



Sosyal Bilimler Dergisi / The Journal of Social Sciences

Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl: 6, Sayı: 40, Ağustos 2019, s. 346-366

ISSN: 2149-0821 Doi Number:<http://dx.doi.org/10.16990/SOBIDER.5179>

Arş. Gör. Kevser SEZER KORUCU

Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi
Bölümü, kevsersezerkorucu@gmail.com

Doç. Dr. Aygen OKSAY

Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü,
aygenoksay@sdu.edu.tr

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKISINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA: ISPARTA İLİ ÖRNEĞİ ¹

Özet

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanmasına dair birçok yöntem vardır. Bu yöntemlerden biri de cepten yapılan ödemeler kapsamındaki kullanıcı katkılarıdır. Kullanıcı katkıları hastaların sağlık hizmetinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortası veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutardır. Bu uygulamaya yönelik hastaların genel değerlendirmeleri ve bilinç düzeyleri önemlilik göstermektedir. Bu çalışmanın amacı Türkiye’de mevcut maliyet paylaşımı uygulamalarına (Aile Hekimliği ile Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi ve Özel hastane acil servislerinin kullanımı için sigorta dışında cepten yapılan ödemeler ve ilaç katkı payları) dair hastaların genel değerlendirmelerini almak ve bireylerin hastalık türüne göre katkı paylarının ne kadarına katlanabileceğini ortaya çıkarmaktır Bu amaçla kolayda örnekleme yöntemiyle Isparta il merkezindeki 18 yaş ve üzeri bireyler olmak üzere toplam 501 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür taraması yapılarak ve uzman görüşü alınarak geliştirilen “Sağlık Hizmetleri Kullanımında Maliyet Paylaşımı Anketi” kullanılmıştır.

¹ Bu Makale Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma İsimli Yüksek Lisans Tezinden Türetilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmeti finansmanı, maliyet iyileştirmesi, kullanıcı katkısı, katkı payı, katılım payı

A RESEARCH ON USER CHARGES IN HEALTH CARE: IN ISPARTA

Abstract

There are many ways in Turkey to provide financing for health services. One of these methods is user charges within the scope of out-of-pocket payments. User charges is to be paid by the general health insurance or by those who are obliged to take care of someone in order to benefit from the health services. The overall evaluation and awareness levels of the patients for this application is important. In this study, it is aimed to examine the general evaluation of the cost sharing applications in Turkey (such as out of pocket payments paid to the usage of family medicine and the emergency services of State Hospital, University Hospital and Private hospitals as well as to the drug fees) and find out how much the patients are willing to pay out of pocket. This study also aims to show whether these levels of evaluation and level of agreement differ according to demographic variables. For this purpose, 501 individuals who are above 18 years old were reached in Isparta province center. The Cost Sharing Questionnaire developed by the researcher was used as a data collection tool.

Keywords: Health care financing, cost recovery, user charges, cost-sharing, coinsurance.

1. GİRİŞ

“Maliyet paylaşımı politikası neredeyse tüm ülkelerde kullanılan bir uygulamadır. Türkiye’de de son 10 yıldır kullanılan bu finansman yöntemi, ek gelir elde etmekten ziyade sağlık hizmeti sunumunda sevk zincirine dikkat edilmesi ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine adım atılması amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Kullanıcı katkılarının temel amacı gelir üretmek değil, ekonomik verimliliği arttırmaktır. Devlet harcamaları yalnızca genel vergilerle finanse edildiğinde akılcı tüketiciler, marjinal maliyet ve marjinal faydayı eşit tutmaya çalışacaktır. Kullanılan hizmet ayrı bir ücrete tabi tutulmadığında ise talep eğilimi değişmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanı sağlarken de sadece genel vergilerden elde edilen kaynaklar yeterli olmamaktadır. Devletler, sağlık hizmetinin gereksiz kullanımının önüne geçmek için çeşitli mekanizmalar geliştirmektedir. Bu mekanizmalardan biri de kullanıcı katkılarıdır “(Sezer Korucu ve Oksay, 2018: 266).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanmasına dair birçok yöntem vardır. Bu yöntemlerden biri de cepten yapılan ödemeler kapsamındaki kullanıcı katkılarıdır. Kullanıcı katkıları hastaların sağlık hizmetinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortası veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutardır. Bu uygulamaya yönelik hastaların genel değerlendirmeleri ve bilinç düzeyleri önemlilik göstermektedir.

Bu çalışma ile Türkiye’de mevcut maliyet paylaşımı uygulamalarına (aile hekimliği, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastaneler, acil servis hizmetlerinin kullanımı için sigorta dışında cepten yapılan harcamalar ve ilaç kullanıcı katkısı) dair hastaların genel değerlendirmelerini, kullanıcı katkısının hastalık türüne göre ne kadarına katlanılabileceği, kullanıcı katkısı değerlendirme ve katlanılma düzeylerinin demografik değişkenlere göre

karşılaştırılarak bir sonuca ulaşılması amaçlanmaktadır. Türkiye’de kullanıcı katkıları konusu üzerine yapılan yok denecek kadar az sayıda çalışma vardır. Bu çalışma hem kullanıcı katkıları literatürüne katkı sağlayacak hem de katılımcıların uygulanan kullanıcı katkısı tutarlarına yönelik genel değerlendirmelerini ortaya koyacaktır.

