık hizmetlerinde oluşan ya da oluşacak olan maliyetleri finanse ederek, sağlık hizmeti organizasyonuna ve finansmanına katılım göstererek oluşturulan alternatif bir finansman yöntemidir (Yıldırım, 2012: 58; Carrin, 2003: 4).

Bir ülkenin vergilere dayalı sağlık hizmetleri finansman yöntemi kapasitesi zayıf olduğunda ve sosyal sağlık sigorta sistemi yetersiz kaldığında, sağlık hizmetleri finansmanına toplumun katılımının sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirebileceği ve kayıt dışı sektörde çalışan düşük gelirli nüfus için hastalık maliyetine karşı sosyal koruma sağlayabileceği ileri sürülmektedir. Toplum düzeyinde risk havuzunu ve kaynak paylaşımını destekleyen alternatif bir sağlık hizmetleri finansmanı düzenlemesi olan toplum temelli sağlık sigortası uygulaması, düşük ve orta gelirli ülkelerde hızla artmaktadır (Gnawali vd., 2009: 214).

2.4.7. Şartlı Nakit Transferi

Şartlı nakit transferi, ekonomik zorluklardan ötürü temel sağlık hizmetlerine erişemeyen ve eğitim hizmetlerinden faydalanamayan, sağlık güvencesi kapsamında olmayan yoksul kişi ya da hane halklarına belirli koşulları sağlamaları sonucunda yapılan para yardımlarını ifade etmektedir. Şartlı nakit transferi öncelikli olarak yoksulluğun önlenmesine yönelik uygulanan bir yardım programıdır. İlk olarak 1990'ların ortalarında Meksika ve Brezilya'da çocukların okula gitmesini teşvik etmek için geliştirilmiştir (Adato vd., 2011: 1921; Çelik, 2016: 200).

Şartlı nakit transferinin şartlılık ilkesi sadece yoksullara yönelik ekonomik yardımları içermemekte; aynı zamanda eğitim, düzenli sağlık kontrolü sağlamak, hamile kontrolü ve çocuk aşılması da dâhil olmak üzere birçok konuda düzenli nakit ödemelerini içermektedir. Şartlılık ilkesi kapsamında bu yöntem, yapılan yardımların amacına uygun şekilde ve doğrultuda yapılmasını, en yoksul kesimlerin sağlık, eğitim ve sosyal alandaki temel ihtiyaçlarının karşılanmasını ve hizmetlere olan erişimlerin kolaylaştırılmasını sağlamaktadır (Uzun, 2012: 39; Ranganathan ve Lagarde, 2012: 95; Kusuma vd., 2017: 497).

2.4.8. Mikro Bankacılık

Mikro bankacılık, ekonomik gelir düzeyi düşük olan kişilere yardım ya da bağış yapmak yerine resmi olan mali sistemler (bankalar, sivil toplum kuruluşları, kredi kooperatifleri) aracılığıyla kişileri üretime teşvik edecek düşük miktarlarda kredilerin verilmesi ve temel finansal hizmetlerin krediler yoluyla sağlanmasıdır. Bu yöntem yoksullukla mücadele eden güncel finansman yöntemlerindendir (Bayraktutan ve Akatay, 2012:1). Mikro bankacılık, sağlık hizmeti alacak olan kişilerin yüksek finansal maliyetlerden korunmasına ve hizmetler kapsamında oluşacak olan finansal riskleri kontrol etmelerine karşı geliştirilmiş bir sağlık hizmeti finansman yöntemidir. Gelir getiren faaliyetlerde bulunma, herhangi bir iş yapmak için ihtiyacı olan yoksullara kredi imkânları verilmesi gibi birçok neden için kullanılan mikro bankacılık, sağlık hizmetleri harcamalarına yönelik olarak da kullanılmaktadır (Çelik, 2016: 200-201).

2.4.9. Kamu Özel Ortaklığı

Dünya Sağlık Örgütü, herkesin ihtiyaç duyduğu hizmetlerden yararlanabilmesini ve ilgili finansal risklerden korunmasını sağlamak için sağlık sistemlerinin evrensel olarak kapsanması hedefini savunmaktadır. Devletler, bu amaçlar doğrultusunda sağlık sistemlerinin kapasitesini artırmak için toplu olarak kamu özel ortaklığı olarak adlandırılan girişimlerde bulunarak özel sektörle daha fazla ilgilenmekte ve etkileşimde bulunmaktadır (Wong vd., 2015: 261). Wong ve arkadaşları (2015), yapmış oldukları çalışmada kamu özel ortaklığı için ortaklığı başlatan yedi temel faktör tanımlamıştır:

- Güven oluşturma
- Açık şekilde belirlenmiş hedefler ve roller
- Zaman Taahhüdü
- Özellikle risk ve fayda ile ilgili olarak şeffaflık içeren bilgi
- Sözleşme esnekliği
- Usul ve düzenlemelerin arkasındaki teknik yardım veya mali teşvik
- Sorumluluk ve kararlarla (güç ve yetki) ilgili yapısal değişikliklerin bilinci ve kabul edilebilirliği şeklindedir.

Kamu özel sektör ortaklıklarına duyulan ihtiyaç, kaynak yetersizliği ve yönetim sorunları nedeniyle, kamu sektörünün kendi başına, etkin ve verimli bir şekilde kamu yararını sağlamadaki yetersizlikleri nedeniyle ortaya çıkmıştır (Nishtar, 2004: 1). Kamu

özel ortaklığı, karşılıklı sorumluluk paylaşımı ile ortak bir hedefe ulaşmak için kâr amaçlı veya kâr amacı gütmeyen kuruluşları içerebilen, devlet ve özel sektör arasındaki kurumsal bir ilişkidir. Bu sistem dâhilinde devletler, sahip oldukları sağlık hizmetlerini yönetme veya bir sağlık hizmetinin kapsamını önceden belirlenmiş performans hedefleri ile belirli bir süre için hizmetleri geliştirme sorumluluğunu özel kurumlara devretmektedir. Kamu özel ortaklığının çeşitli düzenlemeleri arasında, yetersiz hizmet alanlarının genişletilmesi, yeni hizmetlerin sunulması veya mevcut sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve verimliliğini artırmak gibi düşünceler yer almaktadır (Khan ve Puthussery, 2019: 1).

Kamu özel ortaklıkları, ağırlıklı olarak bir kamu kurumu ile özel tedarikçi arasındaki ilişkiyi tanımlayan resmi sözleşmelerin kullanılması yolu ile yürütülmektedir. Bu yöntem; bir kamu hastanesinin özel işletmelerce inşa edilmesini, hastane otelcilik hizmetleri gibi amaçlar için satın alınmasını ya da işletilmesini sağlayabileceği gibi kamu hastanelerinin özel şirketler tarafınca yönetilmesini ve yine özel işletmelerce kurulan hastanelerin devletlere kiralanabilmesi gibi uygulamaları kapsamaktadır (Hartman vd., 2020: 1; Çelik, 2016:201).

2.4.10. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler

Bazı ülkeler sağlık hizmetleri için gerekli olan finansmanı sağlamak amacıyla piyango ve bahis gelirlerinden faydalanmaktadır. Bu anlamda piyango ve bahis gelirlerinin de sağlık hizmeti finansman yöntemi için başvuru alan uygulamalar arasında yer aldığı bilinmektedir. Çok sık kullanılmayan bir finansman yöntemi olmasının yanında adil bir özelliğe sahip olmadığı için sağlık sistemi içerisinde bir takım hakkaniyetsizliklere yol açabilmektedir (Yıldırım, 2012: 53).

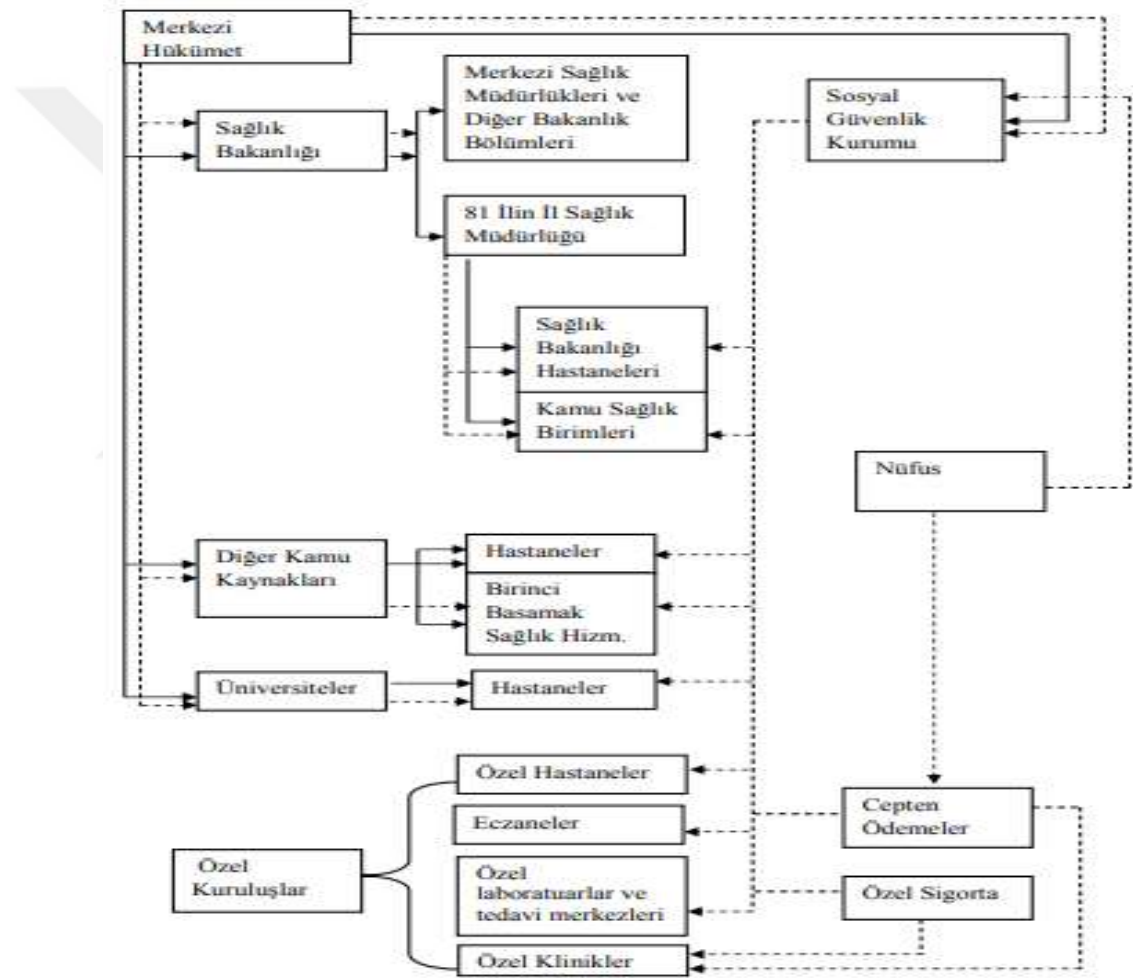
2.4.11. Borç, Hibe ve Bağışlar

Sağlık hizmeti finansmanının borçlar, hibeler ve bağışlar yöntemi ile sağlandığı bir finansman yöntemidir. Bu yöntem daha çok düşük ve orta gelire sahip ülkeler tarafından uygulanmaktadır. Hibeler, uluslararası sivil toplum kuruluşları ve iki ya da çok taraflı bağış veren ülkeler tarafından sağlanmaktadır. Bu finansman yöntemine ilişkin yapılan eleştiri, verilen hibelerin net harcamayı artırıp artırmadığına ilişkin kesin kanıtların olmamasıdır. Ayrıca sağlık sisteminin uzun vadeli finansal sürdürülebilirliği bağışçı yardımlarına bağlıdır. Bağışçıların öncelikleri değiştiği için finansal sürdürülebilirlik uzun sürmemektedir. Son olarak gelecek dönemlerde ödenecek olan hibeler, hükümetlere ve gelecek nesillere mali yük getirecektir (Korankye-Addae, 2013: 511).

2.5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE FİNANSMAN MEKANİZMALARI

Türkiye sağlık hizmetleri finansmanında, karma finansman modeli kullanılmaktadır. Türkiye’nin sağlık hizmetleri finansmanı genel sağlık sigortası, kamu tarafından sağlanan gelirler yani vergiler, özel sağlık sigortası, kişilerin almış oldukları sağlık hizmetleri karşılığında direkt olarak cepten yaptıkları ödeme yöntemleri ile finanse edilmektedir (SASAM, 2017: 4).

Şekil 2.2. Türkiye sağlık sistemi finansal akış şeması



Kaynak: Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. (2011). Turkey: Health system review. Health Systems in Transition. 13(6), 1–186.

Şekil 2.2’de Türkiye sağlık sisteminin finansal akışı verilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanında 2003 yılından itibaren geniş kapsamlı bir reform süreci yaşanmıştır. 5502 sayılı Kanun ile sağlık hizmetleri finansmanına yönelik reformda ilk adım olarak sistem dâhilindeki bütün sigorta kurumları tekrardan yapılandırılarak Sosyal

Güvenlik Kurumu (SGK) ismiyle tek çatı altında birleştirilmiştir. Bu birleşim sonucunda Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK ve Yeşil Kart tek elde toplanmış ve böylelikle karmaşık olan sağlık hizmetleri finansmanı daha sade bir şekle getirilmiştir. Türkiye’de sağlık sisteminde merkezi yönetim kabul edildiğinden dolayı finansal sorumluluk tek bir kurum olan SGK’ya aittir (Sağlık Bakanlığı, 2008: 38; Tatar vd., 2011: 38; Maliye Bakanlığı, 2011: 1; Güvercin vd., 2016: 86).

Türkiye’nin sağlık hizmetleri finansmanında kullandığı temel finansman kaynağı, Genel Sağlık Sigortası (GSS) primleridir. Türkiye’de ağırlıklı olarak kullanılan bu uygulamanın yönetimi, SGK tarafından sağlanmaktadır. (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu [SSGSSK], 2006: madde 67). 5510 sayılı yasa ile yürürlüğe giren GSS, tüm vatandaşlara eşit ve aynı sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlayarak toplumda bulunan bütün kişileri kapsayan sürekliliğe sahip, primli ve primsiz sosyal sigortacılığın bir arada bulunduğu zorunlu bir sistemdir. GSS, bireylerin sağlıklarının korunmasını ve sağlıklarının bozulması durumunda tedavi için gerekli olan harcamaların finansmanını sağlayan sosyal bir sistemdir (SGK, 2013).

GSS bütün T.C. vatandaşlarını, Türkiye’de ikameti bir yıldan fazla olan yabancıları, vatansızları ve sığınmacıları kapsamaktadır. Ayrıca 18 yaşını doldurmamış olan tüm çocuklar hiçbir şart belirtilmeksizin GSS kapsamı içerisindedir. Kapsam içerisinde yer almayan kişi ya da gruplar ise er ve erbaşlar, tutuklu ve hükümlüler ile birlikte yabancı bir ülke mevzuatı dâhilinde sigortası bulunan kişilerdir. Kapsam içerisinde yer alan bütün kişilerin zorunlu olarak GSS’ye katılımı söz konusudur. Herkesin zorunlu bir şekilde GSS’ye katılımı 2012 yılında başlamıştır (Tatar vd., 2011: 47; SSGSSK, 2006: madde 67). Türkiye’de hiçbir sağlık güvencesi kapsamında yer almayan kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için gelir testi yaptırmaları gerekmektedir. Gelir testi; herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında yer almayan kişilerin prim ödeyip ödemeyeceklerini, ödeyeceklerse prim miktarının ne olacağını belirlemeye yarayan bir testtir. Bu kapsamdaki kişilerden yaşadıkları hanede kişi başına düşen geliri brüt asgari ücretin üçte birinden daha az olduğu belirlenenlerin sigorta primleri devlet tarafından ödenmektedir (SGK, 2013; Yenimahalleli, 2019: 20).

Tablo 2.2’de GSS kapsamında olan kişi ve gruplar verilmektedir. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve aktif memurlar ile onların bakımını üstlendiği kişiler, aylık geliri asgari ücretin üçte birinden daha az olan kişiler, devletten aylık maaş alan özel gruplar,

mülteciler, kendi ülkesinde sosyal sigorta kapsamında yer almayan yabancılar, işsizlik sigortasından faydalanan kişiler ve daha önceki sosyal güvenlik yasalarının kapsadığı tüm vatandaşlar kapsam içerisinde yer almaktadır. GSS prim oranı %12,5 olarak belirlenmiştir. Bu oranın %5'i çalışanların katkısı, %7,5'i ise işveren katkısı ile sağlanmaktadır. Emekli olan kişilerden sağlık hizmetlerine yönelik olarak prim alınmamakta ve maaşlarından herhangi bir kesinti yapılmamaktadır. Herhangi bir geliri olmayan yoksulların primleri ise sosyal yardımlara yönelik toplanan kaynaklardan kamu tarafınca karşılanmaktadır (Maliye Bakanlığı, 2011: 30; SSGSSK, 2006: madde 67).



Tablo 2.2. Genel sağlık sigortası kapsamı ve katkı oranları

Popölasyon Grubu	Kapsam Mekanizması	Katkı Kaynağı ve Oranı	Zorunlu veya Gönüllü Üyelik	Bağımlılar İçin Kapsam
Özel Sektör Çalışanları	Genel Sağlık Sigortası	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu	Evet
Mavi Yakalı Kamu Sektörü	Genel Sağlık Sigortası	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu	Evet
Serbest Meslek, Esnaf ve Tüccarlar	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu	Evet
Tarım İşçileri	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Minimum ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu	Evet
Aktif Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe maaşın %12'si	Zorunlu	Evet
Emekli Memurlar	Genel Sağlık Sigortası	Emekliler aktif memurken katkı yaptığı için prim ödememektedir.	Zorunlu	Evet
Aylık Geliri Asgari Ücretin Üçte Birinden daha az olan vatandaşlar	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe	Uygunluk testi konusu	Hayır
İşsizlik sigortası kapsamında olan işsizler	Genel Sağlık Sigortası	Genel bütçe	Uygun olduklarında	Hayır
Ülkede ikamet eden yabancılar	Genel Sağlık Sigortası	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Gönüllü	Hayır

Kaynak: Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. (2011). Turkey: Health system review. Health Systems in Transition. 13(6), 1–186.

Tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması (kapsamın genişliği), iki boyut halinde gerçekleştirilmektedir. İlk boyut sağlık sigortasına ve ikinci boyut ise sağlık hizmetlerine olan erişimi ifade etmektedir. Türkiye’de uygulanmakta olan GSS sistemi bütün nüfusun kamu sağlık sigortasına erişimini sağlamaktadır. GSS kapsamı ile sigortalı çalışanlar, SGK’dan gelir yardımı ya da maaş alan kişiler ile onların bakımını üstlendiğı kişiler (belirli koşulları sağlayan eş, çocuk, anne ve baba) sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. GSS kapsamı ile isteğe bağı sigortası olanlar, oturma izni almış, yabancı bir ülkede sigorta kapsamında olmayan yabancı ülke vatandaşları, başka ülkelerde sağlık sigortasından yararlanma hakkı olmayanlar ve onların bakımından sorumlu olan kişiler sigorta primleri kendileri tarafından ödenmek koşuluyla zorunlu sağlık sigortası

kapsamına alınmışlardır. Böylelikle Türkiye’de farklı bazı kanunlar ile kapsam altına alındıkları için kapsam dışı bırakılanlar hariç olmak üzere sağlık güvencesi kapsamı ülke nüfusunun tamamına yaygınlaştırılmıştır (Yenimahalleli, 2019: 20).

Tablo 2.3’te 2016-2020 yılları arasında Türkiye’de sosyal güvenlik kapsamına ait bilgiler yer almaktadır. 2016 yılında %85 olan sosyal sigortalı nüfus oranı, 2017 yılında %2’lik artış göstermiştir. 2018 yılında %86 olan sigortalı nüfus oranı, 2019 yılında %85’e düşmüştür. 2020 yılı itibari ile sosyal sigorta kapsamındaki nüfusu 72.509.871 olan Türkiye’de ülke nüfusunun %13’ü ise sosyal güvenlik kapsamının dışındadır.

Tablo 2.3. 2016-2020 yılları arası Türkiye’de sosyal güvenlik kapsamı

Yıl	2016	2017	2018	2019	2020
Türkiye Nüfusu	79.814.871	80.810.525	81.867.223	82.886.421	83.900.373
Sosyal Sigorta Kapsamındaki Nüfus	68.212.646	70.363.479	70.196.504	70.704.680	72.509.871
Sigortalı Nüfus oranı (%)	%85	%87	%86	%85	%87
Kapsam Dışı Nüfus Oranı (%)	%15	%13	%14	%15	%13

Kaynak: SGK (2020), SGK İstatistik Yıllıkları, Sigortalı ve İşyeri İstatistikleri

Tablo 2.4’te görüldüğü gibi 2020 yılı içerisinde sigorta primleri devlet tarafından ödenen bireylerin sayısı 7.758.341 olmakla birlikte bu sayı toplam nüfusun %9,2’sine karşılık gelmektedir. Sosyal güvenlik kapsamı ülke nüfusunun %87’sini oluşturmaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamında tescil edilenler de eklendiğinde nüfusun %98,9’ unun genel sağlık sigortası kapsamında olduğu görülmektedir.

Tablo 2.4. Türkiye 2020 yılı genel sağlık sigortası kapsamı

GSS Kapsamı (2020)	Kişi	Yüzde
1. Sosyal Güvenlik Kapsamı	72.509.871	% 87
2. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Tescil Edilenler (Sosyal Güvenlik Kapsamı Dışında Olanlardan)	10.036.874	% 11,9
2.1. Genel Sağlık Sigortası Primleri Kendileri Tarafından Ödenenler	2.278.533	% 2,7
2.2. Genel Sağlık Sigortası Primi Devlet Tarafından Ödenenler	7.758.341	% 9,2
GSS Kapsamı Toplamı	82.546.745	%98,9

Kaynak: SGK (2020), SGK İstatistik Yıllıkları, Sigortalı ve İşyeri İstatistikleri

Bütün nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınmasındaki ikinci boyut sağlık hizmetlerine erişim şeklinde ifade edilmektedir. 18 yaşının altındaki kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil durumlar, iş kazası ile meslek hastalığı durumları, trafik kazası halleri, bildirilmesi zorunlu olan bulaşıcı hastalıklar, madde bağımlılığı tedavisine yönelik sağlık hizmetleri, afet ve savaş ile grev ve lokavt hali hariç olmak üzere sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilere yönelik bazı şartlar bulunmaktadır. Bu şartlar; prim ödeme gün sayısı, uzun ve kısa vadeli sigorta primleri dâhil olmak üzere herhangi bir prim borcunun olmaması, bazı sağlık hizmetleri ya da sağlık ürünlerini temin etmek amacıyla cepten ödeme yapılmasıdır (SSGSSK, 2006: madde 67; Yenimahalleli, 2019: 20).

Türkiye’de yeterli düzeyde ve nitelikte hizmetin sağlanması (kapsamın derinliği), SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerini; koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık sebebiyle ayakta veya yatarak hekim tarafından yapılacak klinik muayene, hekimin istediği laboratuvar tetkik ve tahlilleri, diğer tanı yöntemleri (röntgen, ultrason, tomografi vb.), teşhise bağlı tıbbi müdahaleler ve tedaviler, tedavi süresince izlenme, gerekiyorsa rehabilitasyon hizmetleri, organ doku ve kök hücre nakilleri, hücre tedavisi, acil sağlık hizmetleri, hekim kararıyla sağlık meslek mensuplarınca yapılacak tıbbi bakım ve tedaviler (fizik tedavi, masaj gibi), analık halinde sağlık yardımları, ağız ve diş tedavisi ile diğer sağlık yardımları olarak sıralamıştır. Estetik amaçlı sağlık hizmetleri, Sağlık

Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile yabancıların kronik hastalıkları kapsam dışında bırakılmıştır (Yenimahalleli, 2019: 20).

Türkiye’de gelir düzeyi düşük olan kişiler, önemli sağlık sorunları olan ancak bu sorunları çözemeyecek kadar yüksek ücret ödemesi gerekenler, şehit yakını ve gazilerin sağlık hizmetlerine yönelik oluşan giderleri genel vergilerden sağlık hizmetlerine aktarılmış olan vergiler yolu ile karşılanmaktadır. Ayrıca, Türkiye’de ücretsiz olarak sunulan koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hizmetleri genel vergilerden sağlık hizmetlerine aktarılan vergiler yolu ile finanse edilmektedir (Atun vd., 2013: 76; Tıraş, 2013: 147).



3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetleri finansman yöntemleri arasında yer alan kullanıcı katkıları konusu ele alınmıştır. Kullanıcı katkıları mekanizmaları ve maliyet sınırlama stratejileri, kullanıcı katkılarında koruma ve muafiyet mekanizmaları, kullanıcı katkılarının avantajları ve dezavantajları konularına yer verilmiştir. Ayrıca Türkiye’de uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkıları incelenmektedir.

3.1. KULLANICI KATKILARI KAVRAMI

Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri arasında yer alan kullanıcı katkılarına yönelik farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Dünya Bankası (DB) tarafından 1987 yılında yayımlanmış olan “Health Financing in Developing Countries: Agenda for Reform” isimli raporda kullanıcı katkıları konusuna yer verilmiş ve böylelikle kullanıcı katkıları, ülkelerin sağlık politikalarının gündemine ilk olarak bu rapor ile birlikte girmeye başlamıştır. Dünya Bankası, ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanında yaşadıkları sorunların, yetersiz kaynakların, arza ve talebe yönelik beklenti ve eğilimlerin değişmesi için sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkılarının önemli ölçüde gerekli olduğunu vurgulamaktadır (World Bank, 1987: 25-26).

Sağlık hizmetlerinde maliyet kontrolü, katılım payı, maliyet sınırlama, arka kapıdan özelleştirme, birlikte ödeme, koyun postuna bürünmüş kurt, hastalık vergisi, eksik sigortalılık, çifte primlendirme ve kapsam derinliğini azaltan mekanizma olarak da adlandırılan kullanıcı katkıları; sağlık hizmetlerine yönelik olan harcamaların belirli bir bölümünün sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından ödenmesi olarak tanımlanabilir. Doğrudan cepten ödemeler kapsamında yer alan kullanıcı katkıları yönteminde kişiler, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları durumda ortaya çıkan maddi bedelin belirli bir miktarını doğrudan kendi ceplerinden karşılamaktadır (Yıldırım vd., 2011: 74).

Kullanıcı katkıları, kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için genel sağlık sigortalısı ya da bakımından sorumlu olduğu bireyler tarafından alınan sağlık hizmetleri karşılığında ödenecek olan katkı şeklinde tanımlanmaktadır (SSGSSK, 2006: madde 67). Başka bir tanıma göre kullanıcı katkıları ilaç, konsültasyon ve diğer sağlık hizmetlerini alabilmek için sağlık hizmeti kullanıcılarından zorunlu olarak alınan bedeldir (Thomason, 1994: 1105).

Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri finansmanı için gerekli kaynakların kısıt olduğu ya da yeterli düzeyde finansman düzenlemeleri bulunmayan ülkelerde sağlık hizmetleri sunumunu etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde yönetmek, kamu sağlık hizmetlerinde oluşan finansal yükü özel sektöre kaydırmak, farklı gelir dağılımına sahip toplumlarda dezavantajlı olan grupların sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak, bireylere koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, finansman ve denetim fonksiyonlarını üstlenebilmek ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti finansmanı oluşturabilmek amacıyla ülkeler tarafından uygulanmaya başlanmıştır (John, 2013: 196; Yıldırım vd., 2011: 72; Lagarde ve Palmer, 2008: 839; Gümüş vd., 2014: 180).

Kullanıcı katkılarının uygulanmasının nedenlerinden biri de yöntemin sağlık hizmetlerine ek fon sağlamasıdır. Ek kaynak sağlama durumu daha çok kamu kaynaklarının sağlık hizmetleri finansmanı için yetersiz kaldığı ya da artan vergiler veya katkıları sonucunda bireylerin sağlık hizmetleri finansmanına yönelik hazırlığı olmadığı koşullarda sağlık hizmetlerini finanse etmek için kullanılmaktadır. Ayrıca kullanıcı katkıları hizmet kullanımını rasyonelleştirmenin, geliri artırmanın, hizmetlerin kapsamını ve kalitesini iyileştirmenin bir yolu olarak da kullanılmaktadır (Sepehri ve Chernomas, 2001: 183; Mossialos ve Dixon, 2002: 23).

Kullanıcı katkılarının ülkeler tarafından uygulanmasını sağlayan nedenler arasında yöntemin gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçmesi ve sağlık hizmetleri finansmanına ek kaynak yaratması da yer almaktadır (WHO, 2004: 19-20). Ulusal politika geliştiren ve düzenleyenlere göre ise kullanıcı katkılarının, sağlık hizmetlerinde uygulanmasındaki en temel neden sağlık hizmetlerine finansal kaynak sağlıyor olmasıdır. Bu temel nedenin yanı sıra kullanıcı katkılarının ilaçlara olan erişimi artırma, sağlık hizmetlerinin kapsama alanlarını genişletme, sağlık hizmetlerinin genel olarak kalitesini artırma ve sağlığı iyileştirme gibi faydaları da bulunmaktadır (Russel ve Gilson 1997: 360).

Dünya Bankası'nın "Health Financing in Developing Countries: Agenda for Reform" isimli raporunda kullanıcı katkıları uygulanmasının gerekçeleri şu şekilde sıralanmıştır (World Bank, 1987: 26):

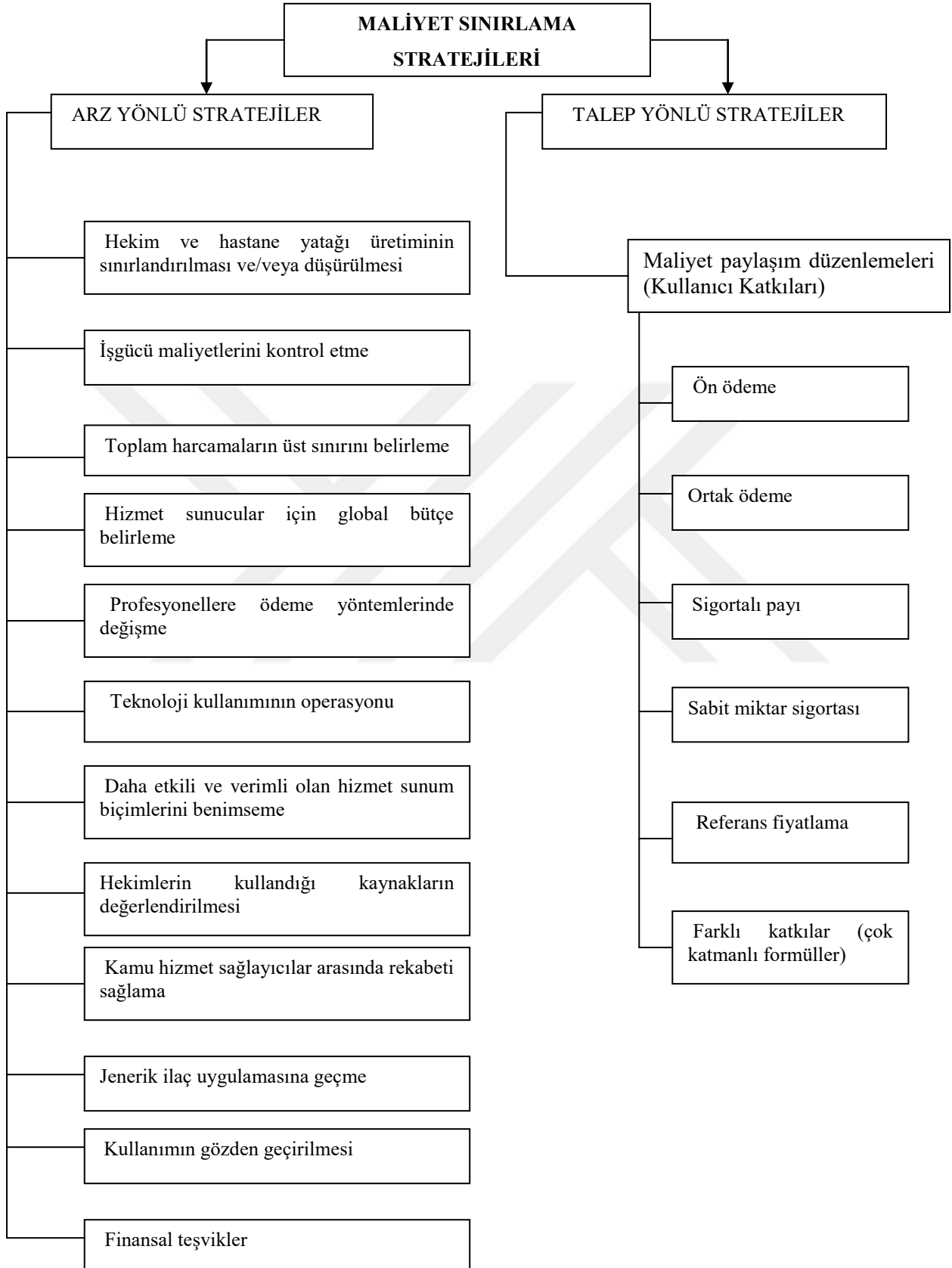
- Kamu sağlık kurumlarında kademeli olarak belirli miktarlarda uygulanan kullanıcı katkısı miktarları sevk sistemlerinin uygun şekilde kullanılmasını teşvik etmektedir.

- Gelir düzeyi düşük olan grupların sağlık hizmetlerine erişimlerini artırmakta ve kırsal kesimlere sağlık hizmetleri sunumu sağlamaktadır.
- Kişiler sadece almış oldukları mal ve hizmetlerin bedelini ödemektedir. Böylelikle adaletli bir sağlık hizmeti sunumu gerçekleşmektedir.
- Sağlık hizmeti kullanıcılarına almış oldukları sağlık hizmetleri karşılığında az miktarda da olsa ücret ödettirilmesi kamu sağlık hizmetlerinin sunumunu daha verimli hale getirmektedir. Ödenecek olan kullanıcı katkı miktarı ile birlikte sağlık hizmeti kullanıcıları hizmet taleplerinde daha duyarlı olmaktadır.
- Farklı sağlık hizmet türleri için alınan farklı ücretler, tüketicilere belirli bakım türlerinin önemini ya da gerekliliğini de işaret edebilmektedir. Böylelikle sağlık hizmetleri talebinde farklılık yaratabilmektedir.
- Sağlık hizmetlerinden alınan kullanıcı katkıları, arz tarafından da verimliliği teşvik etmektedir. Aşırı derecede reçete yazılması gelişmekte olan ülkelerde ciddi sorunlar teşkil etmektedir. Kamu sağlık hizmeti sunucuları, hastaların ilaçlar için ödeme yapmaları gerektiğini bildikleri için fazla reçete yazma eğiliminde olamayacaklardır.
- Bazı sağlık hizmetleri maliyetlerini finanse etmek için ücretlerin kullanılması, gelir ile performans arasında bağlantı kurmakta ve sağlık personeline iyi bakım sunmaları için bir teşvik sağlamaktadır.

3.1.1. Kullanıcı Katkıları Mekanizmaları ve Maliyet Sınırlama Stratejileri

Ülkeler; sağlık hizmetleri ve sunumlarındaki değişiklikler, sağlık sistemlerinde yaşanan yenilikler, teknolojik gelişmeler, nüfusun yaşlanması, bilinçli ve yüksek beklentili hastalar, genişleyen sağlık güvence sistemleri sonucunda artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak, sağlık hizmetlerine ek kaynak yaratmak ve gereksiz sağlık hizmetleri kullanımını engellemek için bir takım stratejiler geliştirmektedir. Bu stratejiler, talep yönlü maliyet sınırlama ve arz yönlü talep sınırlama stratejileri olarak iki ana bölüm halinde ele alınmaktadır (bkz. Şekil 3.1).

Şekil 3.1. Maliyet sınırlama stratejileri için genel bir çerçeve



Kaynak: Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011).

Arz yönlü maliyet sınırlama stratejisi hekim ve hastane yatağı üretiminin düşürülmesi ya da sınırlı hale getirilmesi, iş yeri maliyetlerinin kontrol edilmesi, toplam harcamaların üst sınırlarının belirlenmesi, hizmet sunucular için global bütçe belirlenmesi, finansal teşvikler gibi hususları içermektedir. Talep yönlü stratejiler ise farklı kullanıcı katkıları uygulamalarını içeren maliyet düzenlemelerini kapsamaktadır (Yıldırım vd., 2011: 74). Sağlık sistemleri içerisinde yer alan maliyet sınırlama stratejilerinin talep yönlü strateji kısmını oluşturan kullanıcı katkı mekanizmaları ve tanımları Tablo 3.1’de verilmektedir.

Tablo 3.1. Doğrudan ve dolaylı kullanıcı katkı biçimleri ve teşvikleri

Kullanıcı Katkıları Mekanizmaları	Tanım
Doğrudan	
Ortak Ödeme (Co-Payment)	Kullanıcı ürün veya hizmet başına sabit bir ücret (sabit miktar) öder. Örneğin, muayene başına 2 TL, günlük hastane yatışı başına 10 TL gibi, sigorta geri kalan maliyeti öder.
Sigortalı Payı / Ortak Sigorta (Co-Insurance)	Kullanıcı toplam maliyetin sabit bir oranını öder (%), kalan oranı ise sigortacı öder. Örneğin, reçete bedelinin %20’si gibi.
Ön Ödeme (Deductible)	Sigorta programının teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktardır. Başka bir ifade ile alınan sağlık hizmetlerinin bedelinin sigorta tarafından ödenebilmesi için kişinin ödemesi gereken toplam ön ödeme miktarıdır. Örneğin, hastane yatışlarının ilk iki gününün hasta tarafından ödenmesi veya yıllık 100 TL sabit ücretin hasta tarafından ödenmesi gibi
Sabit Teminat / Sabit Miktar Sigortası (Fixed Indemnity)	Kişi sadece belirli bir miktar için sigortalıdır ve bunun üzerindeki maliyeti kendisi karşılamak durumundadır. Örneğin, kişi yıllık toplam sağlık harcamalarının 1.000 TL’sine kadar sigortalıdır, üstüne çıkarsa kendisi öder.
Dolaylı	
Referans Fiyatlandırma (Reference Pricing)	Referans fiyat, bir grup eşit veya benzer ilaçlar için belirlenen sigortanın ödeyeceği maksimum fiyattır. Eğer kullanıcı referans fiyattan daha pahalı bir ilacı seçerse aradaki farkı kendisi öder.
Fatura Dengeleme (Balance Billing)	Kullanıcı maksimum geri ödeme oranı ile hizmet sunucunun talep ettiği fazladan ücret arasındaki farkı öder (Bu hizmet sağlayıcılarına resmi geri ödeme oranı üzerinde ücret talep etmesine izin verildiği durumlarda geçerlidir).
Farklı Katkılar / Çok Katmanlı Formüller (Differential Charges / Multi-Tier Formularies)	Genelde bu, iki veya üç katmanı içermektedir. Birinci katman en düşük ortak ödeme düzeyine sahip olan marka ilaçlardan oluşmaktadır. İkinci ve üçüncü katmanlar genellikle orijinal ilaçlardan oluşmaktadır. Bunlar tercih edilen ve tercih edilmeyen ilaçlar olarak ayrılabilir. Tercih edilmeyen ilaçlar katmandaki en pahalı ilaçlardır.

Kaynak: Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2008), *Health Care Financing in the Context of Social Security*. (IP/A/EMPL/ST/2006-208), Erişim: 11.01.2020, https://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/200806/20080604ATT30805/20080604ATT30805_EN.pdf.

Doğrudan kullanıcı katkıları mekanizmaları arasında yer alan ortak ödeme ve sigortalı payı yönteminin kullanılmasının sağlık hizmetlerine yönelik bir takım özendirici faydaları bulunmaktadır. Bu yöntemlerin kullanılması sağlık hizmetlerine olan başvuru hacmini azaltabilir, böylelikle sağlık kurumlarının gereksiz yere yoğun olması engellenebilir. Ayrıca bu yöntemler, gereksiz ilaç reçetesi yazılmasını önleyerek ilaç tüketimini de azaltabilmektedir. Özellikle ilaçlara uygulanan kullanıcı katkı miktarları hastaların fazla ilaç tüketme durumlarını ortadan kaldırabilir ve daha uygun fiyatlı olan jenerik ilaçlara olan talebi artırabilir. Ön ödeme yönteminin kullanılması ile birlikte sağlık hizmeti kullanıcıları fazla bir ücret ödememek için sağlık hizmeti sunucularının uygun gördüğü tedavi yöntemlerini kabul etmektedirler. Özellikle bu yöntemle birlikte yatarak tedavi yöntemlerine olan talep azaltılmakta ve hastanelerin yatak doluluk oranlarının artışı engellenmektedir. Referans fiyatlama, sigortacının kullanıcıya geri ödeyeceği bir grup eşit veya benzer ilaçlar için maksimum ödeyeceği fiyatı ifade etmektedir. Kullanıcı referans fiyattan daha pahalı bir ilaç seçerse aradaki farkı kendisi ödemektedir. Bu yöntem ile hastanın, referans fiyatın üzerinde fiyatlandırılan ilaç tüketimini azaltması ve referans fiyat veya altında fiyatlandırılan alternatif ilaçlara geçiş yapması muhtemeldir. Çok katmanlı formüller yönteminde ise hastanın markalı ilaçlardan jenerik ilaçlara ve tercih edilmeyen ilaçlardan tercih edilen ilaçlara geçme teşviki vardır (Thomson vd., 2008: 54; Gemmil vd., 2008: 2).

Kullanıcı katkı mekanizmalarının uygulanmaya konulması ile sağlık hizmeti kullanıcıları çeşitli yönlerden etkilenmektedir. Örneğin, yıllık sabit ücret ödeyerek sağlık hizmeti almak isteyen kişiler muayene ücretlerini yıllık ödediklerinden dolayı kendi kullanmak istedikleri sağlık hizmetlerinden doğan muayene ücretlerinin sistem tarafından karşılanıp karşılanmayacağına bakmaktadır. Eğer kişinin ödemiş olduğu sabit miktar almış olduğu sağlık hizmetini karşılıyor ise hasta muayene sayısını önemsememektedir. Kişiler farklı ödeme planları ile karşılaştıkları zamanlarda bu durum değişmektedir. Kişilerin muayene olmak için sağlık kurumlarına her gittiğinde ödeme yapması durumunda muayenenin algılanan değeri, toplam fiyat değerinden düşük olduğu zaman sağlık kurumlarına başvurma fikirleri değişebilmektedir (Chalkley ve Robinson, 1997: 16).

Ortak ödeme veya sabit fiyat uygulaması aracılığıyla alınan sağlık hizmetlerinden doğan marjinal fiyatın ne kadar olduğu tam anlamıyla bilinmemektedir. Dolayısıyla ekonomik açıdan bakıldığında, talep azaltıcı etkiler üzerine kullanılan farklı kullanıcı katkı

mekanizmaları sağlık hizmetlerinde kritik olarak birbirlerini etkilemektedir. Hastaların sağlık kuruluşlarına başvurduklarında oluşan maliyet, ön ödeme yaptıkları tutardan daha az ise hastaların sağlık kullanımı maliyetleri her hastane başvurusu sonucunda toplam maliyet yöntemi ile fiyatlandırılmaktadır. Bu sebepten, sağlık politika geliştiricileri sigorta ödemelerinde düzenlemeler yapmak yerine hastaların sağlık kurumlarına daha az başvurmalarını sağlayacak düzenlemeler yapması gerekmektedir. Sonuç olarak kullanılan farklı kullanıcı katkısı mekanizmalarının sağlık hizmetleri talebi üzerine bir etkisi vardır. Bu etki marjinal fiyat üzerinde ödeme yapan hastaların karşılaşmış oldukları etkilere bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Korucu ve Oksay, 2018: 289).

Yaygın olarak kullanılan kullanıcı katkı mekanizmaları ve bu mekanizmaların tüketicileri marjinal fiyatlar açısından etkileme olasılıkları Tablo 2.2’de verilmektedir.

Tablo 3.2. Tüketiciler açısından kullanıcı katkı mekanizmalarının bir sağlık hizmetinin marjinal fiyat üzerindeki etkisi

Kullanıcı Katkısı Mekanizmaları	Tüketiciler İçin Marjinal Fiyat
Ortak Ödeme (Co-Payment)	Toplam maliyetten az
Sigortalı Payı / Ortak Sigorta (Co-Insurance)	Toplam maliyetten az
Ön Ödeme (Deductible)	Sıfır veya tam maliyet
Fatura Dengeleme (Balance Billing)	Sıfır veya tam maliyetten daha az
Referans Fiyatlama (Reference Pricing)	Tam maliyetten daha az

Kaynak: Chalkley, M., and Robinson, R., (1997), Theory and Evidence on Cost Sharing in Healthcare: An Economic Perspective, London: BSC Print.

Doğrudan ya da dolaylı kullanıcı katkılarında ortak amaç sağlık hizmetlerine ya da hizmet sırasında sunulan her türlü ilaç, tetkik, tıbbi cihaz vb. hizmetlere olan gereksiz talebi en aza indirmektir. Sağlık hizmetlerine uygulanan kullanıcı katkısının hastalar üzerinde caydırıcı bir etkisi bulunmaktadır. Kullanıcı katkılarından dolayı bireyler gereksiz yere sağlık hizmeti almamakta ve böylelikle sağlık kuruluşlarının ve sağlık hizmeti sunucularının yoğunluğu azaltılmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve çoğunlukla kamu sağlık hizmeti verilen ülkelerde kullanılan kullanıcı katkıları ile birlikte ülkelerin sağlık hizmetlerine yönelik finansal yükü hafifletmekte, böylelikle kullanıcı katkıları yöntemi ile birlikte ülkeler kamudan özel sektöre doğru bir hizmet akışı teşviki sağlamış olmaktadır.

3.1.2. Kullanıcı Katkılarında Koruma ve Muafiyet Mekanizmaları

Sağlık hizmeti sunucuları açısından sağlık hizmetlerine ek kaynak sağlayan kullanıcı katkıları hastalar açısından istenmeyen fakat zorunlu olarak ödenmesi gereken bir

tutardır. Bazı dezavantajlı gruplar için ödenmesi güç bir durum olsa da çoğu ülke muafiyet mekanizmaları kullanarak bu yöntemi sağlık sistemlerinde kullanmaktadır.

Kullanıcı katkıları, sistem içerisinde olumlu ve olumsuz bazı durumları bir arada bulundurmaktadır. Bu sebeple yöntemin, elde edilecek olan faydaları en üst seviyeye çıkararak oluşabilecek olumsuzlukları en aza indirmesi için kullanıcı katkıları ile birlikte kullanılan koruma mekanizmalarının güçlü ve etkin bir şekilde sistem içerisindeki işleyişi sağlanmalıdır (Yıldırım vd., 2011: 79). Ülkeler tarafından çoğunlukla tercih edilen koruma mekanizmaları Tablo 3.3'te verilmektedir

Tablo 3.2. Kullanıcı katkılarında koruma mekanizmaları

İndirimli oranlar
Muafiyetler
Ön ödemeli ücretler için indirimler
Harcama için yıllık üst sınır (cepten maksimum ödenen)
Harcamalarda vergi teşvikleri
Kullanıcı katkılarını kapsayan tamamlayıcı özel sağlık sigortası
Özel reçetelerin doktorlar tarafından devlet reçeteleri yerine kullanılması
Hekimler ve eczacılar tarafından jenerik ilaçların marka ilaçlara tercih edilmesi

Kaynak: Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2008), *Health Care Financing in the Context of Social Security*. (IP/A/EMPL/ST/2006-208), Erişim: 11.01.2020, https://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/200806/20080604ATT30805/20080604ATT30805_EN.pdf

Kullanıcı katkılarından doğan ücretlerin dezavantajlı grupları olumsuz yönde etkilememesi için geliştirilen koruma mekanizmalarının doğru bir şekilde tespit edilip kullanılması çok zor bir süreci beraberinde getirmektedir. Koruma mekanizmalarının sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesindeki en önemli husus kullanıcı katkılarından muaf tutulacak birey ve hedef grubun doğru bir şekilde saptanmasıdır. Muaf olacak bireylerin ve hedef kitlenin tespitinde çoğunlukla gelir durumları, hastalık ve sağlık durumları, yaş, cinsiyet, meslek gibi hususlar dikkate alınmaktadır. Gelir durumu düşük olan yoksul kesimlerin tespit edilmesinde ise genellikle test etme (means-testing) metodu kullanılmaktadır (Yıldırım, vd., 2011: 80).

Kullanıcı katkıları, kullanımı engellemeyecek kadar düşük tutulursa, sağlık sistemi için geliri artırabilmektedir. Bu politika argümanı, sağlık bakımı için kamu kaynaklarının ciddi şekilde sınırlı olabileceği veya hiç bulunmayacağı düşük gelirli ülkelerde daha yaygındır. Bu koşullar altında, özellikle yoksul insanlar kullanıcı katkılarından muaf ise kullanıcı katkıları sağlığın iyileştirilmesine katkı sağlayabilir (Gemmil vd., 2008: 3).

3.1.3. Kullanıcı Katkılarının Avantajları

Sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan bir yöntem olan kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkinliği artırıcı ve sağlık hizmetlerine olan talebi dengeleyici bir role sahiptir. Özellikle gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçmekte olan kullanıcı katkıları, sevk zincirinin uygulanmadığı ülkelerde kişileri birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirerek sağlık hizmeti kullanıcılarının rasyonel bir şekilde hasta sevk sistemine uymasını sağlamaktadır. Böylelikle hastanelerde oluşan yoğunluklar önlenmiş ve gereksiz yere sağlık kurumları işgal edilmemiş olmaktadır. Ayrıca kullanıcı katkıları sosyal sigorta katkılarının bulunmadığı ya da yetersiz kaldığı durumlarda sağlık hizmetleri finansmanına ek kaynak sağlamaktadır (Maynard ve Dixon, 2002: 111; World Bank, 1987: 26; Beck, 1974: 129).

Kullanıcı katkılarının avantajlarından bir diğeri, sağlık hizmetlerinin gereksiz ve aşırı kullanımı engelleyerek sağlık hizmetleri sunumunda verimliliği artırmasıdır. Böylelikle kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerine en çok ihtiyacı olan bireylerin taleplerini karşılamaya yardımcı olmaktadır. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri finansmanına yönelik bir diğer faydası ise sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerine olan harcamaları kamudan özel sektöre kaydırması ve böylelikle kamu üzerinde olan finansal yükü hafifletmesidir (Ros vd., 2000: 2).

Ülkeler tarafından sıklıkla başvuru alan bir yöntem olan kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine sağlamış olduğu faydalar şu şekilde sıralanabilir (Korucu ve Oksay, 2018: 284):

- Sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sağlayarak alınan hizmetler sonucunda oluşan harcamaların kamu sektöründen özel sektöre kaydırılmasını sağlamaktadır.
- Sağlık hizmetleri sunumunda kaliteyi artırmaktadır.
- Tahsisat verimliliğini artırmaktadır.
- Sağlık hizmetleri finansmanına ek kaynak sağlamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanımını engellemektedir.
- Sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmakta ve dengelemektedir.
- Kullanıcı katkılarının uygulanmasının doğal sonucu olarak hastalar sevk zincirine uymakta ve böylelikle sağlık hizmetlerinin sunumu rasyonel bir şekilde gerçekleştirilmektedir.

3.1.4. Kullanıcı Katkılarının Dezavantajları

Sağlık hizmetleri finansmanına ek gelir sağlamak amacıyla uygulanan kullanıcı katkıları yöntemi bazı dezavantajlı durumları da beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkılarının oranı yükseldikçe yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, fakir insanlar gibi özellikle savunmasız gruplar üzerine düşen finansman yükün ağırlığı artmaktadır. Kullanıcı katkılarının uygulanması ve katkı miktarlarının artmasıyla birlikte bakıma muhtaç olan kişilerin sağlık hizmetlerine olan erişimleri kısıtlanmakta ve yoksul kesimlerin sağlık hizmetleri kullanımı azalmaktadır. Kullanıcı katkılarının bir olumsuz yönü de sağlık hizmetlerinde hakkaniyetsizliğe sebep olmasıdır. Böyle bir durumda zengin ve hasta olmayan insanlar fakir ve hasta olan insanlardan daha fazla destek sağladığı için kullanıcı katkıları sağlıklı ve hasta insanlar arasındaki dayanışmayı azaltmaktadır. Bu dezavantajlı durumların oluşmaması için özellikle temel sağlık hizmetleri olan birinci basamak sağlık hizmetlerinden kullanıcı katkısı alınmaması gerektiği vurgulanmaktadır (Russel ve Gilson, 1997: 360; Sepehri ve Chernomas, 2001: 183; Mossialos ve Dixon, 2002: 163).

Sağlık hizmetleri finansmanında yer alan kullanıcı katkısı uygulamasının dezavantajları şu şekilde sıralanabilmektedir (Yıldırım vd., 2011: 77-78):

- Kullanıcı katkı oranlarının yükselmesi savunmasız gruplar üzerindeki sağlık hizmetlerine yönelik finansal yükü artırabilmektedir.
- Kullanıcı katkıları yoksullar, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, ağır hastalık grupları gibi kolay zarar görebilecek olan dezavantajlı gruplar için hakkaniyetsiz bir sağlık hizmeti kullanımı yaratabilmektedir.
- Kullanıcı katkıları sağlıklı ve hasta insanlar arasındaki dayanışmayı azaltabilmektedir.
- Kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri talebini önlemekle birlikte gerekli olan sağlık hizmetleri talebinde düşüşlere sebep olabilmektedir.
- Kullanıcı katkılarının sağlık sektörüne yönelik olan geliri artırmaya yönelik kapasitesi sınırlıdır. Bu durum üst yönetim ve sağlık hizmetleri sunucuları tarafından sıklıkla dile getirilmektedir.
- Hastalar ve doktorlar arasındaki asimetrik bilgiden ötürü maliyet etkili sağlık hizmetlerinin kullanılması pek mümkün olamamaktadır.

3.2. TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında meydana gelen gereksiz kullanımları sınırlandırmak, sağlık hizmetlerine ek kaynak sağlamak ve gereksiz sağlık harcamalarını engellemek amacıyla çeşitli tedbirler alınmakta ve farklı önlemler için de araştırmalar yapılmaktadır. İlaç fiyatlarının düşürülmesi, global bütçeleme, referans fiyatlama, jenerik ilaç kullanımı, reçetelerin sınırlandırılması, SGK tarafından hekimlerin reçete yazım davranışlarının incelenmesi, teminat paketlerinin daraltılması gibi sağlık hizmetleri arzına yönelik tedbirlerin yanı sıra kullanıcı katkıları uygulaması yönteminin kullanılması ile birlikte talep yönlü önlemler de alınmıştır. Türkiye’de GSS’nin uygulanmaya koyulması ile birlikte sağlık sisteminde kullanıcı katkıları yoğun bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır (Yıldırım, vd., 2011: 85).

Türkiye sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları ilk olarak 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” isimli Kanun ile gündeme gelmiştir. Bu kanun kapsamında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği, sevk zincirine uyulduğu müddetçe muayene, tedavi ve ilaç bedellerinin ücretsiz bir şekilde karşılanacağı vurgulanmaktadır (224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun [SHSHK], 1961: Madde 14).

Mevcut uygulamada sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek amacıyla genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla sorumlu olduğu bireyler tarafından ödenecek olan miktarı ifade eden kullanıcı katkısı, Türkiye sağlık sisteminde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Türkiye’de kullanıcı katkıları miktarının belirlenmesinden SGK sorumludur. Kullanıcı katkı miktarları; ayakta veya yatarak, ilaç kullanımı, tıbbi malzeme kullanımı ve yardımcı üreme yöntemlerinin kullanımında farklıdır. Bu bedel ayakta tedavi sunan sağlık hizmeti sunucusunun kamu ya da özel sektör olması durumuna göre değişik oranlarda alınmaktadır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’ne göre kullanıcı katkısı uygulanacak olan sağlık hizmetleri şunlardır (SGK, 2013a):

- Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi kullanıcı katkıları,
- Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- Vücut dışı ortez ve protezler,
- Yardımcı üreme yöntemi tedavileri şeklindedir.

Ayaktan tedavi, hekim ve diş hekimi muayeneleri gibi sağlık hizmetlerinden alınan kullanıcı katkı miktarları sabit değildir. Bu tutarlar her yıl belirlenmekte olan 213 sayılı Vergi Usul Kanunu gereğince yeniden değerleme oranı kadar arttırılmaktadır. Kullanıcı katkı miktarlarının hesaplanmasında kanun gereği tespit edilen ve onaylanan sağlık hizmeti tutarları esas alınmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kullanıcı katkısı; kişilerin gelir ve aylıklarından, çalışanların ücret ve maaşlarından tahsil etmektedir (Orhaner, 2014: 150). Genel Sağlık Sigortası (GSS) tarafından belirlenmiş olan kullanıcı katkısı biçimleri ve miktarları Tablo 3.4’te gösterilmektedir.

Tablo 3.3. GSS kullanıcı katkısı biçimleri ve miktarları

Kullanıcı Katkısı Biçimleri	Tutar/Oran	Açıklama
Ortak deme (co-payment)	6 TL	İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularından alınan miktar
	7 TL	niversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinden alınan miktar
	8 TL	niversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularından alınan miktar
	15 TL	zel sağlık hizmeti sunucularından alınan miktar
	3 TL / 1 TL	İlaç reçetelerinde her bir reçete için 3 kutuya kadar (3 kutu dâhil) / 3 kutuya ilave edilen her bir kutu için ödenen miktar
Sigortalı Payı / Ortak Sigorta (co-insurance)	%10-20	Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ve ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan alınan oran (Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20)
	%30, %25, %20	Yardımcı reme yöntemi ilk tedavi, ikinci tedavi ve üçüncü tedavi denemesinde alınan oran

Kaynak: <https://www.teb.org.tr/content/75/SUT>. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) dikkate alınarak düzenlenmiştir. (2020-2022 yılı Haziran ayı geçerli olan kullanıcı katkısı miktarlarıdır)

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayene kullanıcı katkısı, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara yönelik yapılan hekim ve diş hekimi muayenelerinden alınmamaktadır. İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için belirlenen kullanıcı katkısı payı; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için eczaneler tarafından kişilerden tahsil edilmektedir. Özel sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneler için belirlenen kullanıcı katkı payı ise kurumdan gelir ve aylık alanlar ile

bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından tahsil edilmektedir. Diğer kişiler için ayakta hekim ve diş hekimi muayenesi kullanıcı katkısı payı sağlık hizmeti sunucusu tarafınca, “Yeşil alan muayenesi” sonucunda oluşan kullanıcı katkısı payı ise eczaneler tarafından kişilerden tahsil edilmektedir (SGK, 2013a).

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için kullanıcı katkısı; SUT raporuna göre, Türkiye sağlık hizmetlerinde ayakta sağlanan ilaçlar için ödenmesi gereken kullanıcı katkısı kimler tarafından, hangi kurum ya da kuruluşlara ödemelerin yapılacağı şu şekilde belirtilmektedir (SGK, 2013a):

- Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartı ile “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen kullanıcı katkıları uygulanmamakta ve ilaç kutu/kalem hesabı dikkate alınmamaktadır.
- İlaçlardan alınacak olan kullanıcı katkısı; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve maaşlarından tahsil edilmektedir. Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden tahsil edilmektedir. Yurt dışından temin edilen ilaçlar için; ilaçları temin eden kuruluş tarafınca kişilerden, şahıslar tarafından temin edilmesi halinde ise kurum tarafından kişilerden tahsil edilmektedir.

Tıbbi malzeme kullanıcı katkısı, sağlık hizmeti kullanıcılarının tedavi sonucunda gerekli olması halinde kullanması gereken ve hayati önem taşımayan vücut dışı protez veya ortez, görmeye yardımcı tıbbi malzeme gibi ürünler için belli bir miktar kullanıcı katkısı alınmaktadır. Türkiye sağlık hizmetlerinde tıbbi malzeme kullanıcı katkısının kimler tarafından, hangi kurum ya da kuruluşlara ödemelerin yapılacağı şu şekilde belirtilmektedir (SGK, 2013a):

- Kullanıcı katkısı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin %75’ini geçemez. %75’lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız bir şekilde değerlendirilmektedir.
- Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ile ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin kullanıcı katkısı payı; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından tahsil edilmektedir. Diğer kişiler için

ise kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi veya eczaneler tarafından tahsil edilmektedir.

- Ağız protezlerine ilişkin kullanıcı katkısı payı; kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık kurum veya kuruluşlarınca yapılan ağız protezi katılım payları sağlık kurum veya kuruluşlarınca kişilerden tahsil edilmektedir. Kurumla sözleşmesiz; serbest diş hekimlikleri ile sağlık kurum veya kuruluşlarında yaptırılan ağız protezi kullanıcı katkısı payı, kurumca ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilmektedir.
- Kişilerce temin edilen ve kullanıcı katkısı payı tahsil edilmesi gereken vücut dışı protez ve ortezler için kullanıcı katkısı payı, kurumca ödeme aşamasında kişilerden tahsil edilmektedir. Sağlık kurumlarınca temin edilen ve SUT hükümleri gereği kullanıcı katkısı payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin kullanıcı katkısı payı tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarınca kişilerden tahsil edilmektedir.