2. KULLANICI KATKISI

Kullanıcı katkısı² sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar olarak tanımlanmaktadır (5510 Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006: 26200). Buna reçete ücreti, tüketici ücreti, hasta ücreti, veya maliyet paylaşımı (Austvoll-Dahlgren vd., 2008: 4) birlikte ödeme (Beck, 1974: 128) koyun postuna bürünmüş kurt (Russel ve Gilson, 1997: 359) hastalık vergisi (Thomson vd., 2008: 6) derinliği azaltan mekanizma (Thomson vd., 2009: 21) adları da verilmektedir.

Birçok birey, ameliyat harcamalarını ve personel bütçesini desteklemek amacıyla da kullanıcı katkılarına güvenmektedir (WHO, 2005: 2). Kullanıcı katkıları; eşitlik, ilerleme, tahsis etme gücü, maliyet etkinliği için karar verme mekanizmasında ele alınan bir uygulamadır. Sağlık hizmetinde kullanıcı katkıları ele alınırken bahsedilen bu faktörlerin her biri kendi içinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Dünya Bankası (1987: 26) kullanıcı katkılarının kullanımı ile ilgili olarak aşağıdaki faktörleri öne sürmüştür:

- ✓ Kıt kaynakların hem kamu hem de özel sektör ile arasındaki kaynakları kullanması ve ekonomik verimliliği artırması,
- ✓ Maliyet iyileştirmesi ve eşitliği artırması,
- ✓ Her ödeme yapan kişinin yalnızca kullandığı mal ve hizmetin karşılığı olarak bedel ödemesi ve adalet ilkesine dayanması,
- ✓ Kamuya açık mal ve hizmetlerin talebinde değişiklik yaratması,
- ✓ Fakir kesimin sağlık hizmetlerine erişilebilirliklerini artırması, kırsal kesimlere sağlık hizmeti sunumu,
- ✓ Sevk sisteminin daha uygun kullanılmasıdır.

1978 yılında Alma Ata Konferansı’nda üye ülkelerin temel sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlara eşit hizmet sağlayacak şekilde herkese ulaştırmak istemesi kıt kaynakların nasıl tahsis edileceğine dikkat çekmiştir. Bu dönemde hedeflere ulaşmak için ek kaynakların sağlanması gerektiği fikri ön plana çıkmıştır. Sağlık sektöründe politika belirleyicisi olan DB sağlık hizmetlerine ek kaynak sağlayabilmek amacıyla kamu hizmetlerinden “kullanıcı katkıları” alınması gerektiğini, var olan kaynakların daha etkin kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (Çelik, 2011: 192, Jarret ve Ofosu-Amaah, 1992: 166). 1980’lerin ortalarında ücretsiz doğumun sürdürülebilir olmadığı ve ilave ücret tahsis edilmesi gerektiği ortaya konulmuştur (Dupas ve Nber, 2012: 4). 1987 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF’in katkılarıyla Afrika sağlık bakanları toplantısında kullanıcı katkılarının sağlık hizmeti finansmanında önemli rol oynayacağı vurgulanmıştır. Temel olarak ilaçlara vurgu yapılarak Afrika’daki temel sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin sağlanması üzerine odaklanılmıştır. O zamandan beri Afrika’da birçok ülke kullanıcı katkılarını kullanmaya başlamıştır (Nolan ve Turbat, 1995: 4).

²Kullanıcı katkıları literatürde katılım payları, maliyet paylaşımı, katkı payları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bütünlük sağlanması açısından bu çalışmada kullanıcı katkısı kavramı ile ele alınmıştır.

Kullanıcı katkılarının sağladığı faydaları özetlemek gerekirse (Sezer Korucu ve Oksay 2018: 284);

- Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik sağlayarak sağlık harcamalarını kamudan özele kaydırması,
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırması,
- Tahsisat verimliliğini arttırması,
- Sosyal sigortada primleri yetersiz kaldığında ek kaynak sağlaması,
- Gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçmesi,
- Sağlık hizmeti talebini azaltmasıdır.

Tablo 1. Kullanıcı Katkı Biçimleri

Kullanıcı Katkıları Biçimi	Tanım
Doğrudan Katkı Türleri	
Ortak Ödeme(Co-payment)	Kullanıcı ürün veya hizmet başına sabit bir miktar öder. Örnek; kullanıcı muayene başına 2 TL, günlük hastane yatışı başına 10 TL bir miktar öder, sigorta geri kalan maliyeti öder.
Sigortalı Payı (Co-insurance)	Kullanıcı toplam maliyetin sabit bir oranını öder (%), kalan oranı sigortacı öder. Örnek; reçete bedelinin %20'si.
Ön Ödeme (Deductible)	Sigorta programının, teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktardır. Örnek; hastane yatışlarının ilk iki gününün hasta tarafından ödenmesi.
Sabit Teminat/ Sabit miktar (Fixed indemnity)	Kişi belirli bir miktara kadar sigortalıdır. Bu miktarın üstündeki maliyeti kendisi karşılar. Örnek; birey toplam sağlık harcamalarının 1000 TL'sine kadar sigortalıdır üstüne çıkarsa kişi kendi öder.
Dolaylı Katkı Türleri	
Referans Fiyatlama (Reference Pricing)	Bir grup eşit veya benzer ilaçlar için belirlenen sigortanın ödeyeceği maksimum fiyattır. Eğer birey 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 (Differential Charges)	Genelde iki veya üç katmanı içermektedir. Birinci katman en düşük ortak ödeme düzeyine sahip olan marka ilaçlardan oluşmaktadır. İkinci ve üçüncü katmanlar orijinal ilaçlardan oluşmaktadır. Çok katmanlı formüller en fazla ABD'de kullanılmaktadır.

Kaynak: Yıldırım vd., (2011: 76)

Kullanıcı katkısı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir (SUT, 2017: 10):

- Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi kullanıcı katkısı,
- Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- Vücut dışı protez ve ortezler,
- Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde.

Ayaktan tedavide, hekim ve diş hekimi muayenesinde sağlık hizmetleri için alınan kullanıcı katkısı tutarı sabit değildir. Her yıl 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar arttırılmaktadır. Katılım paylarının hesaplanmasında kanuna göre tespit edilen sağlık hizmeti tutarları esas alınmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu katılım paylarını gelir ve aylıklardan, çalışanların ücret ve maaşlarından tahsil etmektedir (Orhaner, 2014: 150). Cepten yapılan harcamalarda % 75'lik pay doğrudan ödemeler ve kullanıcı katkılarından oluşmaktadır. Cepten yapılan ödemelerin oran olarak ne kadarının kullanıcı katkılarına ait olduğu bilinmemektedir (Yıldırım vd., 2011: 83). Kullanıcı katkılarının cepten ödemelerdeki oransal payı hala bilinmemektedir. GSS kapsamında uygulanan kullanıcı katkıları ve oranları Tablo 2.'de verilmiştir.

Tablo 2. GSS Kullanıcı Katkısı Oranları

Maliyet Paylaşım Biçimi	Tutar /Oran	Açıklama
Ortak Ödeme	6 TL	Devlet hastanesinden alınan miktar
	8 TL	Üniversite hastanesinden alınan miktar
	15 TL	Özel hastaneden alınan miktar
Sigortalı Payı Ortak sigorta	%10-20	Ortez, Protez, iyileştirme araç gereçleri ve tedavide sağlanan ilaçlar için alınan oran payı
	%30-25-20	Tüp bebek 1. 2. ve 3. denemede alınan oran payı
Fatura Dengeleme	%30-70	SGK ile sözleşmesi olan özel hastanelerden alınan sağlık hizmetleri oran payı

Kaynak: Resmi gazeteden (2006: 26200, 2008: 26870) uyarlanarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

Devletin, sağlık hizmetlerinde talep yönlü stratejiler geliştirmesiyle ortaya atılan kullanıcı katkıları bazı durumlarda alınmamaktadır. Bu durumlar aşağıdaki gibidir (SUT 29935):

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,
- 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
- Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati öneme haiz sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakli,

- İstiklal Madalyası verilmiş bulunanlara vatani hizmet tertibinden şeref aylığı bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ve eşlerinden,
- Acil servislerde verilen 'Hizmet Baş İŞlem Puan Listesi'nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu 'yeşil alan muayenesi', adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri,
- Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla, Kurumca belirlenen SUT eki 'Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi kullanıcı katkısı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi'nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklardaki ayaktan muayeneleri,
- Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlar, yatarak tedavide kullanılan ilaçlar, 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,
- 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 oldukları kişiler,
- 2828 sayılı Kanununun hükümlerine göre korunma, bakım, rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malüllüğü aylığı alanlar ile 3713 Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler,
- Vazife malulleri,
- Kurumca iade edilen tıbbi malzemeler,
- Polis akademisi ile fakülte yüksekokullarda okuyan öğrencilerden,
- Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda okumakta iken askeri öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylardan,
- 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 için, tıbbi malzeme kullanıcı katkısı,
- 3713 sayılı kanununun 21. maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya ve maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden kullanıcı katkısı alınmamaktadır.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan katılımcılara ait demografik bulgular Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 3. Demografik Bulgular

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Yıl)		
18-29	149	30.1
30-39	119	24.0
40-49	101	20.4
50 yaş ve üzeri	126	25.5
Cinsiyet		
Erkek	263	52.7

Kadın	236	47.3
Medeni Durumu		
Evli	311	63.3
Bekâr	180	36.7
Eğitim Durumu		
İlköğretim	125	25.3
Lise	106	21.4
Önlisans	53	10.7
Lisans	173	34.9
Lisansüstü	36	7.3
Diğer (Okuma-yazma bilmeyen)	2	0.4
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	262	53.9
Çalışmıyor	224	46.1
Gelir (TL)		
1499 TL'ye kadar	150	35.7
1500-2499 TL	105	25.0
2500 TL ve üzeri	165	39.3
Sigorta		
Sigorta Yok	22	4.4
SSK	238	47.7
BAĞ-KUR	63	12.6
Emekli Sandığı	146	29.3
Yeşil Kart	16	3.2
Özel Sağlık Sigortası	4	0.8
Diğer	10	2.0
Kronik Rahatsızlık		
Var	297	59.6
Yok	201	40.4

Tablo, 1'de görüldüğü üzere katılımcıların % 30.1'i 29 yaş altında, % 24'ü 30-39 yaşları arasında, % 20.4'ü 40-49 yaş aralığında, 50 yaş ve üstü bireylerin oranı ise % 25.5'tir. Bu soruya katılımcılardan 6'sı cevap vermemiştir. Ankete katılanların % 52.7'si erkeklerden oluşurken, % 47.3'ü bayanlardan oluşmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında, bireylerin çoğunluğunun (% 63.3) evli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların % 36.7'i ise evli olmayan kişilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına bakıldığında, katılımcıların, % 10.7'si ön lisans mezunu, % 34.9'u lisans mezunudur.