Yardımcı üreme yöntemi kullanıcı katkısı, bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde kullanıcı katkısı alınmaktadır. Yardımcı üreme yöntemi kullanıcı katkısı payları, tedavinin sağlanmış olduğu sağlık hizmeti sunucusu tarafından kişilerden alınmaktadır (SGK, 2013b).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde talep yönlü stratejiler geliştirmek amacıyla uygulanan kullanıcı katkıları; bazı durumlarda alınmamaktadır. Kullanıcı katkısı alınmayacak durumlar, sağlık hizmetleri ve kullanıcı katkısından muaf tutulan kişiler aşağıdaki gibidir (SGK, 2013a):

- İş kazasına uğramış veya meslek hastalığına yakalanmış sigortalılardan ve kişilerin bu durumları sebebiyle almış oldukları sağlık hizmetleri,
- Askerî tatbikatlar ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,
- 5510 sayılı Kanunun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali sebebiyle sağlanan sağlık hizmetleri,
- Acil servislerde “Yeşil alan muayenesi” adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri,
- Aile hekimliği hizmetleri,
- Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,

- Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; kurumca belirlenen “Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi”nde yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dalındaki ayaktan muayenelerinde,
- Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlar,
- Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT’un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemeler,
- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri,
- 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşleri,
- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,
- 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,
- Vazife malûllerinden,
- Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler,
- Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,
- Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar,

- 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedelleri,
- 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve bu kişilerden,
- 5510 sayılı Kanunun 60'ıncı maddesinin; On ikinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlardan, On üçüncü ve on dördüncü fıkraları kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden kullanıcı katkısı alınmamaktadır.

4. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

Çalışmanın bu bölümünde; araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın soruları, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, araştırmanın analiz yöntemleri, araştırmanın sınırlılıkları ve araştırmanın etik durumu gibi başlıklara yer verilmektedir.

4. 1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışmada sağlık hizmeti tüketicilerinin kullanıcı katkılarına ilişkin bilgi düzeyleri ve görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde etkisi olan paydaşların kullanıcı katkısı uygulaması konusundaki görüşlerini belirlemek, bu görüşler doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve Türkiye'nin bu yöndeki politikalarına ilişkin önerilerde bulunmak amaçlar arasındadır.

Ulusal alan yazında kullanıcı katkıları; Gündüz (2015), Sönel (2016), Sezer Korucu (2017), Ceylan (2017) ve Sarı (2021) tarafından yapılan çalışmalarda incelenmiştir. Bu çalışmada alan yazında sınırlı şekilde gerçekleştirilen çalışmalardan farklı olarak nicel ve nitel yöntem bir arada kullanılarak kullanıcı katkılarına yönelik hem durum tespiti yapılmış hem de paydaşlarla görüşme gerçekleştirilerek çözüm önerileri sunulmuştur.

Bu çalışma genel olarak aşağıda yer alan nicel ve nitel araştırma kapsamındaki sorulara cevap bulunmak üzere tasarlanmıştır:

Nicel araştırmanın soruları:

1. Kullanıcı katkıları kişilerin sağlık hizmeti kullanımını etkilemekte midir?
2. Kullanıcı katkılarına ilişkin bilgi düzeyi ve görüşler kişilerin demografik özelliklerinden etkilenmekte midir?

Nitel araştırmanın soruları:

1. Kullanıcı katkıları uygulaması olmalı mıdır?
2. Kullanıcı katkıları uygulamasına devam edilmeli midir?

4. 2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın nicel ve nitel uygulaması iki ayrı evren ve örneklemden oluşmaktadır. Nicel araştırmanın evrenini, Ordu ilinde yaşayan ve araştırmanın yürütüldüğü tarih itibarıyla son bir yıl içerisinde sağlık hizmetinden faydalananmış olan 18

yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır. Çalışmada kullanıcı katkılarının sağlık kurumu tercihinde etkisinin belirlenmesi de hedeflendiğinden çalışma bir sağlık kurumundan ziyade toplumun genelinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın evreni Ordu ili olup, Ordu ili nüfusu 780.000 civarındadır. Evren büyüklüğünden %99 güven düzeyinde araştırmanın örnekleme aşağıdaki formül yardımıyla 663 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada örnekleme seçilecek kişiler, amaçlı örneklem yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Çalışmada 670 kişiye ulaşılmış olup, istatistiki olarak belirlenen örneklem sayısına ulaşılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n: Örneklem büyüklüğü

N: Evren

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

p: İncelenen olayın gerçekleşme olasılığı

q: İncelenen olayın gerçekleşmeme olasılığı

d: Hata payı

$$n = \frac{780.000 * 2,5758^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 * (780.000 - 1) + 2,5758^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 663$$

Çalışmanın ikinci uygulama kısmı olan nitel araştırma kapsamında 19 kişi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan kişiler kullanıcı katkıları ile ilgili bilgi sahibi olduğu düşünülen sağlık sektörünün farklı paydaşları arasından araştırmaya katılmayı kabul eden ve büyük çoğunluğu Ordu ilinde yer alan kişilerden oluşmuştur. Görüşme yapılan kişiler ve meslek grupları Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4. 1. Çalışmaya katılan paydaşlar ve görüşme yapılan kişi sayısı

Paydaşlar	Görüşülen Kişi Sayısı
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekim	1
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	1
Akademisyen	3
Devlet Hastanesi Başhekim	1
Devlet Hastanesi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	1
Eczacı	2
Eczacılar Odası Başkanı	1
Eczacılar Odası Genel Sekreteri	1
İl Sağlık Müdürü	1
İlçe Belediye Başkanı	1
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı	1
Milletvekili	2
Özel Hastane Başhekim	1
Özel Hastane Müdürü	1
Tabipler Odası Başkanı	1
Toplam	19

Nitel araştırmaya katılan kişiler, paydaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. Buna göre politika yapıcı grupta milletvekili, ilçe belediye başkanı ve akademisyenler yer almaktadır. Hizmet sunucular ise; eczacı, başhekim, hastane yöneticisi vb. kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların isimlerinin gizli kalması ve herhangi bir çekince yaşamadan düşüncelerini ifade edebilmeleri için kodlanmış ve katılımcılara “G1, G2, ve G12” şeklinde kod ismi verilmiştir. Araştırmada; kişisel bilgilerin korunmasına özen gösterilmiş, görüşmeler sırasında katılımcıların görüşlerini rahatça ifade edebilmeleri için önlemler alınmıştır. Araştırmacı tarafından görüşleri alınan gönüllülerin ifade etmiş oldukları düşüncelere hiçbir şekilde müdahale edilmemiş ve herhangi bir şekilde yönlendirme yapılmamıştır.

4. 3. VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışma, nitel ve nicel araştırma yöntemi kullanılarak iki bölüm halinde oluşturulmuştur. Birinci bölümde veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından literatürden faydalanarak ve uzman görüşü alınarak oluşturulmuştur. Anketin geliştirilmesinde Sönel (2016)’ın “Türkiye Sağlık Sisteminde Kullanıcı Katkıları: Paydaşlar Açısından Beklentiler, Deneyimler ve Kabul Edilebilirlik”, Ceylan (2017)’in “Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkılarının İlaç Tüketimine Etkisi: Hastalar ve Eczaneler Üzerinden Bir Değerlendirme” ve Sezer Korucu (2017)’nin “Sağlık

Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma” başlıklı tezlerinde kullanılan anketlerden faydalanılmıştır. Oluşturulan anket formu Sağlık Yönetimi alanından üç akademisyene gönderilerek değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda bazı sorular eklenmiş, bazı sorular çıkarılmış bazı sorularda ise değişiklik yapılmıştır. Bu kapsamda anket formunda yer alan “Kullanıcı katkılarının ne olduğunu biliyor musunuz?” sorusu çıkarılmış yerine kullanıcı katkılarının ne olduğunu anlatan kısa bir tanım eklenmiştir. “Bazı ülkelerde, bazı nüfus grupları, kullanıcı katkılarından ya tamamıyla ya da kısmen muaf tutulmaktadır. Size göre Türkiye’de kullanıcı katkılarından tamamen ya da kısmen muaf tutulması gereken gruplar hangileridir?” sorusuna açık uçlu olarak diğer seçeneği eklenmiştir. Kişisel ve demografik bilgiler kısmında yer alan “Aylık geliriniz?” sorusunun cevap kategorisinde değişiklik yapılmıştır. Anket sorularının anlaşılabilirliği ve görselliğinin belirlenmesi amacıyla evrende yer alıp, örneklem grubunda yer almayan 20 kişilik bir grup üzerinde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulamada, soruların görselliği ve anlaşılabilirliği üzerinde durulmuştur. Katılımcılardan gelen öneriler doğrultusunda kelime, yazım ve görsellikte değişiklikler yapılmıştır. Pilot uygulamanın ardından anket formuna son hali verilmiştir.

Çalışmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde kişisel ve demografik sorular (9 soru) yer almaktadır. İkinci bölüm ise kullanıcı katkılarına ilişkin sorulardan (17 soru) oluşmaktadır. Anket formunda Türkiye’de kullanıcı katkılarının olup olmaması, kullanıcı katkılarının hangi hizmetlere uygulanması gerektiği, kullanıcı katkı miktarları hakkında bilgi sahibi olup olunmadığı, uygulanan kullanıcı katkıları hakkında ne düşündükleri, hangi grupların kullanıcı katkılarından tamamen ya da kısmen muaf olması gerektiği, kullanıcı katkılarının asıl amacının ne olması gerektiği konularına yönelik sorulara yer verilmiştir. Çalışmada kullanılan anket, araştırmacı tarafından yüz yüze olarak Ocak 2021-Nisan 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

Nitel araştırmada ise veri toplama aracı olarak mülakat/görüşme türlerinden olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından alan yazın incelenerek görüşme soruları hazırlanmıştır. Hazırlanan sorular, üç uzman tarafından değerlendirilmiş ve soruların kapsam ve yeterliğine ilişkin görüş alınmıştır. Bu doğrultuda altı açık uçlu soru oluşturulmuştur. Çalışma kapsamında yer alan paydaşlarla yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Çalışma kapsamında toplamda 19 kişi ile görüşme yapılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular şu şekildedir:

1. Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması olmalı mıdır?
2. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kullanıcı katkı oranları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
3. Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınıyor olması hususundaki düşünceleriniz nelerdir?
4. Sizce kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilebilir?
5. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemekte midir? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?
6. Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirmeleriniz nelerdir?

4. 4. ANALİZ YÖNTEMİ

Çalışmada nicel verileri değerlendirmek için SPSS v.25 programı kullanılmıştır. Çalışma kapsamındaki kişilerin demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımları gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle sunulmuştur. Gruplar arasındaki ilişki/farklılıkları test etmek amacıyla Ki-Kare testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde 0,05 anlamlılık düzeyinde p değeri esas alınmıştır.

Çalışmada yer alan açık uçlu soruların değerlendirilmesinde ise içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen veriler her bir katılımcı için ayrı dosya olacak şekilde Word belgesi olarak hazırlanmıştır. Çalışmada içerik analizi için görüşme sonucunda elde edilen veriler dâhilinde bir kodlama listesi oluşturulmuş ve bu kodlama listesine göre temalar oluşturulmuştur. Kodlandırma, tematik kodlama yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada kelimeler, sözcükler veya cümleler gerekli kodlara aktarılmış ve böylece sayı ve yüzdelerin ortaya çıkarılması sağlanmıştır. İçerik analizi doğrultusunda sorulara verilen yanıtlarda benzerlik ve farklı görüşler ortaya konulmaya çalışılmış ve ek olarak nitel çalışma kapsamında yer alan paydaşların dikkat çekici ve önemli yanıtlarına çalışmada aynen verilmiştir.

4. 5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Sağlık hizmeti kullanıcılarının kullanıcı katkılarına yönelik bilgi düzeyleri, beklentileri, kullanıcı katkılarının gerekliliği, kullanıcı katkılarına yönelik görüşleri ve bu ödemelere olan tutumlarını belirlemeye yönelik olarak yapılan bu çalışmanın evrenini, Ordu ilinde yaşayan ve herhangi bir amaçla, herhangi bir sağlık kurumuna (hastane)

giderek sağlık hizmeti alan yetişkinler oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti kullanıcıları ile yapılan bu çalışmanın kapsamı Ordu ili ile sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle araştırma sonuçları tüm ülke geneline genellenemez. Ayrıca, çalışmanın nitel kısmını oluşturan paydaş görüşlerine yönelik yapılan mülakat/görüşme sonuçları, çalışmaya katılan kişilerin görüşleri kurum görüşlerini değil kişisel görüşleri yansıtmaktadır, bundan dolayı kurum görüşü olarak genellenemez.

4. 6. ARAşTIRMANIN ETİK DURUMU

Araştırmanın yapılabilmesi için Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 16119052-199-E.29886 sayılı ve 24.11.2020 tarihli Etik Komisyonu onayı alınmıştır (bkz. EK-2).



5. BULGULAR

5.1. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

5.1.1. Nicel Çalışmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri

Nicel çalışmaya katılan 670 kişinin kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde katılımcıların %35,8'nin 30 yaş ve altı yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %51,8'i kadın, %48,2'si ise erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu evlidir (%63,4). Katılımcılar eğitim durumlarına göre incelendiğinde lisans ve üstü mezunların oranının %49,0 olduğu görülmektedir. Katılımcılar yapılan iş açısından incelendiğinde çoğunluğunu %36,3 ile kamu sektörü ücretli grup oluşturmakla birlikte diğer iş grupları %26,3 özel sektör ücretli, %14,3 ev hanımı/işsiz, %13,1 kendi işi, %7,0 öğrenci ve %3,0 emekli şeklinde dağılım göstermektedir. Nicel çalışmaya katılan kişilerin gelir düzeyi saptanırken 01.01.2020-31.12.2020 tarihleri arasında geçerli olan asgari ücret tutarı baz alınmıştır. Gelir düzeyi değişkeni açısından incelendiğinde 4001 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip katılımcıların çoğunlukta olduğu tespit edilmiştir (%39,1). Katılımcıların yüksek bir çoğunluğunun kronik rahatsızlığı olmadığı saptanmıştır (%85,7). Çalışmaya katılan kişilerin %92,8'inin sağlık güvencesi kapsamında yer aldığı tespit edilmiştir. Son bir yıl içerisinde sağlık kurumuna gitme durumları incelendiğinde katılımcıların; %40,4'ü 2-4 kez, %30,4'ü 5 ve üzeri kez, %29,1'i ise yılda 1 kez sağlık kurumlarına başvurdıkları tespit edilmiştir (bkz. Tablo 5. 1).

Tablo 5. 1. Nicel çalışmaya katılanların kişisel ve demografik özellikleri

Değişkenler	Gruplar	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	347	51,8
	Erkek	323	48,2
Yaş	30 yaş ve altı	240	35,8
	31-39	213	31,8
	40 yaş ve üzeri	217	32,4
Medeni Durum	Evli	425	63,4
	Bekâr	245	36,6
Eğitim Düzeyi	İlköğretim ve altı	77	11,5
	Lise	177	26,4
	Ön Lisans	88	13,1
	Lisans ve üstü	328	49,0
Uğraşılan İş	Kamu Sektörü Ücretli	243	36,3
	Özel Sektör Ücretli	176	26,3
	Kendi İşi	88	13,1
	Emekli	20	3,0
	Öğrenci	47	7,0
	Ev Hanımı/İşsiz	96	14,3
	Asgari Ücretten Az	163	24,3
Gelir Düzeyi	Asgari Ücret*	95	14,2
	2600-4000 TL	150	22,4
	4001 TL ve Üzeri	262	39,1
	Var	96	14,3
Kronik Rahatsızlık	Yok	574	85,7
	Var	622	92,8
Sağlık Güvencesi	Yok	48	7,2
	Var	622	92,8
Sağlık Kurumuna Gitme (Son bir yıl içerisinde)	1 Kez	195	29,1
	2-4 Kez	271	40,4
	5 ve Üzeri	204	30,4
Toplam		670	100,0

* 2020 yılı

5.1.2. Nicel Çalışmaya Katılan Kişilerin Kullanıcı Katkılarına İlişkin Görüşleri, Beklentileri ve Bilgi Düzeyleri

Tablo 5.2’de nicel katılımcıların Türkiye sağlık sisteminde kullanıcı katkı payları ile ilgili olarak uygulanan miktarlar hakkındaki bilgi düzeyleri verilmektedir. Buna göre katılımcıların %15,4’ü uygulanmakta olan kullanıcı katkı miktarları hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade ederken, %84,6’sı kullanıcı katkı miktarları hakkında herhangi bir bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 5.2. Kullanıcı katkılarının miktarlarını biliyor musunuz?

Kullanıcı Katkı Miktarları	Sayı	Yüzde
Evet	103	15,4
Hayır	567	84,6
Toplam	670	100.0

Nicel katılımcılara eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilip bilmedikleri sorulmuştur. Buna göre eczaneye ödedikleri kullanıcı katkısının hastaneden aldıkları hizmet karşılığında olduğunu bilenler %70,1 iken; bu konu hakkında bilgisi olmayanlar %29,9’dur (Tablo 5.3).

Tablo 5.3. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz?

Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	470	70,1
Hayır	200	29,9
Toplam	670	100.0

Tablo 5.4’te nicel katılımcılara “Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır? Sorusu yönlendirilmiştir. Nicel katılımcıların %15,2’si kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgisi olduğunu söylerken %84,8’i ise bu konuda bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 5.4. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır?

Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	102	15,2
Hayır	568	84,8
Toplam	670	100.0

Tablo 5.5’te nicel katılımcılara “Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu? Sorusu yöneltilmiştir. Nicel katılımcıların %10,1’i kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediklerini belirtmiştir. Katılımcıların yüksek çoğunluğunun kullanıcı katkılarından dolayı sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşamadıkları görülmektedir.

Tablo 5.5. Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu?

Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu?	Sayı	Yüzde
Evet	68	10,1
Hayır	602	89,9
Toplam	670	100.0

Nicel katılımcıların kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alıp alamadıklarına ilişkin vermiş oldukları cevaplar Tablo 5.6’da gösterilmektedir. Buna göre 92 katılımcı ilaç alamadığını belirtmiştir. İlaç alamadığını belirten katılımcılar toplam katılımcıların %13,7’sini oluşturmaktadır.

Tablo 5.6. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?

Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?	Sayı	Yüzde
Evet	92	13,7
Hayır	578	86,3
Toplam	670	100.0

Nicel katılımcıların sağlık hizmeti almak için seçmiş oldukları kurumlarda kullanıcı katkısının etkisinin olup olmadığına ilişkin vermiş oldukları cevaplar Tablo 5.7’de gösterilmektedir. Nicel katılımcıların %37,9’u sağlık kurumunu seçerken kullanıcı katkılarını dikkate aldıklarını belirtirken %62,1’i sağlık kurumunu seçmelerinde kullanıcı katkılarının etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 5.7. Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu?

Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu?	Sayı	Yüzde
Evet	254	37,9
Hayır	416	62,1
Toplam	670	100.0

Nicel katılımcıların %31,5’i kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir. 459 katılımcı ise kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri kalitesi açısından herhangi bir etkisinin olmadığını düşünmektedir (Tablo 5. 8).

Tablo 5.8. Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	211	31,5
Hayır	459	68,5
Toplam	670	100.0

Tablo 5.9'a göre nicel katılımcıların %34,2'si kullanıcı katkılarının herkesten aynı miktarda alınmasının doğru bir uygulama olduğunu belirtirken %65,8'i ise bu uygulamanın doğru olmadığını belirtmiştir (Tablo 5.9).

Tablo 5.9. Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır?

Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	229	34,2
Hayır	441	65,8
Toplam	670	100.0

Tablo 5.10'a göre nicel katılımcıların %41,8'i kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini belirtmişlerdir. Kullanıcı katkısı uygulamasının gereksiz sağlık hizmetleri kullanımını engelleyici bir etkisi olmadığını belirten katılımcıların oranı %58,2'dir.

Tablo 5.10. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor musunuz?

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	280	41,8
Hayır	390	58,2
Toplam	670	100.0

Nicel katılımcıların %38,4'ü kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünürken, kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önleyici bir uygulama olmadığını belirten katılımcı oranı % 61,6'dır (bkz. Tablo 5.11).

Tablo 5.11. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz?

Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	257	38,4
Hayır	413	61,6
Toplam	670	100.0

Tablo 5.12’de nicel katılımcılara kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığı hususunda düşünceleri alınmıştır. Buna göre nicel katılımcıların %28,4’ü kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünmektedir. Yüksek oranda katılımcı (%71,6) ise kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünmediklerini belirtmiştir.

Tablo 5.12. Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz?

Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	190	28,4
Hayır	480	71,6
Toplam	670	100.0

Nicel katılımcıların “Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?” sorusuna vermiş oldukları cevaplara ilişkin bulgular Tablo 5.13’te gösterilmektedir. Nicel katılımcıların %44,6’sı kullanıcı katkısının olması gerektiğini ifade ederken kullanıcı katkılarının olmamasını belirten katılımcı oranı %55,4’tür.

Tablo 5.13. Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?

Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	299	44,6
Hayır	371	55,4
Toplam	670	100.0

Tablo 5.14’te nicel katılımcıların kullanıcı katkılarının daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olmasına ilişkin düşüncelerine yer verilmiştir. Buna göre, nicel katılımcıların %11,8’i kullanıcı katkılarının daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünürken yüksek oranda katılımcı (%88,2) ise bu düşüncüyü benimsemediğini beyan etmiştir.

Tablo 5.14. Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz?

Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz?	Sayı	Yüzde
Evet	79	11,8
Hayır	591	88,2
Toplam	670	100.0

Tablo 5.15'te nicel katılımcılara Türkiye'de uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkı miktarlarına ilişkin ne düşündükleri sorulmuştur.

Tablo 5.15. Nicel katılımcıların kullanıcı katkı miktarları hakkındaki düşüncelerine ilişkin bulgular

Kullanıcı Katkı Miktarları		Sayı	Yüzde
İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlar 6 TL	Az	46	6,9
	Uygun	320	47,8
	Fazla	211	31,5
	Bilgim Yok	93	13,9
Üniversiteler ile ortak kullanılan sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri 7 TL	Az	47	7,0
	Uygun	325	48,5
	Fazla	218	32,5
	Bilgim Yok	80	11,9
Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularından alınan miktar 8 TL	Az	50	7,5
	Uygun	295	44,0
	Fazla	237	35,4
	Bilgim Yok	88	13,1
Özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar 15 TL	Az	41	6,1
	Uygun	175	26,1
	Fazla	368	54,9
	Bilgim Yok	86	12,9
İlaç ve tıbbi malzemeler %10- %20	Az	29	4,3
	Uygun	182	27,2
	Fazla	362	54,0
	Bilgim Yok	97	14,5
İlaç reçetelerinde her bir reçete için 3 kutuya kadar (3 kutu dâhil) / 3 kutuya ilave edilen her bir kutu için 3 TL / 1 TL	Az	32	4,8
	Uygun	273	40,7
	Fazla	281	41,9
	Bilgim Yok	84	12,5
Üreme yöntemi tedavilerinde (Tüp bebek) ilk denemesinde/ ikinci denemesinde/üçüncü denemesinde %30/ %25/ %20	Az	30	4,5
	Uygun	155	23,1
	Fazla	361	53,9
	Bilgim Yok	124	18,5

Buna göre nicel katılımcıların %47,8'i ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan alınan miktarı uygun bulmakta, %31,5'i fazla bulmakta; %13,9'u bilgim yok; %6,9'u ise az bulduğunu ifade etmiştir. Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık

Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinden alınan kullanıcı katkı miktarlarına ilişkin katılımcıların görüşleri incelendiğinde çoğunluğu oluşturmakta olan %48,5 oranında katılımcı uygulanmakta olan miktarları uygun bulduklarını ifade ederken %32,5'i oluşturan katılımcı bu miktarları fazla bulduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %44,0'ı üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ödenen miktarı uygun bulduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %54,9'u özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda; %54,0'ı ilaç ve tıbbi malzemelerde; %41,9'u ilaç reçetelerinde; %53,9'u üreme yöntemi tedavilerinde uygulanan kullanıcı katkı miktarlarını fazla bulduklarını ifade etmişlerdir (bkz. Tablo 5.15).

Nicel katılımcılardan hangi grupların kullanıcı katkılarından ya tamamen ya da kısmen muaf tutulması konusunda görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. Nicel katılımcıların birden fazla seçeneği ifade etme şansları bulunmaktadır. Buna göre katılımcıların %71,5'i çocukların; %34,2'si kadınların; %49,1'i emeklilerin; %65,4'ü yaşlıların; %67,2'si kronik hastalığı olanların; %78,5'i engellilerin; %45,7'si hamilelerin; %70,6'sı gaziler ve şehit yakınlarının; %77,6'sı belirli bir gelir seviyesinin altındakilerin; %61,2'si iş kazasına uğramış kişilerin; %4,9'u ise diğer kişilerin kullanıcı katkılarından muaf tutulması gerektiğini ifade etmiştir. Nicel katılımcıların görüşü doğrultusunda kullanıcı katkılarından muaf tutulması gereken ve en yüksek oranı oluşturan grup % 78,5 ile engelliler iken en az oranı oluşturan grup %34,2 oranla kadınlardır. Kullanıcı katkılarından muaf tutulması gereken gruplar içerisinde yer alan %4,9 oranla diğer seçeneğini oluşturan katılımcılar; tüm vatandaşlar, asgari ücretle geçinenler, öğrenciler ve herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlar şeklinde grupların kullanıcı katkılarından muaf tutulması gerektiğini ifade etmiştir (bkz. Tablo 5.16).

Tablo 5.16. Kullanıcı katkılarından muaf tutulması gereken gruplara ilişkin bulgular

Kullanıcı Katkılarından Muaf Tutulması Gereken Gruplar		Sayı	Yüzde
Engelliler	Evet	526	78,5
	Hayır	144	24,5
Belirli Bir Gelir Seviyesinin Altındakiler	Evet	520	77,6
	Hayır	150	22,4
Çocuklar	Evet	479	71,5
	Hayır	191	28,5
Gaziler ve Şehit Yakınları	Evet	473	70,6
	Hayır	197	29,4
Kronik Hastalığı Olanlar	Evet	450	67,2
	Hayır	220	32,8
Yaşlılar	Evet	438	65,4
	Hayır	232	34,6
İş Kazasına Uğramış Kişiler	Evet	410	61,2
	Hayır	260	38,8
Emekliler	Evet	329	49,1
	Hayır	341	50,9
Hamileler	Evet	306	45,7
	Hayır	364	54,3
Kadınlar	Evet	229	34,2
	Hayır	441	65,8
Diğer 1. Herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlar. 2. Herkes için ücretsiz olmalıdır. 3. Türkiye vatandaşlarına ücretsiz olmalıdır. 4. Asgari ücretle çalışanlar muaf olmalıdır. 5. Kimsesiz kişiler muaf tutulmalıdır. 6. Öğrenciler muaf tutulmalıdır. 7. Maddi durumu yetersiz olan herkes muaf tutulmalıdır. 8. Hanesinde üç veya daha fazla sayıda nüfusa sahip olan kişiler muaf olmalıdır.	Evet	33	4,9
	Hayır	637	95,1
Toplam		670	100,0

Tablo 5.17’de nicel katılımcılara göre kullanıcı katkılarının amacının ne olduğuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Bulgulara göre katılımcıların %37,8’i kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek olduğunu ifade etmiş; %24,6’sı ise kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetleri finansmanı için ek kaynak oluşturmak olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5.17. Nicel katılımcılara göre kullanıcı katkılarının amacı

Kullanıcı Katkılarının Amacı	Sayı	Yüzde
Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek	253	37,8
Sağlık hizmetleri finansmanı için ek kaynak oluşturmak	165	24,6
Dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimini sağlamak	112	16,7
Sağlık harcamalarını kontrol etmek	62	9,3
İnformal (yasa dışı) ödemelerin önüne geçmek	41	6,1
Sağlık çalışanlarının gelirini artırmak	28	4,2
Diğer	9	1,3
Toplam	670	100,0

Nicel katılımcılara hangi sağlık hizmetlerine kullanıcı katkısı uygulaması gerektiğine ilişkin görüşleri sorulmuş olup birden fazla seçeneği ifade edebilme olanağı tanınmıştır. Buna göre katılımcıların %18,5'i aile hekimliği hizmetlerine, %27,6'sı ayakta tedavi (poliklinik) hizmetlerine, %39,1'i yatarak tedavi (klinik) hizmetlerine, %18,4'ü acil servis hizmetlerine, % 40,3'ü ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerine ve %36,7'si ağız ve diş sağlığı hizmetlerine kullanıcı katkısı uygulanması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcılar en fazla oranla (%40,3) ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerine kullanıcı katkısı uygulanması gerektiğini ifade ederken en az oranı %18,4 ile acil servis hizmetleri oluşturmaktadır (Tablo 5.18).

Tablo 5.18. Nicel Katılımcılara göre kullanıcı katkısı uygulanması gereken sağlık hizmetleri

Kullanıcı Katkısı Uygulanması Gereken Sağlık Hizmetleri		Sayı	Yüzde
İlaç ve tıbbi cihaz hizmetleri	Evet	270	40,3
	Hayır	400	59,7
Yatarak tedavi (Klinik) hizmetleri	Evet	262	39,1
	Hayır	408	60,9
Ağız ve diş sağlığı hizmetleri	Evet	246	36,7
	Hayır	424	63,3
Ayakta tedavi (Poliklinik) hizmetleri	Evet	185	27,6
	Hayır	485	72,4
Aile hekimliği hizmetleri	Evet	124	18,5
	Hayır	546	81,5
Acil servis hizmetleri	Evet	123	18,4
	Hayır	547	81,6
Toplam		670	100,0

5. 2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ KULLANICI KATKILARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİNE YÖNELİK Kİ-KARE ANALİZİ SONUÇLARI

Tablo 5.19’da nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “*kullanıcı katkılarının miktarını biliyor musunuz?*” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Nicel katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların gelir düzeyi ve sigorta değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tablo 5.19’da da görüldüğü gibi kişilerin aylık geliri arttıkça kullanıcı katkısı miktarını bilme durumları da artmaktadır.

Tablo 5.19. Kullanıcı katkılarının miktarını biliyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı Katkılarının Miktarını Biliyor Musunuz?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 103	% 15,4	n 567	% 84,6	n 670	% 100,0		
Cinsiyet								
Kadın	46	13,3	301	86,7	347	51,8	2,479	0,115
Erkek	57	17,6	266	82,4	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	34	14,2	206	85,8	240	35,8	1,667	0,434
31-39 yaş	30	14,1	183	85,9	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	39	18,0	178	82,0	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	69	69	356	83,8	425	63,4	0,664	0,415
Bekâr	34	13,9	211	86,1	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	6	7,8	71	92,2	77	11,5	4,539	0,209
Lise	28	15,8	149	84,2	177	26,4		
Ön Lisans	17	19,3	71	80,7	88	13,1		
Lisans ve üstü	52	15,9	276	84,1	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü							6,966	0,223
ücretli	43	17,7	200	82,3	243	36,3		
Özel sektör ücretli	23	13,1	153	86,9	176	26,3		
Kendi işi	19	21,6	69	78,4	88	13,1		
Emekli	3	15,0	17	85,0	20	3,0		
Öğrenci	5	10,6	42	89,4	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	10	10,4	86	89,6	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	15	9,2	148	90,8	163	24,3	12,056	0,007
Asgari ücret	10	10,5	85	89,5	95	14,2		
2600-4000 TL	24	16,0	126	84,0	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	54	20,6	208	79,4	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	18	18,8	78	81,2	96	14,3	0,982	0,322
Hayır	85	14,8	489	85,2	574	85,7		
Sigorta								
Yok	3	6,2	45	93,8	48	7,2	3,308	0,039
Var	100	16,1	522	83,9	622	92,8		
Sağlık Kurumuna GİRME								
1 Kez	33	16,9	162	83,1	195	29,1	0,756	0,685
2-4 Kez	38	14,0	233	86,0	271	40,4		
5 ve üzeri	32	15,7	172	84,3	204	30,4		

Asgari ücretten az gelire sahip olanların %9,2'si kullanıcı katkısı miktarını bilirken %90,8'i kullanıcı katkısı miktarlarını bilmediklerini, aylık asgari ücret gelire sahip olan

katılımcıların %10,5'i kullanıcı katkısı miktarlarını bilirken %89,5'i kullanıcı katkısı miktarlarını bilmediklerini, 2600 TL ve 4000 TL arası aylık gelire sahip olan katılımcıların %16,0'ı kullanıcı katkısı miktarını bilirken %84,0' bilmediklerini ve 4001 TL ve üzerinde aylık gelire sahip olan katılımcıların %20,6'sı kullanıcı katkısı miktarını bilirken %79,4'ü kullanıcı katkısı miktarlarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Kullanıcı katkısı miktarlarını bilme durumu, sağlık sigortası olan katılımcılarda %16,1 iken sağlık sigortası olmayan katılımcılarda ise bu oran %6,2'dir (bkz. Tablo 5.19).

Tablo 5.20'de nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre *“Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz?”* sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Verilen cevapların katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare ile değerlendirilmiş medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve sigorta değişkenleri arasında anlamlı bir fark saptanırken; cinsiyet, yaş, kronik rahatsızlık ve sağlık kurumuna gitme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Medeni durumu evli olan katılımcıların %72,5'i, bekâr olan katılımcıların ise %66,1'i eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğu hizmet karşılığında olduğunu bildiklerini ifade etmiştir. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların %62,3'ü, lise mezunu olanların %62,7'si, ön lisans mezunlarının %73,9'u ve lisans ve üstü katılımcıların ise %75,0'ı eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarlarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış oldukları hizmet karşılığında olduğunu bildiklerini ifade etmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı görülmektedir. Meslek değişkenine göre kamu sektörü ücretli katılımcıların %74,9'u, özel sektör ücretli katılımcıların %70,5'i, kendi işini yapan katılımcıların %75,0'i, emekli olan katılımcıların %55,0'ı, öğrencilerin %53,2'si ve ev hanımı/işsiz olan katılımcıların ise %64,6'sının eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarlarının belli kısmının sağlık kurumundan almış oldukları hizmet karşılığında olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir. Gelir düzeyi değişkenine göre katılımcılardan gelir düzeyi asgari ücretten az olanların %60,7'si, asgari ücret geliri olanların %69,5'i, 2600-4000 TL arasında geliri olanların %68,7'si ve 4001 TL ve üzerinde geliri olanların %77,1'i eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli kısmının sağlık kurumundan almış oldukları hizmet karşılığında olduğunu bildiklerini ifade ederken, sigortası olan katılımcıların %71,9'u ve sigortası olmayan katılımcıların ise %47,9'unun

eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli kısmının sağlık kurumundan almış oldukları hizmetin bedeli olduğunu bildiklerini ifade etmiştir.

Tablo 5.20. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz?						X ²	P
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 470	% 70,1	n 200	% 29,9	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	246	70,9	101	29,1	347	51,8	0,190	0,663
Erkek	224	69,3	99	30,7	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	165	68,8	75	31,2	240	35,8	0,402	0,818
31-39 yaş	150	70,4	63	29,6	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	155	71,4	62	28,6	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	308	72,5	117	27,5	425	63,4	2,986	0,045
Bekâr	162	66,1	83	33,9	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	48	62,3	29	37,7	77	11,5	11,185	0,011
Lise	111	62,7	66	37,3	177	26,4		
Ön Lisans	65	73,9	23	26,1	88	13,1		
Lisans ve üstü	246	75,0	82	25,0	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	182	74,9	61	25,1	243	36,3	13,679	0,018
Özel sektör ücretli	124	70,5	52	29,5	176	26,3		
Kendi işi	66	75,0	22	25,0	88	13,1		
Emekli	11	55,0	9	45,0	20	3,0		
Öğrenci	25	53,2	22	46,8	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	62	64,6	34	35,4	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	99	60,7	64	39,3	163	24,3	13,119	0,004
Asgari ücret	66	69,5	29	30,5	95	14,2		
2600-4000 TL	103	68,7	47	31,3	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	202	77,1	60	22,9	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	69	71,9	27	28,1	96	14,3	0,159	0,690
Hayır	401	69,9	173	30,1	574	85,7		
Sigorta								
Yok	23	47,9	25	52,1	48	7,2	12,205	0,000
Var	447	71,9	175	28,1	622	92,8		
Sağlık Kurumuna GİRME								
1 Kez	137	70,3	58	29,7	195	29,1	0,168	0,919
2-4 Kez	192	70,8	79	29,2	271	40,4		
5 ve üzeri	141	69,1	63	30,9	204	30,4		

Tablo 5.21. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 102	% 15,2	n 568	% 84,8	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	50	14,4	297	85,6	347	51,8	0,370	0,543
Erkek	52	16,1	271	83,9	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	41	17,1	199	82,9	240	35,8	2,963	0,227
31-39 yaş	25	11,7	188	88,3	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	36	16,6	181	83,4	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	58	13,6	367	86,4	425	63,4	2,239	0,135
Bekâr	44	18,0	201	82,0	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	6	7,8	71	92,2	77	11,5	7,306	0,039
Lise	35	19,8	142	80,2	177	26,4		
Ön Lisans	16	18,2	72	81,8	88	13,1		
Lisans ve üstü	45	13,7	283	86,3	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	29	11,9	214	88,1	243	36,3	12,352	0,030
Özel sektör ücretli	31	17,6	145	82,4	176	26,3		
Kendi işi	21	23,9	67	76,1	88	13,1		
Emekli	4	20,0	16	80,0	20	3,0		
Öğrenci	9	19,1	38	80,9	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	8	8,3	88	91,7	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	21	12,9	142	87,1	163	24,3	1,641	0,650
Asgari ücret	13	13,7	82	86,3	95	14,2		
2600-4000 TL	23	15,3	127	84,7	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	45	17,2	217	82,8	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	12	12,5	84	87,5	96	14,3	0,644	0,422
Hayır	90	15,7	484	84,3	574	85,7		
Sigorta								
Yok	2	4,2	46	95,8	48	7,2	4,898	0,027
Var	100	16,1	522	83,9	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gitme								
1 Kez	32	16,4	163	83,6	195	29,1	0,874	0,646
2-4 Kez	37	13,7	234	86,3	271	40,4		
5 ve üzeri	33	16,2	171	83,8	204	30,4		

Tablo 5.21’de nicel katılımcıların “*Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır?*” sorusuna verilen cevapların katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre verdikleri cevaplar gösterilmiştir. Verilen cevapların katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare ile değerlendirilmiş eğitim durumu, meslek ve sigorta değişkenleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların %7,8’i, lise mezunu olan katılımcıların %19,8’i, ön lisans mezunu olan katılımcıların %18,2’si ve lisans ve üstü olan katılımcıların ise %13,2’si kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgileri olduklarını ifade etmiştir. Meslek değişkenine göre kamu sektörü ücretli katılımcıların %11,9’u, özel sektör ücretli katılımcıların %17,6’sı, kendi işini yapan katılımcıların %23,9’u, emekli olan katılımcıların %20,0’ı, öğrencilerin %19,1’i ve ev hanımı/işsiz olan katılımcıların ise %8,3’ü kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgisi olduğunu ifade ederken; sigortası olan katılımcıların %16,1’i ve sigortası olmayan katılımcıların ise %4,2’si kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmiştir (bkz. Tablo 5. 21).

Tablo 5.22’de “*Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu?*” sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Verilen cevapların katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare ile değerlendirilmiş yaş ve gelir düzeyi değişkenleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre 30 yaş ve altındaki katılımcıların %13,3’ü, 31-39 yaş arasındaki katılımcıların %6,6’sı ve 40 yaş ve üzerindeki katılımcıların ise %10,1’i kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediklerini belirtirken; gelir düzeyi asgari ücretten az olanların %14,7’si, asgari ücret geliri olanların %9,5’i, 2600-4000 TL arasında geliri olanların %14,0’ı ve 4001 TL ve üzerinde geliri olanların %5,3’ü kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 5.22. Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 68	% 10,1	n 602	% 89,9	n 670	% 100,0		
Cinsiyet								
Kadın	38	11,0	309	89,0	347	51,8	0,507	0,476
Erkek	30	9,3	293	90,7	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	32	13,3	208	86,7	240	35,8	5,656	0,039
31-39 yaş	14	6,6	199	93,4	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	22	10,1	195	89,9	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	36	8,5	389	91,5	425	63,4	3,591	0,058
Bekâr	32	13,1	213	86,9	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	10	13,0	67	87,0	77	11,5	1,577	0,665
Lise	20	11,3	157	88,7	177	26,4		
Ön Lisans	7	8,0	81	92,0	88	13,1		
Lisans ve üstü	31	9,5	297	90,5	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü							6,819	0,234
ücretli	16	6,6	227	93,4	243	36,3		
Özel sektör ücretli	22	12,5	154	87,5	176	26,3		
Kendi işi	8	9,1	80	90,9	88	13,1		
Emekli	3	15,0	17	85,0	20	3,0		
Öğrenci	7	14,9	40	85,1	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	12	12,5	84	87,5	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	24	14,7	139	85,3	163	24,3	12,863	0,005
Asgari ücret	9	9,5	86	90,5	95	14,2		
2600-4000 TL	21	14,0	129	86,0	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	14	5,3	248	94,7	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	12	12,5	84	87,5	96	14,3	0,679	0,410
Hayır	56	9,8	518	90,2	574	85,7		
Sigorta								
Yok	7	14,6	41	85,4	48	7,2	1,115	0,291
Var	61	9,8	561	90,2	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gıtme								
1 Kez	23	11,8	172	88,2	195	29,1	1,327	0,515
2-4 Kez	28	10,3	243	89,7	271	40,4		
5 ve üzeri	17	8,3	187	91,7	204	30,4		

Tablo 5.23. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 92	% 13,7	n 578	% 86,3	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	54	15,6	293	84,4	347	51,8	2,036	0,154
Erkek	38	11,8	285	88,2	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	49	20,4	191	79,6	240	35,8	14,964	0,001
31-39 yaş	18	8,5	195	91,5	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	25	11,5	192	88,5	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	44	10,4	381	89,6	425	63,4	11,198	0,002
Bekâr	48	19,6	197	80,4	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	13	16,9	64	83,1	77	11,5	6,958	0,043
Lise	33	18,6	144	81,4	177	26,4		
Ön Lisans	11	12,5	77	87,5	88	13,1		
Lisans ve üstü	35	10,7	293	89,3	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	25	10,3	218	89,7	243	36,3	9,292	0,015
Özel sektör ücretli	22	12,5	154	87,5	176	26,3		
Kendi işi	13	14,8	75	85,2	88	13,1		
Emekli	5	25,0	15	75,0	20	3,0		
Öğrenci	11	23,4	36	76,6	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	16	16,7	80	83,3	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	36	22,1	127	77,9	163	24,3	22,022	0,001
Asgari ücret	10	10,5	85	89,5	95	14,2		
2600-4000 TL	27	18,0	123	82,0	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	19	7,3	243	92,7	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	19	19,8	77	80,2	96	14,3	3,474	0,062
Hayır	73	12,7	501	87,3	574	85,7		
Sigorta								
Yok	12	25,0	36	75,0	48	7,2	5,542	0,019
Var	80	12,9	542	87,1	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gıtme								
1 Kez	28	14,4	167	85,6	195	29,1	2,296	0,317
2-4 Kez	31	11,4	240	88,6	271	40,4		
5 ve üzeri	33	16,2	171	83,8	204	30,4		

Tablo 5.23'te nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Nicel katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve sigorta değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). 30 yaş ve altındaki katılımcıların %20,4'ü, 31-39 yaş arasındaki katılımcıların %8,5'i ve 40 yaş ve üzerindeki katılımcıların ise %11,5'i kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığını ifade ederken; evli olan katılımcıların %10,4'ü ve evli olmayan katılımcıların %19,6'sı kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadıklarını ifade etmiştir. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların %16,9'u, lise mezunu olan katılımcıların %18,6'sı, ön lisans mezunu olan katılımcıların %12,5'i ve lisans ve üstü olan katılımcıların ise %10,7'si kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığını belirtmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumları azalma göstermektedir. Meslek değişkenine göre kamu sektörü ücretli katılımcıların %10,3'ü, özel sektör ücretli katılımcıların %12,5'i, kendi işini yapan katılımcıların %14,8'i, emekli olan katılımcıların %25,0'ı, öğrencilerin %23,4'ü ve ev hanımı/işsiz olan katılımcıların ise %16,7'si kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığını belirtmiştir. Gelir düzeyi değişkenine göre katılımcılardan gelir düzeyi asgari ücretten az olanların %22,1'i, asgari ücret geliri olanların %10,5'i, 2600-4000 TL arasında geliri olanların %18,0'ı ve 4001 TL ve üzerinde geliri olanların %7,3'ü kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığını ifade ederken, sigortası olan katılımcıların %12,9'u ve sigortası olmayan katılımcıların ise %25,0'ı kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadıklarını ifade etmiştir (bkz. Tablo 5. 23).

Tablo 5.24. Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 211	% 31,5	n 459	% 68,5	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	148	42,7	199	57,3	347	51,8	6,873	0,009
Erkek	106	32,8	217	67,2	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	89	37,1	151	62,9	240	35,8	0,994	0,608
31-39 yaş	77	36,2	136	63,8	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	88	40,6	129	59,4	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	173	40,7	252	59,3	425	63,4	3,859	0,057
Bekâr	81	33,1	164	66,9	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	30	39,0	47	61,0	77	11,5	4,078	0,253
Lise	72	40,7	105	59,3	177	26,4		
Ön Lisans	25	28,4	63	71,6	88	13,1		
Lisans ve üstü	127	38,7	201	61,3	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	84	34,6	159	65,4	243	36,3	10,778	0,021
Özel sektör ücretli	65	36,9	111	63,1	176	26,3		
Kendi işi	33	37,5	55	62,5	88	13,1		
Emekli	8	40,0	12	60,0	20	3,0		
Öğrenci	14	29,8	33	70,2	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	50	52,1	46	47,9	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	74	45,4	89	54,6	163	24,3	6,140	0,105
Asgari ücret	38	40,0	57	60,0	95	14,2		
2600-4000 TL	52	34,7	98	65,3	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	90	34,4	172	65,6	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	46	47,9	50	52,1	96	14,3	4,766	0,029
Hayır	208	36,2	366	63,8	574	85,7		
Sigorta								
Yok	20	41,7	28	58,3	48	7,2	0,310	0,578
Var	234	37,6	388	62,4	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gıtme								
1 Kez	70	35,9	125	64,1	195	29,1	7,872	0,038
2-4 Kez	94	34,7	177	65,3	271	40,4		
5 ve üzeri	90	44,1	114	55,9	204	30,4		

Tablo 5.24'te nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu?” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların cinsiyet, meslek, kronik rahatsızlık ve sağlık kurumuna gitme değişkenleri arasında anlamlılık bulunmuştur. Kadın olan katılımcıların %42,7’si sağlık kurumunu seçerken kullanıcı katkılarının etkili olduğunu belirtirken erkek olan katılımcıların %32,8’i sağlık kurumunu seçmesinde kullanıcı katkılarının etkili olduğunu belirtmiştir. Meslek değişkenine göre kamu sektörü ücretli katılımcıların %34,6’sı, özel sektör ücretli katılımcıların %36,9’u, kendi işini yapan katılımcıların %37,5’i, emekli olan katılımcıların %40,0’ı, öğrencilerin %29,8’i ve ev hanımı/işsiz olan katılımcıların ise %52,1’i sağlık kurumunu seçerken kullanıcı katkılarını dikkate aldıklarını belirtmiştir. Kronik rahatsızlığı bulunan katılımcıların %47,9’u, kronik rahatsızlığı olmayan katılımcıların ise %36,2’si sağlık kurumu seçimlerinde kullanıcı katkılarının etkili olduğunu belirtirken; sağlık kurumuna yılda 1 kez giden katılımcıların %35,9’u, yılda 2-4 kez arasında giden katılımcıların %34,7’si ve sağlık kurumuna 5 kez ve üzerinde giden katılımcıların ise %44,1’i sağlık kurumu seçimlerinde kullanıcı katkılarının etkili olduğunu ifade etmiştir (bkz. Tablo 5.24).

Tablo 5.25’te nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların cinsiyet değişkeni arasında anlamlılık bulunmuştur ($X^2=9,258$, $p=0,002$). Kadın katılımcıların %26,2’si kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtirken erkek katılımcıların ise %37,2’si kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini ifade etmiştir.

Tablo 5.25. Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 211	% 31,5	n 459	% 68,5	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	91	26,2	256	73,8	347	51,8	9,258	0,002
Erkek	120	37,2	203	62,8	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	70	29,2	170	70,8	240	35,8	3,591	0,166
31-39 yaş	62	29,1	151	70,9	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	79	36,4	138	63,6	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	134	31,5	291	68,5	425	63,4	0,001	0,978
Bekâr	77	31,4	168	68,6	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	20	26,0	57	74,0	77	11,5	3,064	0,382
Lise	50	28,2	127	71,8	177	26,4		
Ön Lisans	30	34,1	58	65,9	88	13,1		
Lisans ve üstü	111	33,8	217	66,2	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	82	33,7	161	66,3	243	36,3	3,691	0,595
Özel sektör ücretli	51	29,0	125	71,0	176	26,3		
Kendi işi	29	33,0	59	67,0	88	13,1		
Emekli	9	45,0	11	55,0	20	3,0		
Öğrenci	13	27,7	34	72,3	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	27	28,1	69	71,9	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	48	29,4	115	70,6	163	24,3	6,182	0,103
Asgari ücret	22	23,2	73	76,8	95	14,2		
2600-4000 TL	46	30,7	104	69,3	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	95	36,3	167	63,7	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	33	34,4	63	65,6	96	14,3	0,432	0,511
Hayır	178	31,0	396	69,0	574	85,7		
Sigorta								
Yok	15	31,2	33	68,8	48	7,2	0,001	0,970
Var	196	31,5	426	68,5	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gitme								
1 Kez	64	32,8	131	67,2	195	29,1	0,406	0,816
2-4 Kez	86	31,7	185	68,3	271	40,4		
5 ve üzeri	61	29,9	143	70,1	204	30,4		

Tablo 5.26’da nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır?” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi değişkenlerinde anlamlılık tespit edilmiştir. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların %39,0’ı, lise mezunu olan katılımcıların %42,4’ü, ön lisans mezunu olan katılımcıların %40,9’u ve lisans ve üstü olan katılımcıların ise %26,8’i herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasını doğru bulmaktadır. Meslek değişkenine göre kamu sektörü ücretli katılımcıların %29,2’si, özel sektör ücretli katılımcıların %39,8’i, kendi işini yapan katılımcıların %47,7’si, emekli olan katılımcıların %15,0’ı, öğrencilerin %34,0’ı ve ev hanımı/işsiz olan katılımcıların ise %28,1’i herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru olduğunu belirtirken; gelir düzeyi asgari ücretten az olanların %30,1’i, asgari ücret geliri olanların %46,3’ü, 2600-4000 TL arasında geliri olanların %36,7’si ve 4001 TL ve üzerinde geliri olanların %30,9’u herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru olduğunu belirtmiştir.

Tablo 5.26. Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 229	% 34,2	n 441	% 65,8	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	109	31,4	238	68,6	347	51,8	2,450	0,118
Erkek	120	37,2	203	62,8	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	89	37,1	151	62,9	240	35,8	1,630	0,443
31-39 yaş	67	31,5	146	68,5	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	73	33,6	144	66,4	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	143	33,6	282	66,4	425	63,4	0,146	0,702
Bekâr	86	35,1	159	64,9	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	30	39,0	47	61,0	77	11,5	15,713	0,001
Lise	75	42,4	102	57,6	177	26,4		
Ön Lisans	36	40,9	52	59,1	88	13,1		
Lisans ve üstü	88	26,8	240	73,2	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü							17,121	0,004
ücretli	71	29,2	172	70,8	243	36,3		
Özel sektör ücretli	70	39,8	106	60,2	176	26,3		
Kendi işi	42	47,7	46	52,3	88	13,1		
Emekli	3	15,0	17	85,0	20	3,0		
Öğrenci	16	34,0	31	66,0	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	27	28,1	69	71,9	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	49	30,1	114	69,9	163	24,3	9,101	0,028
Asgari ücret	44	46,3	51	53,7	95	14,2		
2600-4000 TL	55	36,7	95	63,3	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	81	30,9	181	69,1	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	36	37,5	60	62,5	96	14,3	0,549	0,459
Hayır	193	33,6	381	66,4	574	85,7		
Sigorta								
Yok	15	31,2	33	68,8	48	7,2	0,197	0,657
Var	214	34,4	408	65,6	622	92,8		
Sağlık Kurumuna GİRME								
1 Kez	77	39,5	118	60,5	195	29,1	3,643	0,162
2-4 Kez	89	32,8	182	67,2	271	40,4		
5 ve üzeri	63	30,9	141	69,1	204	30,4		

Tablo 5.27. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor musunuz?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 280	% 41,8	n 390	% 58,2	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	142	40,9	205	59,1	347	51,8	0,223	0,636
Erkek	138	42,7	185	57,3	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	101	42,1	139	57,9	240	35,8	0,119	0,942
31-39 yaş	87	40,8	126	59,2	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	92	42,4	125	57,6	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	175	41,2	250	58,8	425	63,4	0,180	0,671
Bekâr	105	42,9	140	57,1	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	20	26,0	57	74,0	77	11,5	12,156	0,007
Lise	68	38,4	109	61,6	177	26,4		
Ön Lisans	39	44,3	49	55,7	88	13,1		
Lisans ve üstü	153	46,6	175	53,4	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	111	45,7	132	54,3	243	36,3	7,691	0,174
Özel sektör ücretli	63	35,8	113	64,2	176	26,3		
Kendi işi	39	44,3	49	55,7	88	13,1		
Emekli	9	45,0	11	55,0	20	3,0		
Öğrenci	24	51,1	23	48,9	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	34	35,4	62	64,6	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	63	38,7	100	61,3	163	24,3	16,482	0,001
Asgari ücret	28	29,5	67	70,5	95	14,2		
2600-4000 TL	56	37,3	94	62,7	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	133	50,8	129	49,2	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	41	42,7	55	57,3	96	14,3	0,039	0,844
Hayır	239	41,6	335	58,4	574	85,7		
Sigorta								
Yok	22	45,8	26	54,2	48	7,2	0,347	0,556
Var	258	41,5	364	58,5	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gıtme								
1 Kez	77	39,5	118	60,5	195	29,1	0,650	0,723
2-4 Kez	117	43,2	154	56,8	271	40,4		
5 ve üzeri	86	42,2	118	57,8	204	30,4		

Tablo 5.27’de nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor

musunuz?” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiş, eğitim durumu ve gelir düzeyi değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların %26,0’ı, lise mezunu olan katılımcıların %38,4’ü, ön lisans mezunu olan katılımcıların %44,3’ü ve lisans ve üstü olan katılımcıların ise %46,6’sı kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini belirtmiştir. Katılımcıların eğitim durumu arttıkça kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının engellediği düşüncesinde de artış olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi asgari ücretten az olanların %38,7’si, asgari ücret geliri olanların %29,5’i, 2600-4000 TL arasında geliri olanların %37,3’ü ve 4001 TL ve üzerinde geliri olanların %50,8’i kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5.28’de nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre *“Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz?”* sorusuna verilen cevaplar gösterilmiş, eğitim durumu ve gelir düzeyi değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcıların %27,3’ü, lise mezunu olan katılımcıların %34,5’i, ön lisans mezunu olan katılımcıların %39,8’i ve lisans ve üstü olan katılımcıların ise %42,7’si kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını engellediğini belirtmiştir. Katılımcıların eğitim durumu arttıkça kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine yönelik gereksiz harcamaları engellediği düşüncesinde de artış olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi asgari ücretten az olanların %35,0’ı, asgari ücret geliri olanların %28,4’ü, 2600-4000 TL arasında geliri olanların %34,7’si ve 4001 TL ve üzerinde geliri olanların %46,2’si kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını engellediğini ifade etmektedir (bkz. Tablo 5.28).

Tablo 5.28. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
	257	38,4	413	61,6	670	100.0		
Cinsiyet								
Kadın	127	36,6	220	63,4	347	51,8	0,942	0,332
Erkek	130	40,2	193	59,8	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	93	38,8	147	61,2	240	35,8	0,731	0,694
31-39 yaş	77	36,2	136	63,8	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	87	40,1	130	59,9	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	167	39,3	258	60,7	425	63,4	0,431	0,512
Bekâr	90	36,7	155	63,3	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	21	27,3	56	72,7	77	11,5	7,560	0,006
Lise	61	34,5	116	65,5	177	26,4		
Ön Lisans	35	39,8	53	60,2	88	13,1		
Lisans ve üstü	140	42,7	188	57,3	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	105	43,2	138	56,8	243	36,3	4,517	0,478
Özel sektör ücretli	60	34,1	116	65,9	176	26,3		
Kendi işi	34	38,6	54	61,4	88	13,1		
Emekli	7	35,0	13	65,0	20	3,0		
Öğrenci	18	38,3	29	61,7	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	33	34,4	63	65,6	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	57	35,0	106	65,0	163	24,3	12,408	0,007
Asgari ücret	27	28,4	68	71,6	95	14,2		
2600-4000 TL	52	34,7	98	65,3	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	121	46,2	141	53,8	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	37	38,5	59	61,5	96	14,3	0,002	0,968
Hayır	220	38,3	354	61,7	574	85,7		
Sigorta								
Yok	19	39,6	29	60,4	48	7,2	0,033	0,856
Var	238	38,3	384	61,7	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gitme								
1 Kez	70	35,9	125	64,1	195	29,1	0,767	0,681
2-4 Kez	108	39,9	163	60,1	271	40,4		
5 ve üzeri	79	38,7	125	61,3	204	30,4		

Tablo 5.29’da nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların

kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, kronik rahatsızlık, sigorta ve sağlık kurumuna gitme değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5.29. Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 190	% 28,4	n 480	% 71,6	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	107	30,8	240	69,2	347	51,8	2,175	0,140
Erkek	83	25,7	240	74,3	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	66	27,5	174	72,5	240	35,8	0,228	0,892
31-39 yaş	60	28,2	153	71,8	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	64	29,5	153	70,5	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	117	27,5	308	72,5	425	63,4	0,393	0,531
Bekâr	73	29,8	172	70,2	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	22	28,6	55	71,4	77	11,5	0,298	0,960
Lise	50	28,2	127	71,8	177	26,4		
Ön Lisans	27	30,7	61	69,3	88	13,1		
Lisans ve üstü	91	27,7	237	72,3	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	72	29,6	171	70,4	243	36,3	3,715	0,591
Özel sektör ücretli	45	25,6	131	74,4	176	26,3		
Kendi işi	23	26,1	65	73,9	88	13,1		
Emekli	8	40,0	12	60,0	20	3,0		
Öğrenci	11	23,4	36	76,6	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	31	32,3	65	67,7	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	48	29,4	115	70,6	163	24,3	1,913	0,582
Asgari ücret	27	28,4	68	71,6	95	14,2		
2600-4000 TL	36	24,0	114	76,0	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	79	30,2	183	69,8	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	28	29,2	68	70,8	96	14,3	0,036	0,849
Hayır	162	28,2	412	71,8	574	85,7		
Sigorta								
Yok	13	27,1	35	72,9	48	7,2	0,041	0,839
Var	177	28,5	445	71,5	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gitme								
1 Kez	54	27,7	141	72,3	195	29,1	0,952	0,621
2-4 Kez	73	26,9	198	73,1	271	40,4		
5 ve üzeri	63	30,9	141	69,1	204	30,4		

Tablo 5.30. Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 299	% 44,6	n 371	% 55,4	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	146	42,1	201	57,9	347	51,8	1,897	0,168
Erkek	153	47,4	170	52,6	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	111	46,2	129	53,8	240	35,8	0,427	0,808
31-39 yaş	94	44,1	119	55,9	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	94	43,9	123	56,7	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	181	42,6	244	57,4	425	63,4	1,955	0,162
Bekâr	118	48,2	127	51,8	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	34	44,2	43	55,8	77	11,5	3,772	0,287
Lise	73	41,2	104	58,8	177	26,4		
Ön Lisans	34	38,6	54	61,4	88	13,1		
Lisans ve üstü	158	48,2	170	51,8	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	114	46,9	129	53,1	243	36,3	9,674	0,034
Özel sektör ücretli	70	39,8	106	60,2	176	26,3		
Kendi işi	43	48,9	45	51,1	88	13,1		
Emekli	9	45,0	11	55,0	20	3,0		
Öğrenci	28	59,6	19	40,4	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	35	36,5	61	63,5	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	74	45,4	89	54,6	163	24,3	6,124	0,106
Asgari ücret	36	37,9	59	62,1	95	14,2		
2600-4000 TL	59	39,3	91	60,7	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	130	49,6	132	50,4	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	39	40,6	57	59,4	96	14,3	0,726	0,394
Hayır	260	45,3	314	54,7	574	85,7		
Sigorta								
Yok	18	37,5	30	62,5	48	7,2	1,063	0,303
Var	281	45,2	341	54,8	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gıtme								
1 Kez	88	45,1	107	54,9	195	29,1	0,094	0,954
2-4 Kez	119	43,9	152	56,1	271	40,4		
5 ve üzeri	92	45,1	112	54,9	204	30,4		

Tablo 5.30’da nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre “Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?” sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir.

Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların meslek değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=9,674$, $p=0,034$). Kamu sektörü ücretli katılımcıların %46,9'u, özel sektör ücretli katılımcıların %39,8'i, kendi işini yapan katılımcıların %48,9'u, emekli olan katılımcıların %45,0'ı, öğrencilerin %59,6'ı ve ev hanımı/işsiz olan katılımcıların ise %36,5'i Türkiye'de kullanıcı katkısının olması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 5.31'de nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre *“Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz?”* sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, kronik rahatsızlık, sigorta ve sağlık kurumuna gitme değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5.31. Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz? Sorusuna verilen cevapların nicel katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz?						X ²	p
	Evet		Hayır		Toplam			
	n 79	% 11,8	n 591	% 88,2	n 670	% 100.0		
Cinsiyet								
Kadın	35	10,1	312	89,9	347	51,8	2,011	0,156
Erkek	44	13,6	279	86,4	323	48,2		
Yaş								
30 yaş ve Altı	27	11,2	213	88,8	240	35,8	0,110	0,946
31-39 yaş	26	12,2	187	87,8	213	31,8		
40 yaş ve üzeri	26	12,0	191	88,0	217	32,4		
Medeni Durum								
Evli	46	10,8	379	89,2	425	63,4	1,046	0,306
Bekâr	33	13,5	212	86,5	245	36,6		
Eğitim Durumu								
İlköğretim ve Altı	10	13,0	67	87,0	77	11,5	1,859	0,602
Lise	25	14,1	152	85,9	177	26,4		
Ön Lisans	8	9,1	80	90,9	88	13,1		
Lisans ve üstü	36	11,0	292	89,0	328	49,0		
Meslek								
Kamu sektörü ücretli	23	9,5	220	90,5	243	36,3	10,773	0,669
Özel sektör ücretli	28	15,9	148	84,1	176	26,3		
Kendi işi	10	11,4	78	88,6	88	13,1		
Emekli	5	25,0	15	75,0	20	3,0		
Öğrenci	7	14,9	40	85,1	47	7,0		
Ev hanımı/işsiz	6	6,2	90	93,8	96	14,3		
Gelir Düzeyi								
Asgari ücretten az	21	12,9	142	87,1	163	24,3	2,556	0,465
Asgari ücret	15	15,8	80	84,2	95	14,2		
2600-4000 TL	17	11,3	133	88,7	150	22,4		
4001 TL ve üzeri	26	9,9	236	90,1	262	39,1		
Kronik Rahatsızlık								
Evet	9	9,4	87	90,6	96	14,3	0,629	0,428
Hayır	70	12,2	504	87,8	574	85,7		
Sigorta								
Yok	7	14,6	41	85,4	48	7,2	0,388	0,534
Var	72	11,6	550	88,4	622	92,8		
Sağlık Kurumuna Gitme								
1 Kez	29	14,9	166	85,1	195	29,1	3,037	0,219
2-4 Kez	26	9,6	245	90,4	271	40,4		
5 ve üzeri	24	11,8	180	88,2	204	30,4		

5.3. PAYDAŞ GRUPLARININ KULLANICI KATKILARINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİNE YÖNELİK İÇERİK ANALİZİ SONUÇLARI

Bu bölümde, yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilen nitel verilerin değerlendirilmesine ilişkin bulgular yer almaktadır. Nitel katılımcılara önceden hazırlanmış altı soru sorulmuş ve gerekli olan durumlarda ilave sorularla konu ve sorulara yönelik alınan cevaplar sonucunda ana temalar oluşturulmuştur. Görüşme formu aracılığı ile elde edilen temaların sunumunda bazı yanıtlardan doğrudan alıntılar yapılmıştır.

İçerik analizi neticesinde ortaya çıkan temalar ve görüşler şu şekildedir:

1. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanmalı mıdır?

Nitel katılımcılar sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısı olup olmaması hususunda farklı görüşler bildirmişlerdir. Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,21) sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulamasının olması gerektiğini ifade etmiştir. Kullanıcı katkısının olması gerektiğini ifade eden katılımcıların büyük çoğunluğu (%26,33) ise kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanması gerektiğini söylemiştir. Ayrıca kullanıcı katkılarının sağlık hizmeti sunucuları açısından daha kaliteli hizmet vermeleri, sağlık hizmeti kullanıcıları açısından ise daha değerli bir hizmet alımı için ve sağlık hizmetlerine ek finans sağlaması açısından uygulanması gereken doğru bir yöntem olduğunu belirten görüşler de ifade etmişlerdir. Kullanıcı katkısının uygulanmaması gerektiğini ifade eden nitel katılımcılar (15,78) ise, kullanıcı katkılarının anlamsız bir uygulama olduğunu, tüm vatandaşların GSS kapsamında olduğu ve sağlık hizmetleri için prim ödediklerinden kullanıcı katkısını ödememeleri gerektiğini ayrıca bu uygulamanın kişileri informal ödeme yapmaya yönelttiğini ifade eden görüşler bildirmişlerdir.

Tablo 5.32. “Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması olmalı mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	16	84,22
Gereksiz sağlık hizmeti kullanımı önler	5	26,33
Değerli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu sağlar	2	10,53
Sağlık hizmetleri finansmanına katkı sağlar	2	10,53
Sağlık hizmetlerine olan yoğunluğu azaltır	2	10,53
Sağlık hizmetlerine pozitif yönde etki eder	1	5,26
Sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlar	1	5,26
Sağlık hizmetlerinin kontrollü ve doğru kullanımı sağlar	1	5,26
İnformal ödemeleri önler	1	5,26
Doğal sevk sistemini uygulamayı sağlar	1	5,26
Hayır	3	15,78
Anlamsız bir uygulamadır	1	5,26
İnformal ödemelere yönelim olabilir	1	5,26
Sağlık hizmetleri ücretsiz sağlanmalıdır	1	5,26
Toplam	19	100.0

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısı uygulaması ile ilgili olarak nitel katılımcıların değerlendirmeleri aşağıda yer almaktadır:

“Kesinlikle olmalıdır. Kullanıcı katkıları uygulanmazsa sağlık hizmetlerine erişim daha kolay olacağı için kıymeti bilinmez. Sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanılmasına sebep olabilir. Bu doğrultuda kullanıcı katkılarının uygulanması reel sağlık harcamalarını azaltarak sağlık hizmetleri finansmanına pozitif yönde bir etki sağlar.” (G2, Y;50).

“Olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması gereksiz sağlık hizmetleri kullanımına sebep olur. Gerçekten hasta olanların sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmesi açısından kullanıcı katkıları caydırıcı bir uygulamadır.”(G3, Y; 41)

“Olmalıdır. Belirli bir bedel ödendiği için hem sağlık hizmeti kullanıcıları hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından karşılıklı olarak daha iyi hizmet akışı sağlanır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetinin kalitesini artırır. Ayrıca kullanıcı katkılarının uygulanması, sağlık hizmetlerine yönelik olan gereksiz talebi önlemektedir.” (G8, Y; 66)

“Olmalıdır. Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engelleyici ve kısıtlayıcı bir güçtür. Özellikle gereksiz yere yapılan ilaç yazımını ve kullanımını engellemektedir.”(G9, Y; 44)

“Olmamalıdır. Sağlık hizmetleri politikamız ve yönetimimiz tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunabilecek bir güçtedir. Bu nedenle kullanıcı katkıları anlamsız bir uygulamadır. Kullanıcı katkıları uygulamasıyla birlikte kapsam dışında kalan ilaç ve sağlık hizmetlerinin olması kişileri informal ödemeler yapmaya yöneltebilir.”(G10, Y; 47)

“Kesinlikle olmalıdır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımında caydırıcı bir güç olmanın yanı sıra özellikle başkaları adına ilaç yazılmasını önlediği için informal ödemeleri de engellemektedir. Kullanıcı katkısı uygulamaları hasta bazında değil ilaç alım bazında olmalı, kronik ilaçları değil akut tedavide kullanılan ilaçları içermelidir.”(G11,Y; 43)

“Olmalıdır. Kullanıcı katkılarının uygulanması gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemektedir. Kullanıcı katkıları sevk sisteminin doğal olarak uygulanmasını sağlar ve gereksiz sağlık hizmetleri talebini azaltır.”(G12, Y; 62)

“Olmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumu pahalı bir hizmettir. Bu sebepten kesinlikle kullanıcı katkıları alınmalı ve sağlık hizmeti kullanıcıları sağlık hizmetleri için gerekli olan finansmana katkı sağlamalıdır.” (G19, Y; 56)

2. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kullanıcı katkı oranları uygun miktarda mıdır?

Nitel katılımcıların sağlık hizmetlerinde uygulanan kullanıcı katkı oranları hakkındaki görüşleri farklılık göstermektedir. Çoğunluğu oluşturan görüş (%47,36), kullanıcı katkı oranlarının uygun olduğu yönündedir. Katılımcıların %21,06’sı kullanıcı katkı oranlarını az bulduğunu ve yükseltilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %21,06’sı kullanıcı katkı oranlarının yüksek olduğunu ve kullanıcı katkı oranlarının kişilerin gelir durumları ile orantılı olacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %10,52’si ise kullanıcı katkı oranlarının kaldırılması ve sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir.

Tablo 5.33. “Kullanıcı katkı oranları” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kullanıcı katkı oranları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Uygun buluyorum	9	47,36
Az buluyorum	4	21,06
Fazla buluyorum	4	21,06
Kullanıcı katkıları olmamalı	2	10,52
Toplam	19	100.0

Katılımcıların sağlık hizmetlerinde uygulanan mevcut kullanıcı katkısı oranları hakkındaki görüşleri, önerileri ve değerlendirmeleri aşağıdaki gibidir:

“Sağlık hizmetine olan ihtiyaca ve kişilerin gelir durumlarına göre ücret ödenmesi gerekir. Estetik ve temel hayati fonksiyonları etkilemeyen sağlık hizmeti taleplerinde kullanıcı katkı payları gelirle orantılı olacak şekilde yükseltilmelidir.”(G2, Y;51)

“Kullanıcı katkı oranlarını çok az buluyorum. Gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçilmesi açısından mevcut miktarları caydırıcı bulmuyorum ve oranların yükseltilmesi gerektiğini düşünüyorum.” (G3, Y;41)

“Farklı gelir düzeylerine göre cüzi miktarlarda kullanıcı katkı oranları uygulaması olmalıdır (asgari ücretle çalışanlar ile işsizlerden, işe girmemiş olanlar (örneğin öğrenciler) uygulamanın dışında tutulmalı). Ancak oranlar zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, vs.) olanlardan daha yüksek düzeylerde alınacak şekilde olmalıdır. Yüksek ücret alanlardan yüksek katkı payı sağlanmalıdır.” (G5, Y; 45)

“Kişilerin gelir durumları göz önüne alındığında kullanıcı katkı oranlarını uygun buluyorum.” (G8, Y; 66)

“Kamu hastaneleri için ödenen kullanıcı katkı oranları uygundur ancak özel hastanelere ödenen kullanıcı katkı oranları açık bir şekilde ifade edilmelidir. Sağlık hizmeti kullanıcıları hem hastaneye hem de eczaneye ayrı ödeme yaptıkları için eczacılar açısından problemler yaşanmaktadır. İlaçlardan alınan fiyat farkı kaldırılmalıdır. Üreme yöntemi tedavileri için alınan kullanıcı katkı oranlarının fiyatı yüksektir, daha uygun bir oranla yeniden bir fiyat düzenlemesi yapılmalıdır.” (G9, Y; 44)

“Sosyal devletin bir gereği olarak sağlık ücretsiz olmalıdır. Dolayısıyla mevcut uygulama fiyatları hiç olmamalı, sağlık hizmetleri tamamıyla ücretsiz olmalıdır.” (G10, Y;47)

“Kullanıcı katkı oranlarını fazla bulmaktayım. Kullanıcı katkı oranlarının çeşitliliği azaltılarak tek bir isim altında standartlaştırılmalıdır. Kişilerin gelir durumları saptanarak kullanıcı katkı miktarı belirlenmelidir.” (G11, Y; 43)

“Kullanıcı katkı oranları düşüktür. Amacına tam anlamıyla hizmet etmesi açısından ve daha kaliteli bir hizmet sunulması açısından kullanıcı katkı oranlarının yükseltilmesi gerekmektedir.” (G12, Y; 62)

“Kullanıcı katkı oranları bakıldığında düşükmüş gibi görünse bile kişilerin gelir düzeyleri farklılık gösterdiği için bazı dezavantajlı gruplara yüksek miktarda gelebilir. Bu sebeple kullanıcı katkı oranları gelir düzeyine göre belirlenmelidir.” (G13, Y; 31)

“Mevcut kullanıcı katkı oranları için normal bir ücret belirlenmiştir. Hastalık grupları dikkate alınarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aksatan kişiler daha fazla katkı oranı ödemelidir.” (G14, Y; 42)

“Özellikle sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan teknolojik alet ve cihazlar yurt dışından ithal edilmektedir. Çok pahalı olan sağlık hizmetlerinin sunumu asla ücretsiz olamaz dolayısıyla mevcut kullanıcı katkı oranları yetersizdir. Sağlık hizmeti kullanıcıları da finansmana önemli ölçüde destek olmalıdır. Kullanıcı katkı oranları yükseltilmelidir.” (G19, Y; 56)

3. Kişilerin gelir düzeyi saptanarak kullanıcı katkısı miktarı belirlenmeli midir?

Nitel katılımcılar farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınıyor olması hususundaki düşüncelerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %42,12’sini oluşturan büyük bir kısmı kullanıcı katkı miktarlarının kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olacak şekilde belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların % 21,06’sı herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının yanlış ve hatalı bir uygulama olduğunu belirtirken %15,8’i bu uygulamanın doğru olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %10,52’si aynı sağlık hizmeti sağlanması sebebiyle kişilerden aynı oranda kullanıcı katkı miktarı alınmasını sağlıkta eşitlik ve adaletli olma ilkesi açısından doğru bir uygulama olduğunu belirten görüşler bildirirken katılımcılardan biri bu uygulamayı yanlış bulup hiç kimseden kullanıcı katkısı alınmaması hususunda görüş bildirmiştir. Başka bir katılımcı ise kullanıcı katkı miktarlarının kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmesi gerektiğini, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine özen göstermeyen kişilerin daha fazla kullanıcı katkı miktarı ödemesi gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 5.34. “Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınması” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınıyor olması hususundaki düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Gelir durumları dikkate alınmalıdır	8	42.12
Yanlış ve hatalı bir uygulamadır	4	21.06
Doğru bir uygulamadır	3	15.78
Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmelidir	1	5.26
Eşitlik ilkesine uygun bir uygulamadır	1	5.26
Adaletli bir uygulamadır	1	5.26
Hiç kimseden alınmamalıdır	1	5.26
Toplam	19	100.0

Nitel katılımcıların farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınması hususundaki görüşleri, önerileri ve değerlendirmeleri şöyledir:

“Kullanıcı katkı tutarları gelirden bağımsız olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmelidir. Kişinin sağlık hizmeti alma sebebi kendi ihmalden kaynaklanıyor ise kullanıcı katkısı ödemeli kaynaklanmıyor ise sağlık hizmeti ücretsiz olmalıdır. Örneğin; Dişlerine iyi bakan ile bakmayan kişilerin aynı kullanıcı katkı miktarını ödemesi doğru değildir.” (G1, Y; 50)

“Farklı gelir gruplarından aynı miktarda kullanıcı katkısı alınıyor olması doğru bir uygulama değildir. Kişilerin ödemesi gereken kullanıcı katkı miktarı aylık net gelirleri üzerinden hesaplanmalıdır. Kişilerin vergi gruplarına göre ödeyecekleri kullanıcı katkı oranları güncellenebilir.”(G2, Y; 51)

“Gelir düzeyi meselesi hem dinamik hem de kolay denetlenebilecek bir değişken değildir. Gelir düzeylerine göre kullanıcı katkılarını ayarlamak işi zorlaştırır, sistemi daha karmaşık bir hale getirebilir. Toplumun genel ortalaması (alt gelir gruplarının zorlanmayacağı) üzerinden oranlama yapılmalı ancak alt gelir gruplarından ödemeyecek durumda olanlara dair bir düzenleme yapılabilir.” (G4, Y; 42)

“Kişilerin gelir durumları göz önüne alınarak tutarlar belirlenmelidir. Düşük gelir seviyesinde yer alan kişilere pozitif ayrımcılık yapılabilir. Ancak çok fazla dezavantajlı grupların kullanıcı katkılarından muaf tutulması, bu hususta suiistimallere sebep olabilir. Bu sebepten gelir düzeyleri net ve doğru bir şekilde belirlenmelidir. Sağlık hizmetlerinde adalet tam anlamıyla sağlanmalıdır.”(G8, Y; 66)

“Sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine uygun olarak yapılan bir uygulamadır. Kişiler aynı sağlık hizmetlerini aldıkları için ödemesi gereken miktarların da eşit olması gerekir.” (G9, Y; 44)

“Yanlış bir uygulamadır. Kişilerin gelir düzeyleri göz önüne alınarak ödeme yöntemleri geliştirilmelidir. Gelir düzeylerinin saptanması zor ve karmaşık bir işlem olacağı için sağlık hizmetlerinin tamamıyla ücretsiz olması, kullanıcı katkı oranı alınmaması daha doğru bir uygulama olacaktır.” (G10, Y; 47)

“Alınan sağlık hizmetleri aynı olduğu için ödenmesi gereken kullanıcı katkı oranları da eşit değildir. Kişilerin gelir düzeylerine göre ödeme yapması çok karmaşık ve zor bir uygulama olacağı için cüzi bir miktar belirlenmeli ve tüm vatandaşlar kullanıcı katkı payı ödemelidir.” (G12, Y; 62)

“Kullanıcı katkılarından en fazla dar gelirli vatandaşlar etkilenmektedir. Dar gelirli vatandaşlarımız kullanıcı katkısı ödeyemediklerinden sağlık kuruluşlarına başvuramamakta, kronik rahatsızlıkları için kullanmaları gereken ilaçlara ulaşamamaktadırlar. Bu açıdan her ne kadar vatandaşın kullanıcı katkısı almak yanlış olsa da dar gelirli vatandaşın kullanıcı katkısı almak daha büyük bir yanlıştır.” (G16, Y; 70)

“Eşitlik ilkesine uygun bir uygulamadır. Kişilerin özel ya da kamu hastanelerine başvurmaları ve farklı kullanıcı katkı payları ödemeleri kendi tercihlerine bırakılmıştır.” (G18, Y; 54)

4. Mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı gruplar dâhil edilerek uygulamanın kapsamı genişletilmeli midir?

Nitel katılımcılar, kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik geliştirilebilecek koruma mekanizmaları hususunda görüşlerini ifade etmişlerdir. Görüşler doğrultusunda en fazla ifade edilen düşünce % 42,12’lik bir oranla mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı grupların dâhil edilmesi ve uygulamanın bu yönde geliştirilmesi şeklinde olmuştur. Katılımcıların %21,6’sı kullanıcı katkılarında uygulanmakta olan mevcut koruma mekanizmalarının yeterli olduğunu ifade etmiştir. %15,78 oranında katılımcı muaf gruplar ya da koruma mekanizmaları yaratmak yerine herkesin ödeyebileceği bir miktar belirlenmesi gerektiğini ifade eden görüş bildirmişlerdir. %10,52 oranında katılımcı,

kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olacak şekilde kullanıcı katkısının herkesten alınması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 5.35. “Kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilmeli” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilmelidir?	Sayı	Yüzde
Dezavantajlı Gruplar muaf tutulmalıdır	8	42,12
Mevcut uygulama yeterlidir	4	21,06
Muaf grup yaratmak yerine uygun miktar belirlenmeli herkes ödemelidir	3	15,78
Gelir düzeyine göre ücret alınmalıdır	2	10,52
Sağlıkta şiddete başvuran ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetini aksatan kişiler daha fazla ödemelidir	1	5,26
Kullanıcı katkıları hiç alınmamalıdır	1	5,26
Toplam	19	100.0

Nitel katılımcıların kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik olarak geliştirilebilecek muafiyet mekanizmaları hususundaki düşünceleri, değerlendirmeleri ve önerileri aşağıdaki gibidir:

“Mevcut sistemde uygulanan koruma mekanizmaları yeterlidir. Özellikle Yeşil Kart bünyesinde yer alan kişilerle birlikte gelir durumu düşük olan kişiler koruma altına alınmaktadır.” (G1, Y; 50)

“Engelliler, şehit ve gazi yakınları, belirli gelir seviyesinin altındakiler gibi dezavantajlı gruplar kullanıcı katkılarından muaf tutulmalıdır.” (G2, Y; 51)

“Kişiler gelir testine tabi tutulmalıdır. Dezavantajlı gruplar gelir testi sonucuna göre belirlenmelidir. Örneğin; engellik dezavantajlı gruplar içerisinde yer alır fakat gelir durumu yüksek ise dezavantajlı grup olarak görülmemelidir. Kişiler yaklaşık bir yıl gibi bir süre içerisinde takip edilmeli ve ödeme yapma durumlarına göre gruplandırılmalıdır. Dezavantajlı gruplar içerisinde olan kişiler içinde belirli süreler içerisinde denetlemeler yapılmalı ve böylelikle dezavantajlı gruplar doğru tespit edilip adaletli bir koruma mekanizması geliştirilmelidir.”(G3, Y; 41)

“Asgari ücret ile geçinenler, işsizler ve öğrenciler gibi grupların katkıları devlet bütçesinden karşılanmalı, yoksul ve kronik hastalıklara, kansere hastalıklarına sahip olanlar muaf tutulmalı, sağlık sektöründe kamu hastanelerinin rekabet edecek hizmet

anlayışı ile vatandaşın cepten ekstra harcama yaparak özel sektöre gidişi engellenmelidir.”(G4, Y; 42)

“Bu konuda yürürlükte olan kullanıcı katkısı uygulamasının yeterli olduğunu düşünüyorum.” (G7, Y; 52)

“Belirli bir gelir seviyesinin altında yer alan kişilerden kullanıcı katkısı alınmamalıdır. Kullanıcı katkısı alınmaması gereken ilaçların sayısı artırılmalı ve ilaç fiyat farkları tamamen kaldırılmalıdır.” (G8, Y; 66)

“Tüm kronik hastalıkların ilaçları kullanıcı katkısı alınmadan ücretsiz olarak karşılanmalıdır. Sık gidilen ve tedavi süreci uzun olan sağlık hizmetlerinden dolayı oluşan kullanıcı katkısı ödemesi tek sefer olacak şekilde düzenlenmelidir.” (G9, Y; 44)

“Sosyal devletin bir gereği olarak sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz olmalı herhangi bir katkı payı alınmamalıdır. Kullanıcı katkıları sadece ilaçlar için alınmalı ve bu miktarlar kişilerin gelir seviyesi saptanarak belirlenmelidir. Hiç geliri olmayan kişilerin ilaçlara erişimi devlet tarafından ilgili bakanlıklar aracılığı ile sağlanmalıdır.” (G10, 47)

“Sadece ilaçlar için kullanıcı katkısı ödenmelidir. Ve bu oran %10’u geçmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca kullanıcı katkılarından muaf gruplar yaratmak yerine herkesin ödeyebileceği tek tip bir kullanıcı katkısı oluşturulmalı ve cüzi bir miktarda ücreti belirlenmelidir. Muaf grupların yaratılması özellikle ilaç alımında kişileri başkaları üzerinden ilaç yazdırılarak informal ödemelere yönlendirebilir.” (G11, Y; 43)

“Herkes kullanıcı katkısı ödemelidir. Gelir durumu olmayan ve ödeme güçlüğü çeken kişiler devletin ilgili bakanlıkları aracılığı ile ödemeleri yapılmalıdır.” (G12, Y; 62)

“Engelliler, kolluk görevlileri, çocuklar ve sağlık çalışanları kullanıcı katkılarından muaf tutulmalıdır. Ayrıca, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aksatan ve önemsemeyen bu sebepten sağlık hizmetine başvuran kişilerden ve sağlıkta şiddete başvuran kişilerden suçu ile ilgili bedeli ödendikten sonra sağlık hizmetlerine başvurduğunda daha fazla kullanıcı katkı ücreti alınmalıdır.” (G14, Y; 42)

“Gelir seviyesi temel alınarak ödeme şekli oluşturulmalıdır. Belirli bir gelir seviyesi belirlenip altında ve üstünde yer alan kişilere iki farklı ücret oluşturulmalıdır. Fakat bu miktarlar arasında çok büyük bir fark olmamalıdır.” (G15, Y; 48)

“Sağlık gibi hayati bir konuda tüm hizmetlerin vatandaşa eşit, kaliteli ve yeterli bir şekilde sağlanması gerekir. Kullanıcı katkılarının her vatandaştan alınması sağlık hizmetine ulaşılabilirliği engellemektedir. Bu bağlamda kullanıcı katkılarının prensipleri net bir şekilde ortaya konularak, yoksul, yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerden kullanıcı katkısı alınmamasını sağlayan mekanizmalar devreye sokulmalıdır.” (G16, Y; 70)

5. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde etkisi vardır mıdır?

Genel anlamda nitel katılımcılar; kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu etkisi, olumsuz etkisi, olumlu ve olumsuz etkisi ve etkisi olmadığı şeklindeki görüşlerini ifade etmişlerdir. Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu (%57,90), kullanıcı katkısı uygulamasının kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumu, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemesi, sağlık hizmetlerine olan bilinç düzeyini artırması, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmesi, sağlık hizmetlerine ek finans sağlama, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltması, informal ödemelerin önüne geçilmesi ve gereksiz ilaç kullanımını engellemesi gibi hususlarda etkisinin olduğunu belirterek kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde etkisi olduğu görüşünü ifade etmişlerdir. Katılımcıların %21,06’sı kullanıcı katkılarının belirsiz olması, herhangi bir caydırıcılığının olmaması ve nerelere kullanıldığının tam olarak açıklanmaması gibi sebeplerden kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %15,78’i ise kullanıcı katkılarının gereksiz ilaç yazımı ve kullanılmasının önüne geçilmesinde etkili olduğunu ancak kullanıcı katkıları uygulamasında ne kadar ücret toplandığı, toplanan ücretlerin nerelere harcandığı gibi hususlarda şeffaflık olmadığı, kişilerin bu hususlarda bilgilendirilmediği gibi sebeplerden sağlık hizmetlerinin gelişimini hem olumlu yönden hem de olumsuz yönden etkilediğini ifade etmiştir.

Tablo 5.36. “Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemesi” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemekte midir? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Olumlu yönde etkilemektedir	11	57,90
Olumsuz yönde etkilemektedir	4	21,06
Olumlu ve olumsuz yönde etkilemektedir	3	15,78
Etkisi yoktur	1	5,26
Toplam	19	100.0

Kullanıcı katkısının sağlık hizmetlerinin gelişimine etkisinin olup olmadığı, eğer etkiliyor ise hangi yönlerden ve nasıl etkilediğine ilişkin nitel katılımcıların düşünceleri ve önerileri şöyledir:

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine yönelik olumlu etkilerinin olduğunu belirten nitel katılımcıların önerileri:

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini pozitif yönde etkilemektedir. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebi azaltmaktadır. Kişilere sağlıklarını koruması adına bilinç sağlamakta ve koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmektedir.” (G1, Y; 50)

“Kesinlikle etkilemektedir. Gereksiz sağlık hizmetleri kullanımı azaltmakta ve dolayısıyla sağlık kurumlarının yoğunluğunun azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısı uygulanması daha kaliteli bir sağlık hizmet sunumu sağlamaktadır.” (G2, Y; 51)

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Bu uygulama ile sağlık hizmetleri finansmanına önemli ölçüde kaynak sağlanmaktadır. Özellikle ilaçlardan alınan kullanıcı katkı payları gereksiz ilaç kullanımı azaltmaktadır. Ayrıca kullanıcı katkıları, rasyonel ilaç kullanımına yardımcı olmaktadır.” (G8, Y; 66)

“Etkilemektedir. Sağlık hizmetlerine finans sağlaması açısından çok önemli bir uygulamadır. Kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri talebini azaltmaktadır. Ayrıca, kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek bazı yasa dışı davranışların önüne geçilmesinde etkilidir.” (G9, Y; 44)

“Olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için finans sağlamaktadır. Ayrıca; kullanıcı katkı miktarlarının yüksek olduğunu düşünen kişiler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini daha özenli ve dikkatli uygulayarak daha az sağlık hizmeti

talebi yaratmış olurlar. Böylelikle kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçilmesine ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkı sağlamış olur.” (G14, Y; 42)

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine yönelik olumsuz etkilerinin olduğunu belirten nitel katılımcıların önerileri:

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimi etkilememektedir. Bu uygulamanın herhangi bir caydırıcılığı yoktur. Bu hususta sağlık hizmeti kullanıcılarının bilgi düzeyi oldukça azdır. Bilgi düzeyi az olduğu için doğru sağlık hizmeti kullanımı sağlamamakta ve doğal sevk zinciri kullanımını devreye geçirememektedir.”(G3, Y; 41)

“Genel anlamda kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilememektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bir ülkede kişiler ödemelerinin nerelere gittiğini bilmedikleri için haliyle sistemin gelişimine bir etkileri bulunmamaktadır. Kullanıcı katkısının sağlık hizmetleri gelişimine olan olumlu etkisi gereksiz ilaç kullanımının engellenmesine sağlamış olduğu katkıdır.” (G11, Y; 43)

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilememektedir. T.C Sağlık Bakanlığı ve OECD 2019 yılı verilerinde “Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Uluslar Arası Karşılaştırması” incelendiğinde Türkiye %4,3 ile son sırada yer almaktadır. OECD ortalaması ise %8,8’dir. Vatandaştan ekstra kullanıcı katkısı alınmasına rağmen, Türkiye son yıllarda OECD ülkeleri arasında son sıradaki yerini korumaktadır.” (G16, Y; 70)

“Kullanıcı katkı oranları çok az miktarda olduğu için gereksiz sağlık kullanımının önüne geçememektedir. Bu sebepten kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilemek için kullanıcı katkı miktarlarının daha yüksek miktarlarda olması gerekir.” (G17, Y; 49)

“Ülkemizde adaletli bir sağlık sistemi olmadığı için olumsuz yönde etkilemektedir. Kullanıcı katkılarının sistem içerisinde nerelerde kullanıldığı net olarak belirtilmelidir. İyi bir sağlık hizmeti finansmanı olarak bilinen kullanıcı katkılarının yıl bazında toplamda ne kadar olduğu belirtilmelidir ancak o zaman sağlık hizmetlerinin gelişimini ne ölçüde etkilediği açık bir şekilde belirtilebilir.” (G19, Y; 56)

6. Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarının kapsamı genişletilmeli, konu hakkında bilgi düzeyi artırılmalı ve daha fazla ücret alınmalı mıdır?

Nitel katılımcılar, Türkiye’de uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkılarının değerlendirilmesine yönelik düşüncelerini ifade etmiştir. Buna göre katılımcıların %21,06’sı uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkısı yönteminin yeterli olmadığını, ödeme yapılan miktarın ve ödeyecek kişilerin yeniden düzenlenerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %21,06’sı uygulamanın sağlık hizmetleri finansmanı açısından faydalı olduğunu ancak sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını, uygulamanın daha verimli, etkin ve doğru kullanılması için kişilerin bu hususta bilgilendirilmesi gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir. Katılımcıların %10,52’si uygulamanın yeterli ve kullanıcı katkı oranlarının kişilerin ödeyebileceği miktarda olduğunu ifade ederken %21,06 oranında katılımcı ise kullanıcı katkısı oranlarının caydırıcı nitelikte olmadığını, yöntemin doğru kullanılması için ücretlerin artırılması gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir.