Katılımcıların, % 53.9'u çalışırken, %46.1'i çalışmamaktadır. 420 katılımcının % 39.3'ünün gelir durumu 2500 TL ve üstü, % 35.7'nin ise 1499 TL ve altı gelire sahip olduğu görülmektedir. Ankete katılan bireylerin, sağlık sigortasına sahip olma durumlarına bakıldığında 499 katılımcının, % 47.7'sinin SSK'sı, % 0.8'inin özel sağlık sigortası olduğu anlaşılmaktadır. Son olarak katılımcıların kronik rahatsızlığı olup olmama durumları incelendiğinde, % 59.6'sının kronik bir rahatsızlığı olduğu, % 40.4'ünün ise kronik bir rahatsızlığı olmadığı

belirtilmiştir. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapları ölçmek amacıyla hangi tür testlerin uygulanacağına karar verebilmek için öncelikle normallik testi uygulanmıştır. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik testinin sonuçları Tablo 2’de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2. Kullanıcı Katkısı Ölçeği Normallik Test Sonuçları

Kolmogorov - Smirnov			
İfadeler	İstatistik	Df	(p)
Devlet Hastanesi’nden Alınan Kullanıcı Katkısına Katlanılabilirlik	8.144	501	0.000
Üniversite Hastane’sinden Alınan Kullanıcı Katkısına Katlanılabilirlik	6.420	501	0.000
Özel Hastane’den Alınan Kullanıcı Katkısına Katlanılabilirlik	5.424	501	0.000
Devlet Hastanesi Acil Hizmet Biriminden Alınan Kullanıcı Katkısına (Yeşil Alan Girişi Yapıldığında) Katlanılabilirlik	7.699	501	0.000
Üniversite Hastanesi Acil Hizmet Biriminden Alınan Kullanıcı Katkısına (Yeşil Alan Girişi Yapıldığında) Katlanılabilirlik	6.380	501	0.000
Özel Hastane Acil Hizmet Biriminden Alınan Kullanıcı Katkısına (Yeşil Alan Girişi Yapıldığında) Katlanılabilirlik	5.045	501	0.000
Çalışanlardan Alınan İlaç Kullanıcı Katkısına Katlanılabilirlik	7.010	501	0.000
Emeklilerden Alınan İlaç Kullanıcı Katkısına Katlanılabilirlik	5.897	501	0.000
Hafif Şiddetli Hastalıklarda Devlet Hastanesinden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	5.133	501	0.000
Hafif Şiddetli Hastalıklarda Üniversite Hastanesinden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	6.599	501	0.000
Hafif Şiddetli Hastalıklarda Özel Hastaneden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	5.762	501	0.000
Orta Şiddetli Hastalıklarda Devlet Hastanesinden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	4.463	501	0.000
Orta Şiddetli Hastalıklarda Üniversite Hastanesinden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	5.967	501	0.000
Orta Şiddetli Hastalıklarda Özel Hastaneden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	5.115	501	0.000
Ağır Şiddetli Hastalıklarda Devlet Hastanesinden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	7.278	501	0.000
Ağır Şiddetli Hastalıklarda Üniversite Hastanesinden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	4.528	501	0.000
Ağır Şiddetli Hastalıklarda Özel Hastaneden Talep Edilen Kullanıcı Katkısı Tutarı	9.568	501	0.000

Herhangi bir veri setinin normal dağılım sergilediğini söyleyebilmek için p değerinin 0.05'ten büyük çıkması gerekir. Ancak yukarıdaki Tabloda tüm ifadeler için p değerlerinin 0.05'ten küçük olduğu görülmektedir. Bulunan bu değerlere göre veri setinin normal dağılım göstermediği söylenebilir. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik olmayan testler uygulanmıştır.

Katılımcıların, "Herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacınız olduğunda ilk olarak nereye başvurursunuz?" sorusuna verilen cevapları inceleyebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Sağlık Hizmeti Almak İçin İlk Başvurdukları Kurum

Sağlık Hizmeti Sunucusu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Devlet Hastanesi	279	39.24
Aile Hekimi	215	30.24
Özel Hastane	119	16.74
Üniversite Hastanesi	82	11.53
Özel Hekim Kliniği	10	1.40
Diğer	6	0.84
TOPLAM	711	100

Tablo 3'de görüldüğü üzere, katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermiştir. Katılımcılar ilk olarak Devlet Hastanesi'ni (%39.24) tercih etmektedir. İkinci sırayı % 30.24'lük bir oranla aile hekimi takip etmektedir. Son sırada ise % 0.84'lük bir oranla doktor arkadaşlarını arayan ve şifalı bitkileri tercih eden bireyler oluşturmaktadır. Bu bağlamda katılımcıların büyük çoğunluğunun (%69.48) Devlet Hastanesi ve Aile hekimlerini tercih ettiklerini söylemek mümkündür.

Araştırmaya katılan katılımcıların, "Son bir yıl içerisinde sağlık hizmeti türlerini ortalama kaç kere kullandığınızı belirtiniz." sorusuna vermiş oldukları cevapları analiz edebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Son 1 Yıl İçindeki Sağlık Hizmeti Kullanımına Ait Bulgular

Sağlık Hizmeti Sunucusu	N	Minimum	Maximum	X	SS
Devlet Hastanesi	383	1	50	5.48	6.404
Aile Hekimi	326	1	48	5.09	5.712

Üniversite Hastanesi	237	1	40	4.72	5.724
Özel Hastane	229	1	44	4.25	5.204
Özel Hekim Kliniği	43	1	10	2.35	1.999

Katılımcıların, sağlık hizmetlerinin son 1 yıl içerisindeki kullanımının ortalamasına bakıldığında, Isparta merkezde bir kişinin 1 yıl içerisinde ortalama 5.48 defa Devlet hastanesine gittiği görülmektedir. 1 yıl içerisinde katılımcıların en az olarak 2.35 defa özel hekim kliniğinden hizmet aldığı bulunmuştur. Katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermiştir. Bu bulguda benzer şekilde katılımcıların en fazla Devlet Hastanesi'ni tercih ettiklerini açıkça göstermektedir.

Katılımcıların, "Türk sağlık sisteminden memnun musunuz?" sorusuna verdikleri cevapları inceleyebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Türk Sağlık Sisteminden Duydukları Memnuniyet Düzeyine İlişkin Bulgular

Cevaplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	295	59.8
Karasızım	103	20.9
Hayır	95	19.3
TOPLAM	493	100.0

Tablo 5'de görüldüğü üzere katılımcıların % 59.8'i Türk sağlık sisteminden memnun olduğunu ifade ederken, % 19.3'ü memnun olmadığını belirtmiştir. % 20.9'u ise, memnuniyetleri konusunda kararsız olduklarını belirtmiştir. Katılımcıların genel olarak sağlık sisteminden memnun oldukları söylenebilir.

Çalışmaya katılan katılımcıların cepten yaptıkları ödemeleri bilip bilmediklerini ortaya koyabilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Kullanıcı Katkısı Ödeme Politikasını Bilip Bilmediklerine Dair Bulgular

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mauyene olmak için cepten ödeme yaptığımı		
Biliyorum	351	76.5
Bilmiyorum	108	23.5

Devlet hastanesine başvurduğunda ne kadar kullanıcı katkısı ödediğimi		
Biliyorum	165	33.2
Bilmiyorum	332	66.8
Üniversite hastanesine başvurduğunda ne kadar kullanıcı katkısı ödediğimi		
Biliyorum	106	21.6
Bilmiyorum	385	78.4
Özel Hastaneye başvurduğunda ne kadar kullanıcı katkısı ödediğimi		
Biliyorum	154	31.2
Bilmiyorum	339	68.8
Acil sağlık hizmetlerine başvurduğunda hastalık acil olarak değerlendirilmediğinde ne kadar kullanıcı katkısı ödediğimi		
Biliyorum	80	16.3
Bilmiyorum	412	83.7
İlaç kullanımında ne kadar ödeme yaptığımı		
Biliyorum	128	25.9
Bilmiyorum	367	74.1
Eczaneye ödenen kullanıcı katkısının bir kısmının sağlık kuruluşundan aldığım hizmet karşılığında olduğunu		
Biliyorum	389	77.2
Bilmiyorum	94	18.7

Tablo 6’da görüldüğü üzere, 459 katılımcıdan 351’i muayene olmak için cepten ödeme yaptığı bilirken; 108’i cepten ödeme yaptığını bilmemektedir. Yine 497 katılımcıdan Devlet Hastanesi’ne ne kadar kullanıcı katkısı ödediğini bilenlerin sayısı 165 bilmeyenlerin sayısı ise 332’dir. Katılımcılardan sadece 42’si Devlet Hastanesi’ne 6 TL ödediğini bilmektedir. Bu durum tüm katılımcılar içinde %26.2’ye tekabül etmektedir. Bu sayılardan anlaşılacağı üzere katılımcılarının büyük çoğunluğu Devlet Hastanesi’ne ne kadar kullanıcı katkısı ödediğini bilmemektedir. Bu durum Üniversite Hastane’sinde tam tersidir. Katılımcıların % 49.5’i Üniversite Hastanesine ödenen kullanıcı katkı tutarını (8TL) doğru olarak belirtmiştir.