Tablo 5.37. “Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirme” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirmeleriniz nelerdir?	Sayı	Yüzde
Kapsamın genişliği artırılmalıdır	4	21,06
Bilgi düzeyi artırılmalıdır	4	21,06
Kullanıcı katkılarının miktarı artırılmalıdır	4	21,06
Yeterli ve uygun ücretli bir uygulamadır	2	10,52
Koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmeyenlerden daha fazla ücret alınmalıdır	1	5,26
Gelir düzeyine göre kullanıcı katkısı alınmalıdır	1	5,26
Kullanıcı katkıları uygulamasında şeffaflık olmalıdır	1	5,26
Akademik çalışmalara önem verilmelidir	1	5,26
Yöntem amacına uygun hizmet etmelidir	1	5,26
Toplam	19	100.0

Nitel katılımcıların Türkiye’de uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkısına yönelik genel değerlendirmeleri, düşünceleri ve önerileri şöyledir:

“Kullanıcı katkı sisteminin daha da geliştirilmesi gerekmektedir. Özellikle kişinin değiştirebileceği sağlık sonuçları bakımından kullanıcı katkı oranları oluşturulmalıdır. Hastalık teşhis ve tedavi sırasında özellikle kişiden kaynaklanan kötü yaşam şekli, sigara

ve alkol bağımlılığı, kişisel bakımına özen göstermeme gibi sebeplerden oluşan sağlık sorunlarına yönelik tespitler yapılmalı ve bu kişilerden daha fazla kullanıcı katkısı ücreti alınmalıdır.” (G1, Y; 50)

“Kullanıcı katkılarını destekliyorum. İnsanın genel sağlık problemi dışındaki sağlık hizmetleri ihtiyaçlarından doğan katkı ücretleri gelirle ilişkili olacak şekilde yükseltilmelidir. Önlenabilir hastalıklarda kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini yerine getirmeyen kişilere kullanıcı katkı oranları diğer kişilere göre daha yüksek olmalıdır. Ayrıca ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanıcı katkı paylarının diğer hizmetlere göre daha yüksek olması gerekmektedir.” (G2, Y; 51)

“Sağlık hizmeti kullanıcılarının kullanıcı katkısı konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdir. Sistemin daha iyi ve amacına uygun işlemesi açısından öncelikle kişilerin bilgi düzeyleri artırılmalıdır. 2005 tarihinde kaldırılan sevk zinciri geri gelmeli ve kullanıcı katkıları ile desteklenerek uygulanmaya konulmalıdır.” (G3, Y; 41)

“Hasta ile sağlıklı olanı seçmek açısından gerekli olan bir uygulamadır. Bu uygulama gereksiz ilaç ve sağlık hizmeti kullanımı engellenmektedir. Muayene katılım paylarının eczaneler aracılığı ile alınması hastanelerin yoğunluğunu azaltmak açısından yapılan önemli ve doğru bir uygulamadır.” (G8, Y; 66)

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmeti kullanıcılarına açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmalıdır. Özellikle bu konuyu anlatan kamu spotları ekranlarda ve medyada sıkça yer almalıdır. Toplanan kullanıcı katkı miktarlarının sağlık hizmetleri finansmanındaki payı net ve açık bir şekilde belirtilmeli ve bu paranın büyük çoğunluğu sağlık okuryazarlığı için harcanmalıdır. Kullanıcı katkıları eczacılar açısından anlatılması ve açıklanması güç bir problemdir. Bu hususta bakanlık tarafından eczacıların yükünü hafifletecek çalışmalar ve uygulamalar yürürlüğe koyulmalıdır. Kullanıcı katkısı ücretlerinin alım şeklinin değiştirilmesi gerekmektedir. Eczacıların da iş yükünü azaltmak açısından kullanıcı katkıları belli bir miktara ulaşıncaya ya da bir yılın sonunda toplu olarak eczanelere ödenebilir.” (G9, Y; 44)

“Sağlık okuryazarlığı geliştirilmeli ve insanlar kullanıcı katkısı konusunda bilinçlendirilmelidir. Hastanelerin yükünü azaltmak için eczacılar aracılığı ile tahsil edilen kullanıcı katkıları eczacıları zor durumda bırakmakta ve iş yüklerini artırmaktadır. Bedava olarak algılanan sağlık hizmetleri, kişiler eczaneye gidip ödeme yaptıklarında bazı belirsizlikler ortaya çıkmakta ve eczacılar durumu açıklamakta yetersiz kalmaktadır.

Eczacılar bu konuda talepte bulunmuş fakat olumlu bir karşılık görmemişlerdir. Kullanıcı katkılarının insanlara almış oldukları sağlık hizmetinin bedeli olduğu, bu bedelin eczacılar aracılığı ile alındığı açık bir şekilde anlatılmalıdır. Sağlık hizmetleri finansmanı içerisinde toplam yapılan kullanıcı katkılarının miktarı tam olarak açıklanmamaktadır. Kullanıcı katkılarının toplanmasında ve toplanan bedelin nerelere harcandığı konusunda şeffaflık olması gerekmektedir.” (G10, Y; 47)

“Amacına hizmet etmemektedir. İnsanlar, eczanelere ödemiş oldukları paranın belli bir kısmının kullanıcı katkısı payı olduğunu bilmemeleri, bu parayı eczacıların kendileri için tahsil ettiğini zannetmeleri eczacılar üzerinde bir yük oluşturmaktadır. Bu konuda vatandaşlarda oluşan yanlış algı sebebiyle bu uygulama pozitif olarak değerlendirilemez. Kamu spotu yapılarak bu durum insanlara doğru, açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmalıdır.” (G11, Y; 43)

“Kullanıcı katkısı uygulaması, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemektedir. Kullanıcı katkıları ile birlikte aile hekimliğine olan talep artmış ve ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri oldukça gelişmiştir. Sağlık hizmetlerine belli bir miktarda ödeme yapılması, sunulan ve alınan sağlık hizmetleri kalitesini artırmaktadır.” (G12, Y; 62)

“Mevcut sistemin kişilerin gelir düzeylerine göre genişletilmesi ve daha kapsamlı hale getirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Kullanıcı katkıları, gereksiz sağlık kurumlarına başvurulmasını belli bir oranda azaltmaktadır.” (G13, Y; 31)

“Mevcut uygulamaya ek olarak, ödenen miktarlar gelir seviyesi tespit edilerek yeniden düzenlenebilir. Kullanıcı katkılarının alınması sağlık hizmetlerinin değerini ve kalitesini artırmakta, hastaların ve sağlık hizmeti sunucularının daha özenli ve dikkatli davranmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca ilaçlarda uygulanan kullanıcı katkıları ile birlikte gereksiz ilaç kullanımının da önüne geçilmektedir.” (G15, Y; 48)

“Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir ve devlet tarafından tek elden sağlanmalıdır. Bu bağlamda, vatandaştan alınan kullanıcı katkılarıyla birlikte sağlık hizmetine erişimde eşitsizlikler ortaya çıkmakta, yoksul kesimlerin sağlık hizmeti alması zorlaşmaktadır. Bu bağlamda sorunların tespit edilmesi adına özellikle yoksul vatandaşların görüş ve talepleri doğrultusunda hareket edilmelidir. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerine sağladığı etkileri analiz eden çalışmalara önem verilmelidir.” (G16, Y; 70)

“Kullanıcı katkı miktarlarının çok az olması uygulamanın amacına hizmet edememesine sebep olmaktadır. Kullanıcı katkılarının daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek ve sağlık hizmetlerine olan talepleri azaltılmak için kullanıcı katkılarının daha caydırıcı miktarda olması gerekmektedir. Böylelikle hasta olan ve olmayan daha iyi ayırt edilebilir ve hastanelerin yoğunluğu azaltılabilir.” (G17, Y; 49)

“Sağlık hizmetleri çok pahalı hizmetler olduğu için değerinin daha iyi bilinmesi, etkin ve verimli şekilde kullanılabilmesi için daha yüksek tutarda kullanıcı katkısı ücretleri alınmalıdır. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri finansmanındaki payı net olarak belirtilmelidir. Ayrıca kullanıcı katkı payları eczaneler tarafından değil hastaneler tarafından tahsil edilmelidir. Böylelikle gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne zamanında ve kolay şekilde geçilebilir.” (G19, Y; 56)

6. TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık hizmeti tüketicilerinin kullanıcı katkılarına ilişkin bilgi düzeyleri ve görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde etkisi olan paydaşların kullanıcı katkısı uygulaması konusundaki görüşlerini belirlemek, bu görüşler doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve Türkiye'nin bu yöndeki politikalarına ilişkin önerilerde bulunmak amaçlar arasındadır. Araştırmanın nicel bulguları ve nicel bulgulara yönelik tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 1: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının miktarını bilmemektedir. Kullanıcı katkılarının miktarını bilme durumu nicel katılımcıların gelir düzeyi ve sağlık sigortasından etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının miktarını bilmemektedir. Nicel çalışmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğu (%84,6) kullanıcı katkılarının miktarını bilmemektedir. Yapılan çeşitli çalışmalar araştırmanın bu bulgusunu desteklemektedir. Sarı (2021) tarafından yapılan çalışmada kullanıcı katkılarının miktarı muayene, ilaç ve tıbbi malzeme kullanıcı katkısı miktarı şeklinde ifade edilmiştir. Katılımcıların %65,8'i muayene kullanıcı katkısı miktarını, %79,2'si ilaç katkı payını, %90,4'ü ise tıbbi malzeme kullanıcı katkısının miktarını bilmediğini belirtmiştir. Sezer Korucu (2019) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %66,8'i devlet hastanesi kullanıcı katkısı miktarını, %78,4'ü üniversite hastanesi kullanıcı katkısı miktarını, %68,8'i özel hastane kullanıcı katkısı miktarını, %74,1'i ise ilaç kullanıcı katkısı payını bilmedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Sezer Korucu (2017) tarafından yapılan "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma" adlı çalışmada ise katılımcıların çoğunun kullanıcı katkısı hakkında bilgisi olmadığı ve katılımcıların ödeme yaptıklarını ancak ne kadar ödeme yaptıklarını bilmedikleri tespit edilmiştir. Kullanıcı katkısının miktarının bilinmemesi sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konuda yeterli düzeyde bilgi sahibi ve bilinçli sağlık tüketicileri olmamasından kaynaklandığı söylenebilir.

Kullanıcı katkılarının miktarını bilme ile nicel katılımcıların gelir düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır. Nicel katılımcıların gelir düzeyi arttıkça kullanıcı katkısının miktarını bilme oranları da artmaktadır. En az bilgi düzeyine sahip olan asgari ücretten az geliri olan

katılımcıların %9,2'si kullanıcı katkılarının miktarını bilirken aylık 4001 TL ve üzerinde gelire sahip olan katılımcılarda ise bu oran %20,6'dır. Düşük gelir düzeyine sahip olan kişilerin aynı zamanda eğitim düzeylerinin ve dolayısıyla refah seviyelerinin de düşük olması, sağlık hizmetleri finansmanı konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, yeterinde araştırmacı ve sorgulayıcı olmaması gibi faktörler, sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinden olan kullanıcı katkılarının miktarının bilinmemesine sebep olabilir. Ayrıca düşük gelir düzeyine sahip kişilerin maddi olanaksızlardan dolayı sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntılar yaşaması ve dolayısıyla sağlık hizmeti kullanımları yüksek gelirli kişilere göre daha az olduğu için kullanıcı katkı miktarlarını bilmedikleri söylenebilir.

Kullanıcı katkılarının miktarını bilme sağlık sigortalı olma durumundan etkilenmektedir. Sağlık sigortası olan nicel katılımcıların kullanıcı katkısı miktarını bilme oranları, sigortası bulunmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Kullanıcı katkısı miktarlarını bilme durumu, sağlık sigortası olan katılımcılarda %16,1 iken sağlık sigortası olmayan katılımcılarda %6,2'dir. Sağlık sigortası olmayan kişiler genellikle herhangi bir işte çalışmayan, gelir düzeyi düşük ve sağlık sigortası primlerini ödeyecek güce sahip olmayan kişilerden oluşmaktadır. Sağlık sigortası olmayan kişiler sağlık hizmeti kullanımlarında çok fazla ödeme yapacakları düşüncesi ile sağlık hizmetlerini fazla kullanmamaları kullanıcı katkı miktarlarını bilmemelerinde bir sebep olduğu söylenebilir.

Bulgu 2: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilmektedir. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumu nicel katılımcıların medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve sağlık sigortasından etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilmektedir. Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu (%70,1) eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilmektedir. Sezer Korucu (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilenlerin oranı % 77,2'dir. Kişilere ilaç alım sırasında ödenecek

bedelin açıklamasının yapıyor olması kişilerin bu hususta bilgi sahibi olmalarında bir etken olabileceği söylenebilir.

Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumu ile nicel katılımcıların medeni durumu arasında bir ilişki bulunmaktadır. Evli olan katılımcıların (%72,5), bekâr olan katılımcılara (%66,1) göre eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme oranı daha yüksektir. Evli olan kişilerin bu durumu bilme oranlarının daha fazla olması bu kişilerin aynı zamanda çocuk sahibi de olabileceği için daha fazla sağlık hizmetlerine başvurdukları ve daha fazla ilaç kullandıklarından kaynaklandığı söylenebilir.

Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumu ile nicel katılımcıların eğitim durumu arasında bir ilişki bulunmaktadır. Nicel katılımcıların eğitim durumu arttıkça eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme oranları da artmaktadır. Bu durum eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin aynı zamanda daha bilinçli ve sağlık okuryazarlığının daha yüksek olmasından, Ülkenin sağlık sistemi hakkında daha fazla bilgiye sahip olmasından ve sağlık harcamalarını bilinçli bir şekilde kontrol etmelerinden kaynaklandığı söylenebilir.

Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumu ile nicel katılımcıların meslekleri arasında bir ilişki bulunmaktadır. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belirli bir bölümünün sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme oranı en yüksek meslek grubu kendi işini yapanlar (%74,9) iken en az bilgi düzeyine sahip meslek grubu ise öğrencilerdir (%53,2). Öğrencilerin en az bilgi düzeyine sahip olmasında bu meslek grubundaki kişilerin sağlık harcamalarının çoğunlukla aileleri tarafından karşılanıyor olmasından kaynaklı olabileceği söylenebilir. Kendi işini yapan kişilerin eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belirli bir bölümünün sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilmelerinde bu kişilerin finansal açıdan diğer meslek gruplarına göre daha disiplinli ve düzenli olmaları, ödemelerini daha düzenli ve planlı yapıyor olmaları ve gelir ve giderlerini kontrol ediyor olmalarından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Eczaneye  denen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumu ile nicel katılımcıların gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunmaktadır. Nicel katılımcıların gelir düzeyi arttıka eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumları da artmaktadır. Gelir düzeyi yüksek olan kişilerin bilgi düzeylerinin de yüksek olması bu kişilerin sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarından ve sağlık hizmetlerinin gerektirdiği maliyetleri karşılama potansiyellerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Eczaneye  denen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumu ile nicel katılımcıların sağlık sigortalısı olma arasında bir ilişki bulunmaktadır. Sağlık sigortası olan katılımcıların eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme oranları sigortası olmayan nicel katılımcılara göre daha yüksektir. Bu durum sağlık sigortası olan kişilerin belirli miktarlarda prim ödemelerinden dolayı sağlık hizmetleri finansmanı konularına daha h kim olduklarından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca sigortası olan kişilerin kullanıcı katkı ödemelerinin maaşlarından kesiliyor olması bu kişilerin konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasında etken olabileceği söylenebilir.

Bulgu 3: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğunun kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgisi yoktur. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyi katılımcıların eğitim durumu, meslek ve sağlık sigortasından etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgi sahibi değildir. Nicel katılımcıların %84,8'inin kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilgisi yoktur. Nicel çalışmaya katılan kişilerin kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeylerinin düşük olmasında kullanıcı katkıları hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları, eczacıların ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının kişileri bu konularda bilgilendirmediğinden kaynaklı olabileceği söylenebilir. Ayrıca sağlık hizmetleri finansmanı konusunun karmaşık ve zor anlaşılır olmasından dolayı kişilerin sadece kendini ilgilendirdiği konular hakkında bilgi sahibi olduğu söylenebilir.

Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyi nicel katılımcıların eğitim durumundan etkilenmektedir. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyi en az olan eğitim durumu ilköğretim ve altı olan katılımcılar (%7,8) iken en yüksek bilgi düzeyine sahip olan kişiler lise mezunlarıdır (%13,7). İlköğretim ve altı mezun olan kişilerin kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında düşük bilgiye sahip olmalarında bu kişilerin eğitim düzeyleri düşük olduğu için sağlık hizmetlerine başkalarının yardımları ile başvurduklarından kaynaklı olabileceği söylenebilir. Ayrıca eğitim düzeyi düşük olan kişilerin kullanıcı katkısı konusunda da yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve sağlık okuryazarlıklarının düşük olduğu söylenebilir.

Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyi nicel katılımcıların mesleklerinden etkilenmektedir. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyi en yüksek olan meslek grubu kendi işini yapanlar iken en düşük bilgi düzeyine sahip meslek grubu ise ev hanımı/işsizlerdir. Kendi işini yapan meslek grubunun en yüksek bilgi düzeyine sahip olmasında bu kişilerin kendi sigortalarını kendilerinin ödemesi ve mesleklerinden dolayı her gruptan insan tanımalarının etkisi olabileceği söylenebilir. Ayrıca kendi işini yapan kişilerin iş kazasından ve kazalardan kaynaklı acil servis hizmetlerini daha fazla kullanabileceklerinden dolayı kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları söylenebilir.

Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyi nicel katılımcıların sağlık sigortalı olma durumundan etkilenmektedir. Sağlık sigortası olan katılımcıların kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyi sigortası olmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Sağlık sigortası olan kişilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasında bu kişilerin sağlık hizmetlerini sigortası olmayan kişilere göre daha fazla kullandıklarından dolayı konu hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları söylenebilir. Ayrıca sağlık sigortasının sağlık hizmetleri kullanımını kolaylaştırıcı bir faktör olması da sigortası olan kişilerin bilgi düzeylerinin yüksek olmasında bir sebep olabileceği söylenebilir.

Bulgu 4: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarında dolayı hastaneye gitmekte sıkıntı yaşamamaktadır. Kullanıcı katkılarında dolayı hastaneye gidememe durumu nicel katılımcıların yaş ve gelir düzeyinden etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye erişimde sıkıntı yaşamamaktadır. Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu (%89,9) kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gitmekte sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. Araştırmanın bu bulgusu Ceylan (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışma ile farklılık göstermektedir. Ceylan (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu sorusuna katılımcıların %51,2 evet cevabı ile ücret alındığından dolayı hastaneye gitmedikleri gözlenirken, %48,8'inin ise hayır cevabı ile ücret alınımından dolayı hastaneye gitmeme durumlarının olmadığı anlaşılmıştır. Araştırma bulgularının farklılık göstermesi araştırmaya katılan katılımcıların gelir düzeylerinin farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu çalışmada yer alan katılımcıların gelir düzeyinin büyük çoğunluğu %39,1 ile 4001 TL ve üzerinde kişilerden oluşurken, Ceylan (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmaya katılan kişilerin gelir düzeyinin büyük çoğunluğu ise % 28,2 ile 1501-2500 arasında gelir düzeyine sahip olan kişilerden oluşmaktadır.

Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidememe durumu ile nicel katılımcıların yaşı arasında bir bağlantı bulunmaktadır. 30 yaş ve altında yer alan katılımcıların, 31-39 yaş ve 40 yaş ve üzerindeki katılımcılara göre kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidememe oranları daha yüksektir. 30 yaş ve altında yer alan kişilerin kullanıcı katkılarından dolayı daha az hastaneye gitmelerinde bu kişilerin öğrenci olması, mezun olup henüz bir meslek sahibi olmaması gibi ekonomik yetersizliklerin sebep olduğu söylenebilir.

Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidememe durumu ile nicel katılımcıların gelir düzeyi arasında bir ilişki bulunmaktadır. Gelir düzeyi asgari ücretten az olan katılımcıların kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidememe oranları daha yüksektir. 4001 TL ve üzeri aylık gelir ile en yüksek gelir düzeyinde yer alan katılımcılar kullanıcı katkılarından en az etkilenen ve hastaneye gidememe durumları en düşük oranı oluşturmaktadır. Asgari ücretten az gelir düzeyine sahip olan kişilerin ekonomik sıkıntılardan dolayı kullanıcı katkılarını ödemekte güçlük çektikleri ve bu sebepten hastaneye gidemedikleri söylenebilir. Tam tersi durum olan yüksek gelirli kişilerin ise refah seviyelerinin yüksek olması ve ekonomik sorunlar yaşamadıklarından dolayı kullanıcı katkılarından etkilenmeden hastaneye gidebildikleri söylenebilir.

Bulgu 5: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alımlarında sıkıntı yaşamamaktadır. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu nicel katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve sağlık sigortasından etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılan kişilerin büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alımlarında sıkıntı yaşamamaktadır. Nicel katılımcıların %86,3'ü kullanıcı katkılarından etkilenmeden ilaç alabildiklerini ifade etmiştir. Sarı (2021) ve Ceylan (2017) tarafından yapılan çalışmalar araştırmanın bulgusunu desteklemekte ve kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alımlarında sorun yaşanmadığını göstermektedir. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç erişimlerinde bir sıkıntı yaşanmaması kişilerin bu ödemeleri yapacak ekonomik düzeye sahip olduğu ve ayrıca sağlık hizmeti alan kişilerin hastalık veya sakatlık gibi sağlık sorunlarından bir an önce kurtulabilmek amacıyla bu ücretlere katlanabildikleri söylenebilir.

Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu ile nicel katılımcıların yaşı arasında ilişki bulunmaktadır. 30 yaş ve altında yer alan katılımcılar diğer yaş aralığındaki katılımcılara göre kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama oranı daha yüksektir. 30 yaş ve altında yer alan kişilerin kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamıyor olmalarında bu kişilerin öğrenci olması, mezun olup henüz bir meslek sahibi olmaması gibi ekonomik yetersizliklerin sebep olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu ile nicel katılımcıların medeni durumu arasında ilişki bulunmaktadır. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu evli katılımcılara oranla bekâr katılımcılarda daha yüksektir. Bekâr kişilerin kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamamasında ekonomik açıdan yeterli düzeye erişemediği, sağlık harcamaları yeteri kadar bütçe ayıramadığı ya da harcamalarını sağlık dışından farklı sektörlere yaptığı söylenebilir. Ayrıca bekâr olan kişilerin ilaç almadan da idare edebileceği ancak evli olan kişilerin aynı zamanda çocuk sahibi olması ilaç alımlarını zorunlu kılabileninden dolayı kullanıcı katkılarından etkilenmedikleri söylenebilir.

Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu ile nicel katılımcıların eğitim durumu arasında ilişki bulunmaktadır. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadıklarını ifade eden katılımcıların büyük çoğunluğunu lise mezunu olan kişiler (18,6) oluşturmaktadır. Diğer bir ifade ile kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alımlarında en fazla sıkıntı yaşayan katılımcı grubu lise mezunlarıdır. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alımlarından en az etkilenen

grup ise lisans ve üstü (10,7) katılımcılardır. Lisans ve üstü katılımcıların kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alımlarından en az etkilenmesinde, bu grupta yer alan kişilerin aynı zamanda iyi bir meslek sahibi olduğu ve dolayısıyla gelir düzeylerinin de yüksek olduğundan kaynaklı olduğu söylenebilir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık harcamaları konusunda daha bilinçli olduğundan ve sağlık sigortası kapsamında yer almasından dolayı da en az etkilenebilecek grup olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu ile nicel katılımcıların mesleği arasında ilişki bulunmaktadır. Nicel katılımcılarda kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu en düşük olan katılımcı grubu kamu sektörü ücretliler iken, kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu en yüksek olan grup emeklilerdir. Emekli olan kişilerin kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamamasında bu kişilerin sağlık harcamalarının yaş itibari ile artıp emekli olduktan sonra aylık gelirinin azalmasından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu ile nicel katılımcıların gelir düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu en yüksek olan katılımcı grubu asgari ücret ve altında gelire sahip olan katılımcılar iken kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu en düşük olan katılımcı grubu 4001 TL ve üzerinde gelire sahip olanlardır. Asgari ücret ve altında gelire sahip olan kişiler ekonomik olarak yeterli düzeyde olamadıkları için sağlık harcamalarına yeterli finansman ayıramadıkları söylenebilir. Ayrıca asgari ücret ve altında yer alan kişilerin kullanıcı katkısından daha fazla etkilenip ilaç alımlarında daha fazla sıkıntı yaşamasında diğer gelir düzeyinde yer alan gruplara oranda daha az sağlık sigortalısı olduklarından ve dolayısıyla ilaç bedellerinin daha yüksek miktarda olmasından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu ile nicel katılımcıların sağlık sigortalısı olmaları arasında ilişki bulunmaktadır. Sigortası olmayan katılımcıların sigortası olanlara göre kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama oranları daha yüksektir. Başka bir ifade ile sağlık sigortası olmayan katılımcılar kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alımlarında sigortası olan katılımcılara göre daha olumsuz şekilde etkilenmektedir. Sağlık sigortasının ilaç alımlarında cepten ödemeyi gerektirmemesi ya da ilaç için ödenecek olan miktarı azaltması nedeniyle sigortası olan kişilerde kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama oranının daha düşük olduğu söylenebilir.

Bulgu 6: Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu sağlık kurumları seçimlerinde kullanıcı katkısından etkilenmemektedir. Sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi nicel katılımcıların cinsiyet, meslek, kronik rahatsızlık ve sağlık kurumuna gitmesi faktörlerinden etkilenmektedir.

Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu sağlık kurumu seçimlerini kullanıcı katkısından etkilenmeden yapmaktadır. Nicel çalışmaya katılanların %37,9'u sağlık kurumları seçiminde kullanıcı katkısından etkilenmekte, katılımcıların % 62,1'i ise sağlık kurumu seçimlerinde kullanıcı katkısından etkilenmemektedir. Çalışmaya katılan kişilerin kullanıcı katkıları konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaması, sağlık hizmeti sunucularının da kişileri bu yönde bilgilendirmemesi ve dolayısıyla kullanıcı katkılarının amacına uygun kullanılmaması sebebiyle sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık kurumu seçimlerini kullanıcı katkısından etkilenmeden yaptığı söylenebilir.

Sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi ile nicel katılımcıların cinsiyeti arasında ilişki bulunmaktadır. Kadın katılımcıların sağlık kurumu seçimlerinde kullanıcı katkısının etkisi olduğu durumu erkek katılımcılara oranla daha yüksektir. Kadınların doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası süreçlerinden dolayı sağlık kurumları tercihlerinde daha fazla bilgiye sahip oldukları ve kadınların çocuklarından dolayı daha fazla sağlık kurumlarına başvurduklarından dolayı da ayrıca bilgili oldukları söylenebilir.

Sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi ile nicel katılımcıların meslekleri arasında ilişki bulunmaktadır. Ev hanımı/işsiz olan katılımcıların sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisinin olduğunu kabul etme durumu öğrenci olan katılımcılara oranla daha yüksektir. Ev hanımı/işsiz olan kişilerin sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi olduğunu ifade etmelerinde bu grupta yer alan kişilerin genellikle kadınlardan oluşması ve kadınların doğum, hastalık gibi durumlarda daha özenli, dikkatli ve bilgili olmalarının etkisi olduğu söylenebilir. Ayrıca ev hanımı/işsiz kişilerin gelir düzeylerinin düşük olması sebebiyle sağlık harcamalarında daha dikkatli olduğu ve dolayısıyla sağlık kurumları seçimlerini kullanıcı katkısının etkisi ile yaptığı söylenebilir.

Sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi ile nicel katılımcıların kronik rahatsızlıkları arasında ilişki bulunmaktadır. Kronik rahatsızlığı olan katılımcıların sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi olduğunu belirtme oranları kronik

rahatsızlığı olmayan katılımcılara göre daha yüksektir. Kronik rahatsızlığı olan katılımcıların sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi olduğunu belirtmelerinde bu kişilerin daha yoğun sağlık hizmeti kullanmaları dolayısıyla sağlık kurumları seçimlerinde daha deneyimli ve bilgili olduklarından ve ayrıca daha fazla sağlık kurumuna gitmeleri sebebiyle ekonomik olarak daha temkinli olmalarından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi ile nicel katılımcıların sağlık kurumuna gitme sayıları arasında ilişki bulunmaktadır. Yılda ortalama beş ve üzerinde sağlık kurumuna giden katılımcılarda sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkisi olduğunu belirtme oranları daha yüksektir. Sağlık kurumuna gitme sayısı beş ve üzerinde olan katılımcıların sağlık kurumları seçiminde kullanıcı katkılarının etkili olduğunu belirtmelerinde, sağlık kurumlarını daha sık kullanmaları ve kullanıcı katkıları hakkında daha fazla bilgiye sahip olmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca sağlık hizmetlerini çok sık kullandıkları için ekonomik açıdan daha dikkatli ve özenli davranarak sağlık kurumu seçimi yaptıkları söylenebilir.

Bulgu 7: Nicel çalışmaya katılanların çoğu kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilemediğini düşünmektedir. Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesine olumlu yönde etkisi olma durumu nicel katılımcıların cinsiyetinden etkilenmektedir.

Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilemediğini düşünmektedir. Nicel katılımcıların % 68,5'i kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri kalitesine olumlu yönde etki yaratmadığını % 31,5 oranında katılımcı ise olumlu yönde etki yarattığını düşünmektedir. Kişilerin kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri kalitesine olumlu yönde etkisinin olmadığını düşünmelerinde; kullanıcı katkısı yönteminin sağlık sistemi içerisinde amacına uygun olarak kullanılmaması, kullanıcı katkısı ücretlerinin sağlık hizmetleri kalitesini artıracak nitelikte olmaması ve toplanan kullanıcı katkısı miktarlarının sağlık hizmetleri sunumuna yönelik aktarılmadığı gibi sebeplerden kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesine olumlu yönde etkisi olma durumu ile nicel katılımcıların cinsiyeti arasında ilişki bulunmaktadır. Erkek katılımcıların kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini artırdığı düşüncesi kadın katılımcılara oranla daha yüksektir. Erkek katılımcıların kullanıcı katkısı alınmasının

sağlık hizmetleri kalitesini artırdığını düşünmelerinde, sağlık hizmetleri kullanıcısının kadın da olsa erkekte olsa genellikle sağlık harcamalarından doğan finansal ödemeleri erkeklerin yapıyor olmasından, ayrıntılı şekilde değerlendirme yapmamalarından ve memnuniyet düzeylerinin kadınlara oranla daha düşük olmasından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Bulgu 8: Nicel katılımcıların çoğu herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasını doğru bulmamaktadır. Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olup olmadığı durumu nicel katılımcıların meslek, eğitim ve gelir düzeyinden etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasını doğru bulmamaktadır. Nicel katılımcıların % 65,8'i kullanıcı katkılarının herkesten aynı miktarda alınmaması gerektiğini ifade ederken %34,2 oranında katılımcı ise herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması gerektiğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasını doğru bulmamalarında gelir düzeylerinin farklılık göstermesi, ödenen kullanıcı katkısı ücretlerinin herkes için aynı olmasına karşın ödeme gücünün kişileri farklı şekillerde etkiliyor olması ve kişilerin sağlık hizmetlerinde eşitlikten çok adil olunması gerektiğini savunuyor olmalarından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olup olmadığı durumu nicel katılımcıların eğitim durumundan etkilenmektedir. Eğitim durumu lise olan katılımcıların herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu belirtme oranları lisans ve üstü katılımcılara oranla daha yüksektir. Lise mezunu olan katılımcılar diğer eğitim düzeyinde yer alan gruplara oranla herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu düşünmektedir. Lisans ve üstü eğitim düzeyinde yer alan katılımcılar ise herkesten aynı oranda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu en az düşünen gruptur. Lise mezunu kişilerin herkesten aynı oranda kullanıcı katkısı alınmasını doğru bulmasında uygulamanın eşitlikçi bir yapıda olması, sağlık hizmetlerini daha genel bir bakış açısıyla değerlendirmeleri ve alınan sağlık hizmetleri aynı olduğu için ödenmesi gereken kullanıcı katkısı miktarının da herkes için aynı olması gerektiğini düşündüklerinden kaynaklandığı söylenebilir. Lisans ve üstü mezun olan kişiler sağlık hizmetlerinde uygulanan kullanıcı katkılarının eşitlikten çok adaletli olmasını ve kişilerin gelir düzeyine oranla kullanıcı katkısı miktarı oluşturulması

gerektiğini savunduklarından dolayı herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasını daha az doğru buldukları söylenebilir.

Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olup olmadığı durumu nicel katılımcıların mesleğinden etkilenmektedir. Mesleği kendi işi olan katılımcıların herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu belirtme oranları emekli olan katılımcılara oranla daha yüksektir. Kendi işini yapan katılımcılar diğer meslek gruplarına oranla herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu düşünmektedir. Emekli olan katılımcılar ise herkesten aynı oranda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu en az düşünen gruptur. Emekli olan kişilerin herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasını diğer mesleklere oranla daha az doğru bulmasında, bu kişilerin emekli olmakla birlikte gelir düzeylerinin düşmesi ve dolayısıyla kullanıcı katkılarının kişilerin aylık gelirleri üzerinden alınmasının daha doğru bir uygulama olacağı düşüncesinde olduklarından kaynaklı olabileceği söylenebilir. Ayrıca emekli olan kişilerin belirli bir yaşın üzerinde olması sebebiyle daha fazla hastalık riski taşımaları ve sağlık hizmetlerini daha yoğun kullanıyor olmaları da herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmamasını gerektiğini savunmalarında bir sebep olabileceği söylenebilir.

Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olup olmadığı durumu nicel katılımcıların gelir düzeyinden etkilenmektedir. Gelir düzeyi asgari ücret olan katılımcılar diğer gelir düzeyinde yer alan gruplara oranla herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu düşünmektedir. Gelir düzeyi asgari ücretten az olan katılımcılar ise herkesten aynı oranda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu en az düşünen gruptur. Asgari ücretten az geliri olan kişilerin herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasını doğru bulmamaları, herkesin aynı gelire sahip olmadığı için ödenecek kullanıcı katkısının kişileri farklı şekillerde etkileyeceğinden kaynaklı olduğu söylenebilir.

Bulgu 9: Nicel katılımcıların çoğu kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünmemektedir. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediği düşüncesi nicel katılımcıların eğitim durumu ve gelir düzeyinden etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların çoğu kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünmemektedir. Katılımcıların %58,2'si kullanıcı katkılarının

sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemediği düşüncesini ifade etmiştir. % 41,8 oranında katılımcı ise kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini ifade etmiştir. Kullanıcı katkılarının ne olduğunun bilinmiyor olması, kullanıcı katkıları miktarlarının caydırıcı tutarda olmaması ve kişilerin kullanıcı katkılarının bir finansman yöntemi olduğu konusunda bilgilendirilmemesi gibi etkenlerin çalışmaya katılan kişilerin kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemediğini düşünmelerine neden olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediği düşüncesi, nicel katılımcıların eğitim durumu ile birlikte artmaktadır. Nicel katılımcıların eğitim durumu arttıkça kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediği düşüncelerine katılma oranları da artmaktadır. Lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olan kişilerin kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azalttığını düşünmelerinde kullanıcı katkıları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmalarının, bilinçli sağlık hizmeti tüketicisi olmalarının ayrıca kullanıcı katkılarını amacına uygun kullanmalarının etkisi olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediği düşüncesi nicel katılımcıların gelir düzeyinden etkilenmektedir. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünen en yüksek orana sahip gelir düzeyi 4001 TL ve üzerinde olan katılımcılar iken en düşük orana sahip olan katılımcı grubu asgari ücretli olanlardır. Asgari ücretli katılımcılar diğer gelir düzeyinde yer alan katılımcılara oranla kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının engellenmesinde daha az etkisi olduğunu belirtmektedir. Asgari ücretli olan kişilerin genel olarak eğitim düzeylerinin de düşük olabileceği düşünülürse, kullanıcı katkıları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve dolayısıyla kullanıcı katkılarını amacına uygun kullanmamaları kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı engellemediğini düşünmelerine sebep olabileceği söylenebilir.

Bulgu 10: Nicel katılımcıların çoğu kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünmemektedir. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediği düşüncesi nicel katılımcıların eğitim durumu ve gelir düzeyinden etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların çoğu kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünmemektedir. Nicel katılımcıların %61,6'sı kullanıcı katkılarının gereksiz

sağlık harcamalarını önlemediği düşüncesini ifade ederken %38,4 oranında katılımcı kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini ifade etmiştir. Çalışmanın bulgusu Gündüz (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırma bulgusu ile farklılık göstermektedir. Gündüz (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırmada kullanıcı katkısı uygulamasının sağlık harcamalarını azaltıcı veya artırıcı yönde etkisinin olup olmadığı sorulmuş ve katılımcıların büyük çoğunluğu etkisi olduğunu belirtmiş ve kullanıcı katkılarının özellikle sağlık harcamalarını azaltıcı etkisinin olduğunu ifade etmiştir. Çalışma bulgularının farklılık göstermesinde Gündüz (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmaya katılan kişilerin Sosyal Güvenlik Kurumunda kullanıcı katkıları uygulaması konusunda çalışan deneyimli kişiler olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca kullanıcı katkılarının tam olarak ne olduğunun bilinmiyor olması, kullanıcı katkıları miktarlarının sağlık harcamalarını azaltıcı tutarda olmaması ve kişilerin kullanıcı katkılarının bir finansman yöntemi olduğu konusunda bilgilendirilmemesi gibi etkenlerin çalışmaya katılan kişilerin kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlemediğini düşünmelerine neden olabileceği söylenebilir.

Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediği düşüncesi, nicel katılımcıların eğitim durumu ile birlikte artmaktadır. Nicel katılımcıların eğitim durumu arttıkça kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediği düşüncelerine katılma oranları da artmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin sağlık hizmetleri konusunda da yüksek bilgiye sahip olmaları, kullanıcı katkılarının asıl amacını daha iyi bilmeleri ve sağlık harcamalarını kontrollü bir şekilde yapmaları bu kişilerin kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünmelerinde etkisi olduğu söylenebilir.

Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediği düşüncesi nicel katılımcıların gelir düzeyinden etkilenmektedir. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünen en yüksek orana sahip gelir düzeyi 4001 TL ve üzerinde olan katılımcılar iken en düşük orana sahip olan katılımcı grubu asgari ücretli olanlardır. 4001 TL ve üzerinde gelire sahip olan katılımcılar diğer gelir düzeyinde yer alan katılımcılara oranla daha fazla kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini ifade etmektedir. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediği ifadesine katılımın 4001 TL ve üzerinde gelire sahip olan kişilerde daha yüksek olması, gelir düzeyi yüksek kişilerin aynı zamanda eğitilmiş olacağı ve bu sebepten kullanıcı katkıları hakkında daha

bilgili olacağı için sağlık harcamalarını kontrollü bir şekilde yapmasından kaynaklı olduğu söylenebilir.

Bulgu 11: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünmemektedir.

Nicel çalışmaya katılanların çoğu kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağlamadığını ifade etmiştir. Nicel katılımcıların % 71,6'sı kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağlamadığını söylemiştir. Başka bir ifade ile nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulamasını sağlayacak ve sevk sisteminin yerine kullanılacak bir yöntem olmadığını belirtmiştir. Dünya Bankası (1987) kullanıcı katkılarının kullanımı ile ilgili olarak öne sürdüğü faktörlerden biri kullanıcı katkılarının sevk sisteminin daha uygun kullanılmasında etkili olduğudur. Çalışmaya katılan kişilerin kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağlamadığını düşüncelerinde; sevk sisteminin ve kullanıcı katkılarının ne olduğunun bilinmemesi ayrıca kullanıcı katkısı miktarlarının farklı hizmet basamakları için farklı miktarla olduğunun da tam olarak bilinmemesinin etkisi olabileceği söylenebilir.

Bulgu 12: Nicel katılımcıların çoğu Türkiye’de kullanıcı katkısının olmaması gerektiğini ifade etmiştir. Türkiye’de kullanıcı katkılarının olup olmaması durumu nicel katılımcıların mesleğinden etkilenmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların çoğu Türkiye’de kullanıcı katkılarının olmaması gerektiğini söylemiştir. Nicel katılımcıların % 55,4’ü Türkiye’de kullanıcı katkılarının olmaması gerektiğini belirtirken %44,6 oranında katılımcı Türkiye’de kullanıcı katkılarının olması gerektiğini belirtmiştir. Araştırmanın bulgusu Sönal (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın sonucu ile farklılık göstermektedir. Sönal (2016) yapmış olduğu çalışmada katılımcıların % 74,4’ü Türkiye’de kullanıcı katkılarının olması gerektiğini ifade etmiştir. Çalışma bulgularının farklılık göstermesinde Sönal (2016)’nın çalışmasını oluşturan katılımcı grubunun büyük çoğunluğunun sağlık hizmetlerinde yer alan paydaşlardan oluşuyor olması sebep gösterilebilir. Sağlık hizmetlerinde yer alan paydaşların konu hakkında daha bilgili olmaları, kullanıcı katkılarını finansal sürdürülebilirlik için gerekli görmeleri, kullanıcı katkısını önemli bir finansman yöntemi olarak değerlendirmeleri, kaliteli ve daha iyi sağlık hizmeti sunumu, sağlık hizmetlerinin gelişimine katkı sağlama gibi kullanıcı katkılarının daha çok yararlı yönlerini savunduklarından dolayı Türkiye’de kullanıcı katkısının olması yönünde düşüncelerini ifade ettikleri söylenebilir.

Türkiye’de kullanıcı katkılarının olup olmaması durumu ile nicel katılımcıların mesleği arasında ilişki bulunmaktadır. Türkiye’de kullanıcı katkısının olması gerektiğini en fazla düşünen meslek grubu öğrencilerdir. Öğrencilerin Türkiye’de kullanıcı katkısı olmasını savunmalarında sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olmasının sağlık hizmetleri kalitesini ve değerini düşüreceğinden kaynaklı olduğu söylenebilir. Türkiye’de kullanıcı katkısının olması gerektiğini en az düşünen meslek grubu ise ev hanımı/işsiz olan katılımcılardır. Ev hanımı/işsiz olan kişilerin Türkiye’de kullanıcı katkısı olmasını daha az oranda savunmalarında ekonomik açıdan yeterli düzeyde olmadıkları için kullanıcı katkısı ödemekte sıkıntı yaşıyor olmalarından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Bulgu 13: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünmemektedir.

Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olmaması gerektiğini ifade etmiştir. Nicel çalışmaya katılanların % 88,2’si kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir sağlık hizmeti için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünmemektedir. Başka bir ifade ile katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının tutarlarındaki artışı sağlık hizmetleri kalitesini artırıcı bir etken olarak görmemektedir. Sönal (2016) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da kullanıcı katkılarının daha kaliteli bir sağlık hizmeti için daha yüksek tutarda olmaması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmeti kalitesine etki edecek nitelikte görülmemesi, sunulmakta olan sağlık hizmetleri kalitesinden ve ödenen kullanıcı katkısı miktarlarından memnun olunması, sağlık hizmetleri için fazla ödeme yapılmak istenmemesi gibi etkenler kullanıcı katkılarının daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğinin düşünülmemesine sebep olabileceği söylenebilir.

Bulgu 14: Nicel katılımcılar; ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, üniversiteler ile ortak kullanılan sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ödenen kullanıcı katkı miktarlarının uygun, özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, ilaç ve tıbbi malzemeler, ilaç reçeteleri ve üreme yöntemi tedavilerinde kullanılan kullanıcı katkı miktarlarının ise fazla olduğunu belirtmişlerdir.

Nicel katılımcılar; ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, üniversiteler ile ortak kullanılan sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ödenen kullanıcı

katkı miktarlarının uygun olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcıların çoğu ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, üniversiteler ile ortak kullanılan sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ödenen kullanıcı katkı miktarlarının uygun olduğunu belirtmiştir. Sönal (2016) tarafından yapılan bir araştırma çalışmanın bulgusu ile paralellik göstermektedir. Sönal (2016) tarafından yapılan araştırmaya göre katılımcıların %55,6'sı birinci basamak sağlık kuruluşlarında (aile hekimliği); %40,0'ı ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında (devlet ve üniversite hastaneleri) uygulanan kullanıcı katkısı ücretlerini yeterli/uygun bulduklarını belirtmişlerdir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ödenen kullanıcı katkısı miktarlarının uygun bulunmasında; sağlık hizmetlerinin çok pahalı hizmetler olduğunun bilincinde olunması ve dolayısıyla az miktar ödeyerek sağlık hizmetlerine kolay erişebildiklerini düşünmeleri ve kişilerin gelir düzeylerine oranla kullanıcı katkılarının ödenebilir tutarda olması gibi düşüncelerin etkili olabileceği söylenebilir.

Nicel katılımcılar; özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, ilaç ve tıbbi malzemeler, ilaç reçeteleri ve üreme yöntemi tedavilerinde kullanılan kullanıcı katkı miktarlarının fazla olduğunu belirtmişlerdir. Nicel katılımcıların çoğu; özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, ilaç ve tıbbi malzemeler, ilaç reçeteleri ve üreme yöntemi tedavilerinde kullanılan kullanıcı katkı miktarlarının fazla olduğunu düşünmektedir. Çalışmaya katılan kişilerin ilaç ve tıbbi malzemelere ödenen kullanıcı katkılarını fazla bulmaları Sönal (2016) tarafından yapılan araştırma ile farklılık gösterirken özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve üreme yöntemi tedavilerinde kullanılan kullanıcı katkı miktarlarının fazla olduğunu düşünmeleri Sönal (2016) tarafından yapılan araştırma ile paralellik göstermektedir. Özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlara ödenen kullanıcı katkısı miktarının fazla bulunmasında kişilerin özel sağlık hizmeti alımı sırasında tahlil, röntgen ve diğer tetkikler için ayrıca ödeme yapmalarından, özel sağlık kuruluşlarına muayene ücreti ödemeleri ve genel anlamda özel sağlık hizmetlerini pahalı bulmalarının da bu görüşlerinde etkisi olabileceği söylenebilir. Tüp bebek tedavilerinin birinci, ikinci ve üçüncü denemelerinde ödenen kullanıcı katkısı miktarlarının fazla bulunmasında ise tüp bebek tedavisinin çok pahalı bir hizmet olmasından ve ödenmesi gereken kullanıcı katkısı miktarının kişilerin gelir düzeylerine göre tedavi ücretlerini karşılama oranlarının düşük olmasından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Bulgu 15: Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarından en çok muaf tutulması gereken grubun engelliler olması gerektiğini düşünmektedir.

Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu, engellilerin kullanıcı katkılarından en çok muaf tutulması gereken grup olduğunu ifade etmiştir. Nicel katılımcıların istediği kadar grubu seçme hakkı bulunmaktadır. Buna göre %78,5 oranında katılımcı en çok muaf tutulması gereken grubun engelliler olması gerektiğini ifade ederken % 77,6 oranında katılımcı ise en çok muaf tutulması gereken grubun belirli bir gelir seviyesinin altında olanlar olması gerektiğini belirtmiştir. Sönal (2016) tarafından gerçekleştirilen araştırma çalışmanın bulgusu ile farklılık göstermektedir. Sönal (2016) araştırmasında katılımcıların çoğunluğu (%20,72), kullanıcı katkılarından en çok muaf tutulması gereken grubun belirli bir gelir seviyesinin altındakiler olması gerektiğini ifade ederken %20,10 oranında katılımcı ise engellilerin muaf tutulması gerektiğini ifade etmiştir. En çok muaf tutulması gereken grubun engelliler olmasında toplumda dezavantajlı kişiler olarak görülmeleri, zorlu yaşam koşullarının en alt seviyeye indirilmek istenmesi, engellerinden dolayı herhangi bir işte çalışmamaları ve engellerinden dolayı sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyuyor olmalarından kaynaklı olabileceği söylenebilir. Sönal (2016) tarafından yapılan araştırmada en çok muaf tutulması gereken grupların sıralamasının farklılık göstermesi engelli kişilerin belirli bir gelir seviyesinde yer alan kişilere oranla daha fazla maddi yardım yapıyor olması ve engelli kişilerin engelli maaşı alıyor olmasından kaynaklı olabileceği söylenebilir.

Bulgu 16: Nicel katılımcılara göre kullanıcı katkılarının amacı gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemektir.

Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının amacının gereksiz sağlık hizmeti kullanımı engellemek olduğunu ifade etmiştir. Nicel katılımcıların büyük çoğunluğu (%37,8) kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek olduğunu ifade ederken; %24,6 oranında katılımcı ise kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetleri finansmanı için ek kaynak oluşturmak olduğunu belirtmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalar araştırmanın bu bulgusunun desteklemektedir. Baji ve diğerleri (2011) tarafından Macaristan’da paydaş görüşü alınarak kullanıcı katkılarının değerlendirildiği çalışmada; tüketiciler açısından kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için kullanıldığı saptanırken hizmet sunucular açısından asıl amacın sağlık hizmetleri finansmanı için ek kaynak oluşturmak

olduğu belirtilmiştir. Gündüz (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kullanıcı katkılarının artan sağlık harcamalarını kontrol etmek, ek gelir sağlamak ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımı önlemek amacıyla uygulandığı sonucuna ulaşılmıştır. Sönel (2016) çalışmasında kullanıcı katkılarının asıl amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmak olduğu saptanırken kullanıcı katkılarının ikincil amacının sağlık sistemi için ek kaynak oluşturmak olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bulgu 17: Nicel katılımcıların çoğu kullanıcı katkısı uygulanması gereken sağlık hizmetlerinin ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri olması gerektiğini ifade etmiştir.

Nicel çalışmaya katılanların çoğuna göre kullanıcı katkısı uygulanması gereken sağlık hizmetlerinin başında ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri gelmektedir. Nicel katılımcılar en fazla oranla (%40,3) ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerine kullanıcı katkısı uygulanması gerektiğini ifade ederken en az oranı %18,4 ile acil servis hizmetleri oluşturmaktadır. Sönel (2016) tarafından gerçekleştirilen araştırma çalışmanın bulgusunu desteklenmektedir. Sönel (2016) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların çoğu (%65,6), kullanıcı katkısı uygulanması gereken sağlık hizmetinin ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri olması gerektiğini belirtirken en az oranı (%11,1) ise acil servis hizmetleri oluşturmaktadır. İlaç üretimlerinin zor ve zaman alıyor olması, ilaç üretimlerinin ve tıbbi cihazların ileri teknoloji gerektirmesi sebebiyle pahalı hizmet olması ve diğer sağlık hizmetlerinin bedellerinin sağlık hizmeti sunan kişilere ödeniyor olması gibi etkenlerin katılımcıların kullanıcı katkısı uygulanması gereken sağlık hizmetlerini ilaç ve tıbbi cihaz hizmetleri olarak ifade etmelerine sebep olabileceği söylenebilir.

Paydaş gruplarının kullanıcı katkılarına ilişkin görüş ve önerileri nitel analiz yöntemlerinden olan içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın nitel bulguları ve nitel bulgulara yönelik tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 1: Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanması gerektiğini ifade etmiştir.

Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,21) sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının uygulaması gerektiğini belirtirken; kullanıcı katkılarının uygulanması gerektiğini düşünenlerin çoğu (%26,33) kullanıcı katkılarının çoğunlukla sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanması gerektiğini ifade etmiştir. Nitel katılımcılara göre; kullanıcı katkılarının uygulanmaması kişilerin daha sık hastaneye

başvurmalarına sebep olabilmektedir. Kullanıcı katkılarının uygulanması sağlık hizmetlerinin daha kontrollü kullanılmasında caydırıcı bir unsur olmakta ve dolayısıyla gereksiz sağlık hizmeti ve ilaç kullanımını önlemektedir. Nitel katılımcıların bu ifadesi literatürde yer alan kullanıcı katkılarının uygulanma nedenleri ile örtüşmektedir. Kullanıcı katkılarının ülkeler tarafından uygulanmasını sağlayan en önemli iki neden; gereksiz sağlık hizmeti kullanımının engellemesi ve sağlık hizmetleri finansmanına ek gelir sağlamasıdır (WHO, 2004: 19-20). Korucu ve Oksay (2018) kullanıcı katkılarının uygulanması ile birlikte gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçildiği ve fazladan oluşan kuyruklara engel olunduğunu belirtmiştir (Korucu ve Oksay, 2018: 28). Gündüz (2015) tarafından Türkiye sağlık sisteminde kullanıcı katkıları uygulamaları ile ilgili yetkili kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumunda çalışan uzman kişiler ile gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının “Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engelleyeceğini” ifade etmiştir. Ayrıca Sönal (2016) paydaş görüşleri doğrultusunda yapmış olduğu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı azaltmak olduğunu ifade etmiştir.

Bulgu 2: Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının miktarlarını uygun bulmaktadır.

Nitel katılımcıların % 47,36’sı uygulanmakta olan kullanıcı katkısı miktarlarını uygun bulduklarını belirtirken %21,06 oranında katılımcı az bulduklarını ve %21,06 oranında katılımcı ise fazla bulduklarını belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin yüksek teknoloji gerektirmesi ve uzman kişilerden oluşması aynı zamanda da yoğun işgücü gerektirdiğinden dolayı çok pahalı hizmetler olduğunu ifade eden katılımcılar, sağlık hizmetlerinin pahalı hizmetler olmasına karşın uygulanmakta olan kullanıcı katkılarının uygun miktarda olduğu ve kişilerin gelirleri doğrultusunda kullanıcı katkılarını ödeyebilecek güçte olduklarını söylemişlerdir. Genel anlamda kullanıcı katkı miktarlarının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak Sönal (2016) tarafından yapılan araştırmada Türkiye’de uygulanan kullanıcı katkısı miktarları ayrı olarak değerlendirilmiş ve katılımcılar tarafından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, acil servis hizmetleri ve ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerine ödenen kullanıcı katkı miktarlarını uygun bulunduğu; özel sağlık hizmetleri, ağız ve diş sağlığı hizmetleri ve yardımcı üreme yöntemlerinde uygulanan kullanıcı katkı miktarlarının ise fazla bulunduğu saptanmıştır.

Bulgu 3: Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının kişilerin gelir düzeyi saptanarak belirlenmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Nitel katılımcıların % 42,12'si kullanıcı katkı miktarlarının kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olacak şekilde belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir. %21,06 oranında nitel katılımcı ise kullanıcı katkılarının yanlış ve hatalı bir uygulama olduğunu ifade etmiştir. Nitel katılımcılar, kişilerin gelir düzeylerinin farklı olmasına karşın ödemeleri gereken kullanıcı katkı miktarlarının aynı oranda olmasını yanlış bulmakta ve kişilerin kullanıcı katkısı ödeme miktarlarının aylık net gelirleri üzerinden hesaplanması gerektiğini düşünmektedir. Bu bulgu Gündüz (2015) tarafından yapılan çalışma ile benzerlik göstermektedir. Gündüz (2015) çalışmasında katılımcılara kullanıcı katkılarının toplam miktarının ne olması gerektiği sorulmuş ve katılımcıların çoğu “gelir durumu dikkate alınarak miktar belirlenmesi” gerektiğini belirtmiştir. Katılımcılar, gelire göre kullanıcı katkısı miktarı belirlenmesinin çok zor bir uygulama olacağını bilmelerine karşın ödeme gücü olmayan dezavantajlı gruplar yaratarak kullanıcı katkılarından muaf tutulmasının suiistimallere sebep olabileceğini düşündüklerinden dolayı kullanıcı katkılarının kişilerin gelir düzeyi saptanarak belirlenmesi gerektiğini ifade ettikleri söylenebilir.

Bulgu 4: Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı grupların dâhil edilerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Nitel katılımcıların görüşleri doğrultusunda en fazla ifade edilen düşünce % 42,12'lik bir oranla mevcut kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı grupların dâhil edilmesi ve uygulamanın bu yönde geliştirilmesi şeklinde olmuştur. %21,06 oranında nitel katılımcı ise kullanıcı katkılarına yönelik mevcut uygulamanın yeterli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların önemli bir bölümü mevcut kullanıcı katkıları uygulamasında eksiklikler olduğunu ifade etmiştir. Bu eksikliklerin giderilmesi açısından muaf olması gereken kişileri, grupları, meslekleri ve hastalıkları yoksul, yaşlı ve bakıma muhtaç kişiler, engelliler, şehit ve gazi yakınları, belirli gelir seviyesinin altındakiler, işsizler ve öğrenciler, kronik hastalıklar, kanser hastalıkları, tek maaş ile ev geçindiren kişiler, çocuklar, kolluk görevlileri ve sağlık çalışanları şeklinde belirtmişlerdir. Katılımcıların belirtmiş olduğu bu düşünce literatür bilgisi ve yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Yıldırım ve diğerleri (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucunda kullanıcı katkılarından beklenen faydaların sağlanması ve zararlarının en aza indirgenmesi

için gerekli muafiyet mekanizmalarının rasyonel bir şekilde uygulanması gerektiği ifade edilmiştir. Ancak Türkiye sağlık sisteminde koruma mekanizmalarının yeterli ve doğru bir şekilde yapılmadığını, ödeme gücü olmadığı için devlet tarafından verilen yeşil kart kapsamında olan kişilerden bile kullanıcı katkısı alındığını belirtilmiştir. Gündüz (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kullanıcı katkısı uygulamasının hangi kişiler, gruplar veya hastalıkların muafiyet kapsamına alınması gerektiğine ilişkin sonuçlara göre katılımcıların 6'sı kronik hastalıkların tedavisinin, 3'ü belirli bir gelir seviyesi altındakilerin, 3'ü bedensel engellilerin, 3'ü acil ve riskli hastalıkların tedavisinin, 2'si emeklilerin, 2'si şehit ve gazi yakınlarının, 1'i hamile ve çocuk emziren kadınların ve 1'i de 18 yaş altı çocukların kullanıcı katkılarından muaf olması gerektiğini belirtmiştir. Thomason ve diğerleri (1994) tarafından Papua Yeni Gine'nin 4 eyaletinde yer alan 12 sağlık merkezi kapsamında yapılan bir araştırmada muafiyet uygulamalarının; yoksullar, çocuklar, yaşlılar, tüberküloz ve cüzam hastalıklarının tedavisi, cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavisi, çocuk sağlığı klinik hizmetleri, aile planlaması, kronik hastalar ve engellileri kapsadığı tespit edilmiştir.

Bulgu 5: Nitel katılımcılar, kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde etkisi olduğunu ifade etmiştir.

Nitel katılımcıların büyük çoğunluğu (%57,90), kullanıcı katkısı uygulamasının kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumu, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemesi, sağlık hizmetlerine olan bilinç düzeyini artırması, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmesi, sağlık hizmetlerine ek finans sağlaması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltması, informal ödemelerin önüne geçilmesi ve gereksiz ilaç kullanımını engellemesi gibi hususlarda etkisinin olduğunu belirterek kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde katkı sunduğuna ilişkin görüş bildirmiştir. Katılımcıların %21,06'sı kullanıcı katkılarının belirsiz olması, herhangi bir caydırıcılığının olmaması ve nerelere kullanıldığının tam olarak açıklanmaması gibi sebeplerden kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Nitel katılımcıların bu ifadeleri literatür bilgileri ile desteklenmektedir. Gündüz (2015) tarafından yapılan çalışmada kullanıcı katkılarının en olumlu etkileri, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı önlemesi ve kamunun üzerindeki finansal yükü azaltması olarak ifade edilmiştir. Kullanıcı katkılarının diğer olumlu yönleri ise; sağlık harcamalarını kontrol etmeye yardımcı olması, sağlık hizmetlerine yönelik bilinç düzeyini artırması, sağlık

hizmetlerinde kaliteyi artırması ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkı sağlaması şeklinde belirtilmektedir. Korucu ve Oksay (2018) kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını önlemek, sosyal sigorta primlerinin eksik kaldığı zamanlarda ek kaynak yaratmak ve sağlık hizmetlerine olan talepleri azalmak gibi olumlu yönleri olduğunu belirtmektedir (Korucu ve Oksay, 2018: 284).

Bulgu 6: Nitel katılımcılar, Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarının kapsamının genişletilmesi, konu hakkında bilgi düzeyinin artırılması ve daha fazla ücret alınması gerektiğini ifade etmiştir.

Nitel katılımcıların %21,06’sı uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkısı yönteminin yeterli olmadığını, ödeme yapılan miktarın ve ödeyecek kişilerin yeniden düzenlenerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Nitel katılımcıların %21,06’sı uygulamanın sağlık hizmetleri finansmanı açısından faydalı olduğunu ancak sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını, uygulamanın daha verimli, etkin ve doğru kullanılması için kişilerin bu hususta bilgilendirilmesi gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir. Bilgi düzeyinin az olduğu ve artırılması gerektiği ifadesi Sarı (2021), Sezer Korucu (2019) ve Sezer Korucu (2017) tarafından yapılan çalışmalar ile uyumludur. Türkiye’de mevcut kullanıcı katkısı uygulamasının kapsamının genişletilmesi özellikle muaf olacak kişilerin yeniden belirlenmesi gerektiği konusunda olmakla birlikte Gündüz (2015) ve Sönel (2016) tarafından yapılan çalışmalar ile uyumludur. Ancak kullanıcı katkısı ücretlerinin daha fazla olması gerektiği ifadesinde benzer bir çalışmaya rastlanamamıştır. Katılımcıların daha fazla ücret alınması gerektiğini ifade etmelerinde kullanıcı katkısı miktarlarının caydırıcı olmayan tutarda olması, kullanıcı katkı miktarlarının az olmasından dolayı sağlık hizmetlerinin değerinin bilinmemesi ve sağlık hizmeti finansmanına kişilerin de dâhil edilmek istenmesi gibi sebeplerden kaynaklı olabileceği söylenebilir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kullanıcı katkıları, genellikle sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek ve sağlık hizmetleri finansmanına ek kaynak sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, gereksiz ilaç kullanımını engellemek, sağlık hizmetlerine olan bilinç düzeyini artırmak gibi olumlu; kolay zarar görebilecek dezavantajlı kişiler için hakkaniyetsizliğe yol açmak, sağlık hizmetleri taleplerinde düşüşlere sebep olmak gibi olumsuz yönleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı üzerinde hem faydalı hem de zararlı etkileri olan kullanıcı katkılarının, sağlık hizmeti kullanıcıları ve paydaşlar tarafından değerlendirilmesi ve kullanıcı katkılarına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu çalışma, sağlık hizmeti tüketicilerinin kullanıcı katkılarına ilişkin bilgi düzeyleri ve görüşlerinin kişisel-demografik özellikleri ile karşılaştırılarak tespit edilmesi ve paydaşların uygulamaya ilişkin görüş ve önerilerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma sonucunda elde edilen nicel bulgulara yönelik sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Türkiye sağlık sisteminde yer alan kullanıcı katkısı ile ilgili olarak uygulanan miktarlar hakkındaki bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Kullanıcı katkılarının miktarını bilme durumunu etkileyen kişisel ve demografik faktörlerin sigortalı olma ve gelir düzeyi olduğu belirlenmiştir.
- Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmetlerin bedeli olduğu bilinmektedir. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından alınan hizmet karşılığında olduğunu bilme durumunun evli olan, lisans ve üstü, kendi işini yapan, 4001 TL ve üzeri geliri olan ve sigortası olan kişilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkındaki bilgi düzeyini etkileyen kişisel ve demografik faktörlerin eğitim durumu, meslek ve sigorta olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan çoğunluğun görüşü, kullanıcı katkılarının sağlık kurumlarına gidilmesi ve ilaç alınmasına yönelik herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı şeklindedir. Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidememe durumu yaş ve

gelir düzeyi faktörlerinden etkilenirken kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamama durumu ise yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi ve sigorta faktörlerinden etkilenmektedir.