493 katılımcıdan Özel Hastaneye ne kadar kullanıcı katkısı ödediğinin bilenlerin sayısı 154 bilmeyenlerin sayısı ise 339’dur. Katılımcılardan sadece %36.6’sı Özel Hastaneye 15TL

kullanıcı katkısı ödediğini bilmektedir. Bu sayılardan anlaşılacağı üzere katılımcılardan büyük çoğunluğunun Özel Hastaneye ne kadar kullanıcı katkısı ödediği bilinmemektedir. Bu durum Acil sağlık hizmetlerine başvurulduğunda ve hastalık acil olarak değerlendirilmediğinde alınan kullanıcı katkısı bilinç düzeyi ile benzerlik göstermektedir. Katılımcıların % 83.7'si acil hizmet birimine ödediği kullanıcı katkı tutarını bilmediği anlaşılmıştır. Acil sağlık hizmetlerine başvurulduğunda hastalık acil olarak değerlendirilirse hastalardan kullanıcı katkısı alınmamaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğu (% 31.4) acil sağlık hizmetlerinde muayene olduğunda hiçbir ücret ödenmediğini düşünmektedir. Ayrıca katılımcıların ilaç kullanımında ne kadar kullanıcı katkısı tutarı ödediği bilinmediği (% 74.1) ortaya çıkmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan 483 bireyin ne kadar ödeme yaptığını bilmemesine karşın, eczaneye ödedikleri kullanıcı katkısının hastaneden aldıkları hizmet karşılığı olduğunu bilenler %77.2 iken; eczaneye ödediği kullanıcı katkısının bir kısmının sağlık kuruluşundan almış olduğu hizmet karşılığında olduğunu bilmeyenler %18.7'dir. Sonuç olarak, katılımcıların kullanıcı katkısı ödemesi yaptıklarını bilirken, ödenen tutarlar hakkında bir bilgisi olmadıkları anlaşılmıştır. Ancak elde edilen verilere göre katılımcılar Üniversite Hastanesi'ne ödedikleri (% 49.5) kullanıcı katkısı tutarından haberdardır.

Sağlık hizmeti sekiz farklı unsorda düşünülerek şu andaki uygulama ile katlanılabilirliği 5'li Likertle ölçülmüştür (1= Kesinlikle katlanamam, 5= Kesinlikle katlanırım). Tahsis edilen kullanıcı katkısı tutarına katlanılabilirlik ifadelerine ilişkin puanlar frekans analizi yapılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Kullanıcı Katkısı Tutarının Katlanılabilirliğe İlişkin Bulgular

İfadeler	K. Katlanamam		Katlanamam		Kararsızım		Katlanırım		K. Katlanırım	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Devlet Hastanesi	127	25.7	74	15.0	75	15.2	136	27.5	82	16.6
Üniversite Hastanesi	117	23.9	86	17.6	80	16.3	137	28.0	70	14.3
Özel Hastane	140	28.5	85	17.3	104	21.2	116	23.6	46	9.4
Acil Hizmet Birimi (Devlet Hastanesi)	142	29.2	78	16.0	83	17.0	124	25.5	60	12.3
Acil Hizmet Birimi (Üniversite Hastanesi)	140	28.9	80	16.5	76	15.7	131	27.0	58	12.0
Acil Hizmet Birimi (Özel)	153	31.5	80	16.5	85	17.5	119	24.5	49	10.1

İlaç Kullanıcı Katkısı (Çalışanlar için)	10 6	21. 9	78	16.1	98	20.3	132	27.3	69	14.3
İlaç Kullanıcı Katkısı (Emekliler için)	11 7	23. 2	79	15.7	92	18.3	118	23.4	70	13.9

Katılımcıların Devlet Hastanesine ödenen 6 TL'ye ilişkin verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, kararsızlar bir tarafa bırakıldığında, katılımcıların 40.7'si Katlanamam, 44.1'i Katlanırım şeklinde cevap vermiştir. Katılımcılar ortalama 2.94 puan almışlardır. Kararsızlar bir tarafa bırakıldığında % 80'lik kesimin cevaplarının uçlarda (hem Katlanırım, hem Katlanamam) toplandığı görülmektedir. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların Devlet Hastanesinde uygulanan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir. Araştırmaya katılan katılımcıların Üniversite Hastanesine ödenen 8 TL'ye ilişkin görüşleri alındığında, % 23.9'u kesinlikle katlanamam, % 14.3'ü ise kesinlikle katlanırım düzeyinde cevap verdikleri görülmektedir. Kararsız olanlar bir tarafa bırakıldığında, % 42.3'ün uygulamaya katlanamam şeklinde, % 41.5'in ise uygulamaya katlanırım şeklinde görüş ifade ettikleri görülmektedir. Üniversite hastanesinde uygulanan 8 TL'ye ilişkin, katılımcıların 83.8'inin uç noktalarda (hem katlanırım, hem katlanamam) olduğu görülmektedir. Katılımcılar ortalama 2,91 puan almışlardır. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların Üniversite Hastanesinde uygulanan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir. Katılımcıların Özel Hastane 'ye ödenen 15 TL'ye ilişkin görüşleri alındığında, % 28.5'i kesinlikle katlanamam, % 9.4'ü ise kesinlikle katlanırım şeklinde cevap verdikleri görülmektedir. % 21.2'si ise kararsızdır. Diğer hastanelerle karşılaştırıldığında özel hastaneye katlanılabilirlik oranı daha az olduğu söylenilebilir (% 33). Katılımcılar ortalama 2.68 puan almışlardır. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların Özel Hastanede uygulanan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir. Ancak sağlık hizmeti türlerinden ortalama puanı en düşük olan özel hastanedir. Bu nedenle katılımcıların diğer sağlık hizmeti sunucularında uygulanan kullanıcı katkısı tutarına göre Özel Hastane'de uygulanan 15 TL'ye katlanılabilirliği daha azdır.

Katılımcıların Devlet Hastanesi Acil Hizmet birimine başvurduklarında ve hastalıklarının acil olarak değerlendirilmediği durumlarda ödenen 6 TL'ye ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, % 17.0'ı kararsız, % 45.2'si katlanamamakta, % 37.8'i ise katlanmaktadır. Burada da, uç noktalar göze çarpmaktadır. Katılımcıların mevcut uygulamaya hem katlandığı hem de katlanmadığı söylenebilir. Katılımcılar ortalama 2.76 puan almışlardır. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların Özel Hastanede uygulanan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir. Katılımcıların Üniversite Hastanesi Acil Hizmet birimine başvurduklarında ve hastalıklarının acil olarak değerlendirilmediği durumlarda ödenen 8 TL'ye ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, % 15.7'sinin kararsız, % 28.9'unun kesinlikle katlanamadığı, % 12.0'ının ise kesinlikle katlandığı görülmektedir. Katılımcılardan kararsız olanlar bir tarafa bırakıldığında % 85'inin (hem katlanırım hem katlanamam) uç noktalarda olduğu söylenebilir. Katılımcılar ortalama 2.77 puan almışlardır. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların Üniversite Hastanesinde uygulanan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir. Katılımcıların Özel Hastane Acil Hizmet birimine başvurduklarında ve hastalıklarının acil olarak değerlendirilmediği durumlarda ödenen 15

TL'ye ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, % 17.5'inin kararsız olduğu, % 48'inin katlanamadığı, % 34.6'sının ise katlandığı görülmektedir. Katılımcılar ortalama 2.65 puan almışlardır. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların Özel Hastanede uygulanan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir. Sağlık hizmeti türüne göre acil servislerden alınan kullanıcı katkısı ortalamaları içinde katlanılabilirliği en düşük ortalamaya sahip özel hastane acil hizmet kullanıcı katkısı tutarıdır.

Araştırmaya katılan katılımcıların, çalışanlardan alınan ilaç kullanıcı katkısı tutarı (alınan ilaç fiyatının % 20'si ve 3 kutu ilaca kadar 1 TL, her ilave kutu için +1 TL) uygulamasına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, % 21.9'unun kesinlikle katlanamam, % 14.3'ünün ise kesinlikle katlanırım şeklinde cevap verdiği görülmektedir. Katılımcılar ortalama 2.96 puan almışlardır. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların çalışanlardan alınan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir. Katılımcılar genel olarak sağlık hizmeti sunumu ve ilaçlardan alınan kullanıcı katkısı tutarında en fazla katlanılabilir buldukları uygulama çalışanlardan alınan ilaç kullanıcı katkısı uygulamasıdır. Araştırmaya katılan katılımcıların, emeklilerden alınan ilaç kullanıcı katkısı (alınan ilaç fiyatının % 10'u ve 3 kutu ilaca kadar 1 TL, her ilave kutu için +1 TL) uygulamasına ilişkin görüşleri değerlendirildiğinde, % 23.2'sinin kesinlikle katlanamam, % 13.9'unun ise kesinlikle katlanırım şeklinde cevap verdiği görülmektedir. Katılımcıların % 18.3'ü ise kararsızdır. Katılımcıların % 76.2'si çok uçta (hem katlanırım hem katlanamam) toplanmıştır. Katılımcılar ortalama 2.88 puan almışlardır. Frekanslar ve ortalama puana bakıldığında katılımcıların emeklilerden alınan kullanıcı katkısı tutarını orta düzeyde katlanılabilir buldukları söylenebilir.

Hafif, orta ve ağır şiddetli hastalıklarda, sağlık hizmeti türüne göre katılımcıların ödeyecekleri minimum ve maksimum kullanıcı katkısı değerlerini elde etmek için frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların Hastalık Şiddetine Göre Ödeyebilecekleri Kullanıcı Katkısı Tutarlarına İlişkin Bulgular

Sağlık Hizmeti Türü			Hafif Şiddetli Hastalıklarda	Orta Şiddetli Hastalıklarda	Ağır Şiddetli Hastalıklarda
Devlet Hastanesi	Min	\bar{x}	4.271	4.683	7.223
		SS	4.758	4.413	7.185
	Max	\bar{x}	11.392	12.278	16.758
		SS	6.324	6.856	14.588
Üniversite Hastanesi	Min	\bar{x}	5.117	5.544	8.233
		SS	5.015	4.839	7.666
	Max	\bar{x}	12.395	13.068	21.881
		SS	6.752	7.098	90.224

Özel Hastane	Min	\bar{x}	6.816	6.990	10.683
		SS	6.213	5.984	23.806
	Max	\bar{x}	13.787	14.484	36.655
		SS	7.928	8.306	245.515