- Çalışmaya katılanların çoğunluğunun görüşü sağlık kurumlarının seçilmesinde kullanıcı katkılarının etkili olmadığı yönündedir. Sağlık kurumunu seçimlerinde kullanıcı katkılarının etkili olma durumu katılımcıların cinsiyet, meslek, kronik rahatsızlık ve sağlık kurumuna gitme değişkenleri açısından ilişkili olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların büyük çoğunluğunun görüşüne göre kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesi üzerine olumlu bir etkisi yoktur. Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediği düşüncesi kişisel ve demografik değişkenler açısından incelendiğinde sadece cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bulunmuştur. Buna göre erkekler, kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.
- Katılımcıların büyük çoğunluğuna göre kullanıcı katkısının herkesten aynı miktarda alınması doğru bir yöntem değildir. Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olup olmaması durumu katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerinden eğitim durumu, meslek ve gelir düzeyi değişkenlerine göre anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Lise mezunu olan, meslek olarak kendi işini yapan ve asgari ücret gelire sahip olan katılımcılar herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınmasının doğru bir uygulama olduğunu belirtmişlerdir.
- Çalışmaya katılan çoğunluğun görüşüne göre kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlemediği ve sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemediği yönündedir. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünme durumu katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerinden eğitim durumu ve gelir düzeyi değişkenleri açısından anlamlıdır. Eğitim düzeyi arttıkça kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık hizmeti kullanımı engellediği düşüncesi de artmaktadır. Gelir düzeyi 4001 TL ve üzerinde olan katılımcılar kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünmektedir. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünme durumu katılımcıların kişisel ve demografik özelliklerinden eğitim durumu ve gelir düzeyi değişkenleri açısından anlamlıdır. Eğitim düzeyi arttıkça kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşüncesi de

artmaktadır. Gelir düzeyi 4001 TL ve üzerinde olan katılımcılar kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünmektedir.

- Katılımcıların büyük çoğunluğu, Türkiye’de kullanıcı katkısının olmaması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların “Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?” sorusuna verdikleri cevapların kişisel ve demografik özelliklerinden meslek değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Buna göre en çok öğrencilerin Türkiye’de kullanıcı katkılarının olması gerektiğini ifade ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların çoğunluğu, kullanıcı katkılarının daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olmaması gerektiğini ifade etmektedir. “Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar katılımcıların kişisel ve demografik özellikleri açısından incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır.
- Çalışmada, ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine ödenen kullanıcı katkı miktarlarının uygun bulunduğu; özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, ilaç ve tıbbi malzemeler, ilaç reçeteleri ve üreme yöntemi tedavilerinde alınan kullanıcı katkısı miktarlarının ise fazla bulunduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların görüşleri, kullanıcı katkılarının asıl amacının gereksiz sağlık hizmetlerinin kullanımını engellemek olduğu şeklindedir.
- Katılımcıların görüşleri, kullanıcı katkılarının en fazla ilaç ve tıbbi cihaz hizmetlerine en az ise acil servis hizmetlerine uygulanması gerektiği şeklindedir.
- Katılımcıların büyük çoğunluğunun görüşü, kullanıcı katkılarının sevk sisteminin yerine kullanılan bir uygulama olmadığı yönündedir. Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığı durumu katılımcıların kişisel ve demografik özellikler açısından incelendiğinde anlamsız bulunmuştur.

Bu çalışma sonucunda elde edilen nitel bulgulara ilişkin sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Nitel katılımcılar, sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının uygulamasının gerekli olduğunu ve kullanıcı katkılarının asıl amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için kullanıldığını düşünmektedirler.

- Nitel katılımcılar, Türkiye sağlık hizmetlerinde uygulanan kullanıcı katkı miktarlarının uygun olduğunu belirtmiştir.
- Nitel katılımcılar, farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınmaması gerektiğini, kullanıcı katkısı miktarlarının kişilerin gelir düzeyleri ile orantılı olacak şekilde belirlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.
- Mevcut uygulanmakta olan kullanıcı katkısını yeterli bulmadığını belirten nitel katılımcılar, kullanıcı katkısı uygulamasına bazı dezavantajlı gruplar (yaşlılar, yoksullar, işsizler, öğrenciler, kronik hastalar, engelliler, kanser hastaları) dâhil edilerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini düşünmektedirler.
- Nitel katılımcılar, kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir.
- Nitel katılımcıların Türkiye’de uygulanmakta olan kullanıcı katkılarına yönelik genel değerlendirmeleri, Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarının kapsamının genişletilmesi gerektiği, kullanıcı katkıları konusunda bilgi düzeyinin artırılması ve kullanıcı katkılarının amacına uygun olarak uygulanabilmesi ve caydırıcılığının daha fazla olabilmesi için kullanıcı katkısı miktarlarının yükseltilmesi gerektiği yönündedir.

Kullanıcı katkılarına yönelik araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri finansmanında etkin bir kullanımı olduğu, özellikle gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçmek amacıyla kullanıldığı, sisteme ek bir kaynak yarattığı, miktarının büyük çoğunluk tarafından bilinmediği, sistem içerisinde avantaj ve dezavantajlı durumlar yarattığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Kullanıcı katkılarından etkin ve verimli bir şekilde faydalanmak, yoksul ve kolay zarar görebilecek kesimlere uygun muafiyet mekanizmaları geliştirmek, dezavantajlı durumları avantaja çevirmek amacıyla özellikle paydaşların görüşleri dikkate alınarak *bu çalışma sonucunda uygulama ve alan yazına yönelik şu öneriler sunulmaktadır:*

- Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri finansmanı içerisindeki payının ne kadar olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bu payın miktarının açık ve şeffaf bir şekilde açıklanması kullanıcılar ve sağlık hizmeti sunucuları açısından güven teşkil ederek kullanıcı katkılarının daha sağlıklı ve kabul edilebilir bir şekilde uygulanmasına fayda sağlayacaktır.

- Nicel çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu, kullanıcı katkılarından en çok muaf tutulması gereken grubun engelliler olması gerektiğini ifade etmiştir. Buradan yola çıkılarak kullanıcı katkılarından muaf tutulması gereken kişilere engelliler grubu eklenebilir.
- Kullanıcı katkılarının kişilerin gelir düzeyi dikkate alınmaksın herkesten eşit olarak alınması sağlık hizmetlerine erişimde sorun teşkil edebilir. Kullanıcı katkılarına yönelik koruma mekanizmalarının kapsamı genişletilerek belirli bir gelir seviyesinin altında olan kişilerden, engelliler ve çocuklardan kullanıcı katkısı alınmasının önüne geçilebilecek değişiklikler yapılabilir.
- Merkezi Hekim Randevu Sistemi üzerinden randevu alımı sırasında kişilere hangi basamak sağlık hizmetini kullandıkları ve bunun için ödemeleri gereken kullanıcı katkı miktarının ne kadar olduğu hakkında bilgi verilebilir.
- Eczacılar tarafından tahsil edilen kullanıcı katkıları eczacılar açısından bir takım sorunlar teşkil etmektedir. Bu sorunları ortadan kaldırabilecek çalışmalar yapılabilir. Kullanıcı katkılarının kişilere almış oldukları sağlık hizmetinin bedeli olduğu, bu bedelin eczacılar aracılığı ile SGK adına tahsil edildiği kamu spotları ile açık bir şekilde anlatılmalıdır. Bu sayede kişilerin eczacılara duyduğu güven artacak ve sorunlar en aza indirgenmiş olacaktır. Kullanıcı katkı ücretleri eczaneler tarafından değil hastaneler tarafından tahsil edilmelidir. Böylelikle gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne zamanında ve kolay bir şekilde geçilebilir.
- Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmak ve gereksiz harcamaları önlemek adına kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine özen göstermeyen ve sağlıkta şiddet uygulayan ve cezası kesinleşen kişilerin ödedikleri bedeller sonucunda alacakları sağlık hizmetlerinden daha fazla kullanıcı katkısı ödeyebilecekleri bir düzenleme yapılması gerektiği önerilebilir.
- Kullanıcı katkılarının miktarını bilme durumu ile nicel katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden, gelir düzeyi ve sağlık sigortalı olma değişkenliklerinde farklılıklar göstermektedir. Gelir düzeyi 4001 TL ve üzerinde olan ve sağlık sigortası bulunan nicel katılımcıların kullanıcı katkılarının miktarını bilme durumunun yüksek olduğu anlaşılmıştır. Buradan yola çıkarak kullanıcı katkıları ile ilgili bilgi verilirken gelir düzeyi 4001 TL ve altında olan ve sağlık sigortası olmayan kesim dikkate alınarak çalışmalar yapılması daha iyi fayda sağlayabilir.

- Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından kullanıcı katkıları konusunda kişilerin bilgi düzeyini artırıcı çalışmalar yapılabilir. Özellikle Sağlık Bakanlığı tarafından kişiler sağlık hizmeti aldıktan sonra mesaj yolu ile almış oldukları hizmete yönelik olan muayene ve ilaç kullanıcı katkısı miktarı açıklanabilir. Kullanıcı katkılarının doğru bir şekilde bilinip uygulanması doğal olarak sevk sisteminin uygulanmasını da sağlayabilir.
- Kullanıcı katkılarının amacına uygun olarak uygulanabilmesi için kullanıcı katkısı yönteminin belirli bir süreliğine ya da süresiz olarak kademeli sevk zinciri ile birlikte kullanılması gerekmektedir.
- Araştırma sonucunda ulaşılan bulgular sadece Ordu il merkezinde araştırmaya katılan kişilerin görüşlerini yansıtmaktadır. Bu sebepten bazı genellemelerin yapılabilmesi için benzer çalışmaların farklı illerde de yapılması gerekmektedir.
- Türkiye’de kullanıcı katkılarına yönelik yapılan çalışmalar yok denecek kadar azdır. Kullanıcı katkılarının daha etkin ve verimli uygulanabilmesi için kullanıcı katkılarına yönelik daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

8. KAYNAKLAR

- Adato, M., Roopnaraine, T. ve Becker, E. (2011). Understanding use of health services in conditional cash transfer programs: Insights from qualitative research in Latin America and Turkey. *Social Science & Medicine*, 2(12), 1921-1929.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., ... ve Dilmen, U. (2013). Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. *The Lancet*, 382 (9886), 65-99.
- Aytekin, S. ve Aytekin, G. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 1(2), 163-184.
- Baji, P., Pavlova, M., Gulacsi, L. ve Groot, W. (2011). User Fees for Public Health Care Services in Hungary: Expectations, Experience, and Acceptability from the Perspectives of Different Stakeholders. *Health Policy*, 102 (2-3), 255-262.
- Barnighausen, T. ve Sauerborn, R. (2002). One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There Any Lessons for Middle-and Low-Income Countries? *Soc Sci Med*, 54(10), 1559–1587.
- Bayraktutan, Y. ve Akatay, M. (2012). Kentsel Yoksulluk ve Mikro Finansman: Kocaeli Örneği. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 24 (1), 1-34.
- Beck, R.G. (1974). The Effects of Co-Payment on the Poor. *Journal of Human Resources*, 9(1), 129-142.
- Bond, M. T. (1996). Can MSA's help reduce healthcare costs?. *Healthcare financial management*, 50(4), 34–38.
- Borda, M. (2011). Medical Savings Accounts-in Search of An Alternative Method of Health Care financing in European countries. *Business and Economic Horizons*, 6(3), 54-65.
- Carrin G. ve James C. (2004) Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, Health Financing Policy Issue Paper Series, World Health Organization, Geneva.
- Carrin, G. (2003). Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives, World Health Organization, Geneva.

- Ceylan, B. (2017). *Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkılarının İlaç Tüketimine Etkisi: Hastalar Ve Eczaneler Üzerinden Bir Değerlendirme*, (yüksek lisans tezi), 1-116, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Chalkley, M. ve Robinson, R. (1997), *Theory and Evidence on Cost Sharing in Healthcare: An Economic Perspective*, London: BSC Print.
- Cichon, M. ve Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck-Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe. *World Health Forum*, 15(4), 323- 328.
- Creese, A. (1997). User Fees. *British Medical Journal*, 315, 202-203.
- Çelik, H. (2020). Sağlıkta finansman dili ve GSS'nin mesajları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 55, 70-73.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*, (ikinci Basım), Ankara: Siyasal Kitabevi
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Erişim: 24 Ekim 2020, https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2018/11/08_SaglikHizmetlerindeEtkinlik.pdf.
- Dixon, A. Langenbrunner, J. ve Mossialos, E. (2004). Facing The Challenges of Health Care Financing. Josep Figueras, Mckee Martin, Cain Jennifer, Lessof Suszy (Editör), *Health System in Transition: Learning From Experience*, World Health Organisation, Copenhagen.
- Dixon, A. (2002). Are medical savings accounts a viable option for funding health care?, *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.
- Doerpinghaus H. I. (1996). Managing medical savings accounts. *Benefits quarterly*, 12(2), 69–77.
- Dupas, P. ve Nber S. (2012). Global Health System: Pricing and User Fees, *Elsevier Encyclopedia of the Health Economics*. https://web.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf.

- Ertürk Atabey, S. (2012). *Ulusal Sağlık Sistemleri ve 1980 Sonrasında Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının İncelenmesi ve Değerlendirilmesi*, (Doktora Tezi), 1-249, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Evans, R. G. (2002). Financing health care: Taxation and the alternatives. Mossialos, E., Dixon. A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.), *Funding health care: Options for Europe* (31-58). Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Gardner, J. (1995). Medical Savings Accounts Make Waves. *Modern healthcare*, 25(9), 1-57.
- Gemmill, M.C., Thomson, S. ve Mossialos, E. (2008). What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health*, 7(12), 1-22.
- Gnawali, P.D. Pokhrel, S. Sie, A. Sanon, M. Allegri, M.D. Souares, A. Dong, H. Sauerborn, R. (2009). The Effect Of Community – Based Health Insurance On The Utilization Of Modern Health Care Services: Evidence From Burkina Faso. *Health policy*. 2-3 (90), 214-222.
- Gümüş, F., Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Gündüz, M. Ş. (2015). *Bazı Avrupa Birliği Üye Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinde Katkı Payları ve Türkiye*. 1-83, (yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Güvercin, A., Mil, H. İ., Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Hartman, P., Ogden, J. ve Jackson, R. (2020) Contract Duration: Barrier or Bridge to Successful Public-Private Partnerships? *Technology in Society*, 63, 1-11.
- http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/gsskavrami (Erişim: 16.01.2021).
- http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkezteskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/anasayfa_duyurular/duyuru_20210107-2. (Erişim Tarihi: 21.03.2021).
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 1(2), 86-99.

- John, E.U. (2013), The Impacts of User Fees on Health Services in Sub-Saharan African Countries: A Critical Analysis of the Evidence. *American Journal of Public Health Research*, 1(18), 196- 202.
- Khan, N.N. ve Puthussery, S. (2019). Stakeholder Perspectives On Public-Private Partnership İn Health Service Delivery İn Sindh Province Of Pakistan: A Qualitative Study. *Public Health*, 170, 1-9.
- Korankye, A. A. (2013). Challenges of Financing Healthcare in Ghana: The Case of National Health Insurance Scheme (NHIS). *International Journal of Asian Social Science*, 3(2), 511-522.
- Kusuma, D., Thabrany, H., Hidayey, B., McConnell, M., Berman, P. ve Cohen, J. (2017). New Evidence on the Impact of Large-scale Conditional Cash Transfers on Child Vaccination Rates: The Case of a Clustered-Randomized Trial in Indonesia. *World Development.*, 98, 497-505.
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204.
- Lagarde M. ve Palmer, N. (2008). The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low and Middle Income Countries: How Strong is the Evidence?. *Bulletin of World Health Organization*, 86(11), 839-848.
- Lewis, M. A., (2000). Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia? World Bank. Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region. Washington DC, 1-34.
- Maliye Bakanlığı. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, 1-103, Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- Maynard, A. ve Dixon A. (2002), Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. In: Mossialos E. et al. (Eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*. (109- 127). Buckingham: Open University Press.
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. In: Mossialos E. et al. (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe* (1-30). Buckingham: Open University Press.

- Murray, C. J. L. ve Frenk. J. (2000). A Framework For Assessing The Performance Of Health Systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Nishtar, S. (2004). Public – Private 'Partnerships' In Health – A Global Call To Action. *Health Research Policy and Systems*, 2(5). 1-7.
- Normand, C. ve Weber, A. (2009). Social Health Insurance A Guidebook for Planning, Second Edition, Germany. 1-161.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1 (1), 1-22.
- Ranganathan M ve Lagarde M. (2012). Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low and middle income countries: A review of the impact of conditional cash transfer programmes. *Preventive Medicine*, 55(1). 95-105.
- Reed, M., Fung, V., Brand, R., Fireman, B., Newhouse, J. P., Selby, J. V. ve Hsu, J. (2005). Care-Seeking Behavior in Response to Emergency Department Copayments. *Med Care*, 43, 810-816.
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P. ve Reich, M.R. (2004). Getting Health Reform Right, A Guide to Improving Performance and Equity, New York: Oxford University Press.
- Ron, A., Abel-Smith, B. ve Tamburi, G., (1990), Health Insurance In Developing Countries The Social Security Approach, First published, Geneva: International Labour Organisation.
- Ros, C.C., Groenewegen, P.P., ve Delnoij, D.M.J. (2000). All Rights Reserved or Can We Just Copy? Cost Sharing Arrangements and Characteristics of Health Care Systems. *Health Policy*, 52(1), 1- 13.
- Russel, S., ve Gilson L. (1997). User Fee Policies to Promote Health Service Access for the Poor: An Wolf in Sheep’s Clothing?. *International Journal Health Services*, 27(2), 359-379.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). *Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı’nın Değişen Rolü*, Ankara: Sağlık Bakanlığı

- Sağlık Bakanlığı. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı: İlerleme Raporu*. (Yayın No:749, Erişim: 15.01.2021. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf>).
- Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü. (2017). *Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi*, 1-4, Ankara: SASAM Yayınları.
- Saltman, R. B. ve Figueras, J. (1998). *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*. (ISBN9755900160). Erişim: 14.01.2021. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/absaglikreformu.pdf>.
- Sarı, M. (2021). *Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Katılım Payı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), 1-157, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sepehri A., ve Chernomas R. (2001). Are User Charges Efficiency and Equity Enhancing?. *Journal of International Development*, 13(2), 183-209.
- Sezer Korucu, K. (2017). *Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*, (Yüksek Lisans Tezi), 1-143, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265- 313.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkısına Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(40), 246-366.
- SGK, (2013a). 2013 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 24 Mart 2013 Tarihli ve 28597 Sayılı RG md. 1.8 md. 1.8.2 md.1.8.3 md.1.8.4 md 1.8.5
- SGK, (2013b). 2013 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. 4 Eylül 2019 tarihli ve 30878 sayılı RG md.1.8.1 md.1.8.2 md.1.8.3 md.1.8.4

- SGK, (2020). Erişim: 26.01.2021, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilli_klari.
- SGK, <http://www.sgk.gov.tr>.
- Sönal, T. (2016). *Türkiye Sağlık Sisteminde Kullanıcı Katkıları: Paydaşlar Açısından Beklentiler, Deneyimler ve Kabul Edilebilirlik*, (yüksek lisans tezi), 1-88, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sönal, T. (2020). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Katkı Payları ve Hakkaniyet. *Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(31), 1617-1627.
- SUT (Sağlık Uygulama Tebliğı). <https://www.teb.org.tr/content/75/SUT>.
- şahin, B., Tatar, M., Karabulut, E., Ergin, Oğuzhan, G. ve Çınaroğlu, S. (2013). *Türkiye’de Hane halkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması*, Nihai Rapor. Erişim: 23.01.2021, <https://docplayer.biz.tr/14739670-Turkiye-de-hanehalklari-tarafından-cepten-yapılan-sağlık-harcamaları-arastırması-nihai-rapor.html>.
- şantaş, F. ve Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık Hizmetlerinin Finansman ve Geri Ödeme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum. *Uluslar Arası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 12-20.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tatar M, Mollahaliloğlu S, şahin B, Aydın S, Maresso A. ve Hernández-Quevedo C. (2011). Turkey: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(6), 1–186.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (7. Basım), Ankara: Nobel Yayıncılık
- Thomason, J., Mulou, N. ve Bass, C. (1994). User Charges for Rural Health Services in Papua New Guinea. *Social Science and Medicine*, 39(8), 1105-1115.
- Thomson, S., Foubister, T. ve Mossialos, E. (2008), *Health Care Financing in the Context of Social Security*. (IP/A/EMPL/ST/2006-208), Erişim: 11.01.2020,

<https://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/200806/20080604ATT30805/20080604ATT30805EN.pdf>.

Thomson Sarah, Foubister T, Figueras Josep, Kutzin Jeremy, Permanand Gavin ve Bryndova L: Addressing Financial Sustainability in Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Geneva, 2009. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107966/Policy-summary-1-2077-1584-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y>.

Tıraş, H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.

Tirgil, A ve Acar, Y. (2019). Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hane halklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33(2), 533- 552.

Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4):123-138.

Uzun, C.B. (2012). Türkiye’deki Şartlı Nakit Transferlerinin Bölgesel Dağılımı, *Sosyal politika çalışmaları*, 7(28). 37-59.

Wong, Eliza, L.Y., Yeoh, E.K., Chau, P., YK. Yam, C, HK., Cheung, A, WL. ve Fung, H. (2015). How Shall We Examine And Learn About Public-Private Partnerships (Ppps) İn The Health Sector? Realist Evaluation Of Ppps İn Hong Kong. *Social Science & Medicine*, 147, 261-269.

World Bank. (2012). *Health Insurance Handbook How To Make It Work*, 1-119, Washington: Word Bank Working Paper.

World Bank. (Nisan 1987). *Health Financing in Developing Countries: an Agenda for Reform*, Erişim: 15 Ekim 2020, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=XjV4r9zHpWC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Health+Financing+in+Developing+Counries:+an+Agenda+for+Reform&ots=GfEbRp4NIZ&sig=Yu4498WJwpWc1PISGTuDQ_2akqA&redir_esc=y#v=onepage&q=Health%20Financing%20in%20Developing%20Countries%3A%20an%20Agenda%20for%20Reform&f=false.

- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Erişim: 26 Ekim 2020, https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- World Health Organization. (2004). *What Are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?*, Erişim: 27 Ekim 2020, https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/74694/E83334.pdf.
- World Health Organization. (2007). *Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Erişim: 25 Ekim 2020, https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2019). Genel Sağlık Sigortasının Tam Kapsayıcılık Düzeyi: On Yıllık Değerlendirme. *Çalışma Ortamı Dergisi*. 162, 26 Ocak 2021, <https://calismaortami.fisek.org.tr/icerik/genelsagliksigortasinintamkapsayicilikd-uzeyi-on-yillik-degerlendirme/>.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T. ve Akbulut, Y. (2012). Türkiye’de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı. Yıldırım. H. H (ed), *Sağlık Sigortacılığı*, 2-200, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2), 71-98.
- Zaineh, M. A., Materia, A., Luchini S., ve Moatti, J. P. (2009). Equity in Health Care Finance in Palestine: The Triple Effects Revealed. *Journal of Economics*, 28, 1071-1080.
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). Resmi Gazete, 10705, 05.01.1961.
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006). Resmi Gazete, 26200, 16 Haziran 2006.

9. EKLER

EK-1

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINDA KULLANICI KATKILARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Değerli Katılımcılar,

Bu anket yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu çalışma, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında yürütülmektedir. Anketten elde edilen veriler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Anketi doldururken isim belirtmenize gerek yoktur. Sorulara vereceğiniz cevapların objektifliği araştırma sonucunu pozitif yönde etkileyecektir. Araştırmaya katılımınız için teşekkür ederim.

Esra TOPÇUOĞLU

Yozgat Bozok Üniversitesi

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

BÖLÜM 1. KİŞİSEL VE DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek

2. Yaşınız?

3. Medeni durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekâr

4. Eğitim düzeyiniz?

☐ Okuma-yazması yok

☐ İlköğretim

☐ Lise

☐ Ön Lisans

☐ Lisans

☐ Lisansüstü

5. İşiniz?

6. Aylık geliriniz?

- ☐ Gelirim yok ☐ Asgari Ücretten Az ☐ Asgari Ücret
☐ 2600-4000 TL ☐ 4001 TL ve üzeri

7. Kronik bir rahatsızlığınız var mıdır?

- ☐ Evet ☐ Hayır

8. Sağlık güvenceniz?

- ☐ Sigortası Yok ☐ SGK (Devlet Sigortası)
☐ Özel Sağlık Sigortası ☐ Diğer (Belirtiniz).....

9. Son bir yılda kaç kez sağlık kurumuna (aile hekimliği, hastane) gittiniz?.....

BÖLÜM 2. KULLANICI KATKILARINA İLİŞKİN SORULAR

***Kullanıcı Katkısı:** Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek amacıyla genel sağlık sigortalısı ya da bakmak ile sorumlu olduğu kişilerce ödenecek olan tutardır. Kullanıcı katkısı ayrıca; katkı payları, maliyet paylaşımı, hasta ödemeleri ve katılım payları isimleriyle de bilinmektedir.*

1. Kullanıcı katkılarının miktarını biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

2. Eczaneye ödenen kullanıcı katkı miktarının belli bir kısmının sağlık kurumlarından almış olduğunuz hizmet karşılığında olduğunu biliyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

3. Kullanıcı katkısı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler hakkında bilginiz var mıdır?

- ☐ Evet ☐ Hayır

4. Kullanıcı katkılarından dolayı hastaneye gidemediğiniz oldu mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

5. Kullanıcı katkılarından dolayı ilaç alamadığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Sağlık kurumunu seçmenizde kullanıcı katkıları etkili olur mu?

☐ Evet ☐ Hayır

7. Kullanıcı katkısı alınmasının sağlık hizmetleri kalitesini olumlu yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

8. Herkesten aynı miktarda kullanıcı katkısı alınması doğru bir uygulama mıdır?

☐ Evet ☐ Hayır

9. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellediğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık harcamalarını önlediğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Kullanıcı katkılarının sevk sisteminin uygulanmasını sağladığını düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Türkiye’de uygulanmakta olan kullanıcı katkılarının miktarı ile ilgili aşağıdaki sorulara lütfen cevap veriniz.

	Kullanıcı katkı Miktarı	Az Buluyorum	Uygun Buluyorum	Fazla Buluyorum	Bilgim Yok
İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunan kuruluşlar	6 TL				
Üniversiteler ile ortak kullanılan sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri	7 TL				
Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar	8 TL				
Özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar	15 TL				
İlaç ve tıbbi malzemeler	%10- %20				
İlaç reçetelerinde her bir reçete için 3 kutuya kadar (3 kutu dâhil) / 3 kutuya ilave edilen her bir kutu için	3 TL / 1 TL				
Üreme yöntemi tedavilerinde (Tüp bebek) ilk denemesinde/ ikinci denemesinde/üçüncü denemesinde	%30/ %25/ %20				

13. Bazı ülkelerde, bazı nüfus grupları, kullanıcı katkılarından ya tamamıyla ya da kısmen muaf tutulmaktadır. Size göre Türkiye’de kullanıcı katkılarından tamamen ya da kısmen muaf tutulması gereken gruplar hangileridir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Çocuklar
 ☐ Kadınlar
 ☐ Emekliler
 ☐ Yaşlılar
 ☐ Kronik hastalığı olanlar
 ☐ Engelliler
 ☐ Hamileler
 ☐ Gaziler ve şehit yakınları
 ☐ Belirli bir gelir seviyesinin altındakiler
 ☐ İş kazasına uğramış kişiler
 ☐ Diğer (Belirtiniz)

14. Türkiye’de kullanıcı katkıları olmalı mıdır?

- ☐ Evet ☐ Hayır

15. Kullanıcı katkıları farklı amaçlar için kullanılmaktadır. Size göre Türkiye’de kullanıcı katkılarının uygulanma amacı ne olmalıdır? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)

- ☐ Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek
- ☐ Sağlık finansmanı için ek kaynak oluşturmak
- ☐ Sağlık çalışanlarının gelirini artırmak
- ☐ İnfomal (yasa dışı) ödemelerin önüne geçmek
- ☐ Sağlık harcamalarını kontrol etmek
- ☐ Dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine hakkaniyetli erişimini sağlamak
- ☐ Diğer (Belirtiniz)

16. Aşağıda yer alan sağlık hizmetlerinden hangisine kullanıcı katkısı uygulanmalıdır? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Aile hekimliği hizmetleri ☐ Ayakta tedavi (Poliklinik) hizmetleri
- ☐ Yatarak tedavi (Klinik) hizmetleri ☐ Acil servis hizmetleri
- ☐ İlaç ve tıbbi cihaz hizmetleri ☐ Ağız ve diş sağlığı hizmetleri

17. Kullanıcı katkılarının, daha kaliteli bir hizmet için daha yüksek tutarda olması gerektiğini düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

EK-2. Etik Kurul İzin Formu



**T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU
BAŞVURU DEĞERLENDİRME FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkılarına Yönelik Bir Araştırma	
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☒ Anket/Ölçek/Skala Çalışması ☐ Gözlemsel Çalışma ☒ Niteliksel Çalışma ☒ Diğer	
	GELEN EVRAK SAYISI ve TARİHİ	16119052-199-E.29886 - 24.11.2020	
	YÜRÜTÜCÜ/DANİŞMAN (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)	Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı	
	ARAŞTIRMACILAR (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)	Öğrenci Esra TOPÇUOĞLU Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı	
VARSA	ARAŞTIRMACILAR (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)		
	RAPORTÖR (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm, Telefon, E-Posta)		Tarih/İmza
	DIŞ UZMAN (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm, Telefon, E-Posta)		Tarih/İmza

KARAR NO:16/28	TARİH: 16.12.2020
-----------------------	--------------------------

Yukarıda bilgileri verilen Etik Komisyonu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına/bulunduğuna karar verilmiştir.

Değerlendirme Sonucu	
☒	Uygundur
☐	Düzeltilme gereklidir (Açıklayınız)
☐	☐ Düzeltmeleri görmek istiyoruz. ☐ Düzeltmeleri görmemize gerek yok
☐	Uygun değildir (Açıklayınız)
☐	Açıklama

ÇALIŞMA ESASI	Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu Yönergesi
----------------------	--

ETİK KOMİSYONU ÜYELERİ

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Esra TOPÇUOĞLU