Tablo 8'e bakıldığında, devlet hastanesinde hafif şiddetli hastalıklar için, minimum talep edilen kullanıcı katkısı tutarı, 4.217 ± 4.758 , maksimum 11.392 ± 6.324 puan almıştır. Orta şiddetli hastalıklar için, minimum 4.683 ± 4.413 , maksimum 12.278 ± 6.856 puan almıştır. Ağır şiddetli hastalıklar için ise, minimum 7.223 ± 7.185 , maksimum 16.758 ± 14.588 puan almıştır. Katılımcılar orta ve hafif şiddetli hastalıklar için minimum 4 TL maksimum 11-12 TL ödemeye razı iken, ağır şiddetli hastalıklarda ödeyecekleri kullanıcı katkısı tutarı artış göstermiştir. Hafif ve orta şiddetli hastalıklarda hemen hemen aynı tutarda kullanıcı katkısı ödemeyi tercih ederken, ağır şiddetli hastalıklarda katılımcıların daha fazla tutar ödemeye gönüllü oldukları söylenebilir. Devlet hastanesinden hastalık şiddeti göz önüne alınmadan uygulanan mevcut 6 TL'lik kullanıcı katkısı tutarının bireylerin ödeyecekleri minimum tutara göre fazlalık gösterdiği söylenebilir.

Üniversite hastanesi için katılımcıların hastalık şiddetine göre ödeyecekleri kullanıcı katkısı tutarları incelendiğinde, hafif şiddetli hastalıklarda minimum 5.117 ± 5.015 , maksimum 12.395 ± 6.752 , orta şiddetli hastalıklarda minimum 5.544 ± 4.839 , maksimum 13.068 ± 7.098 , ağır şiddetli hastalıklarda ise minimum 8.233 ± 7.666 , maksimum 21.88 ± 90.224 puan almıştır. Bireyler hastalık şiddetine göre, üniversite hastanesine devlet hastanesinden daha fazla miktarda kullanıcı katkısı ödemeye gönüllü oldukları söylenebilir. Hastalık şiddetine göre ise ağır şiddetli hastalıklarda bireylerin ödeyecekleri kullanıcı katkısı tutarı 21.881 TL'ye kadar artış göstermiştir.

Hastalık şiddetine göre özel hastaneden alınan kullanıcı katkısı tutarları ise, hafif şiddetli hastalıklarda minimum 6.816 ± 6.213 , maksimum 13.787 ± 7.928 puan almıştır. Devlet hastanesinden hafif şiddetli hastalıklarda minimum 4.271 puan, özel hastaneden minimum 6.816 puan alması, kullanıcı katkısı tutarlarının sağlık hizmeti türüne göre de farklılık göstererek artış gösterdiği söylenebilir. Katılımcıların özel hastaneye ödeyebilecekleri kullanıcı katkısı orta şiddetli hastalıklarda minimum 6.990 ± 5.984 , maksimum 14.484 ± 8.306 , ağır şiddetli hastalıklarda minimum 10.683 ± 23.806 , maksimum 36.655 ± 245.515 'tir. Bunların sonucunda katılımcıların özel hastaneye daha fazla miktarda kullanıcı katkısı tutarı ödemeye gönüllü oldukları söylenebilir. Hastalık şiddetine göre de farklı tutarlarda kullanıcı katkısı tutarı tercih ettikleri görülmektedir. Ağır şiddetli hastalıklarda özel ve devlet hastanesinden daha az miktarda kullanıcı katkısı talep edilirken, özel hastaneden daha fazla kullanıcı katkısı alınması mevcut uygulama ile tutarlılık gösterdiği söylenebilir.

Katılımcılar tarafından verilen cevaplar incelendiğinde, kullanıcı katkısı tutarları her sağlık hizmeti sunucusuna göre farklılık göstermektedir. Genel olarak katılımcıların özel hastaneye daha fazla kullanıcı katkısı tutarı ödemeye meyilli oldukları görülmektedir. Ayrıca hastalık şiddetine göre de bireylerin daha fazla tutarda kullanıcı katkısı ödemeye gönüllü oldukları

söylenbilir. Katılımcıların talep ettikleri minimum maksimum kullanıcı katkısı tutarları mevcut uygulama ile tutarlılık göstermezken, hastalık şiddeti boyutu esas alındığında mevcut kullanıcı katkısını ödemeye meyilli oldukları söylenebilir.

4. TARTIŞMA

Türkiye’de kullanıcı katkılarının cepten harcamalar içindeki payı, kullanıcı katkılarının boyutu veya oranı, sağlık hizmetlerine etkileri üzerine yapılmış ve yayınlanmış herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Uluslararası ve ulusal düzeydeki istatistikler incelendiğinde cepten yapılan harcamaların alt bileşenlerine ayrılarak yapılan bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu nedenle burada cepten yapılan harcamalara ilişkin yapılan araştırmalara dolaylı olarak kullanıcı katkılarına ilişkin bir fikir verebileceği için atıfta bulunulmuştur. Ayrıca diğer araştırmacılara yol göstermesi amacıyla uluslararası boyuttaki diğer araştırmalara da değinilmiştir.

Hastalar maliyet bakımından giderek artan oranda sağlık yardımı ve bakım masraflarının sorumluluklarını almaktadır. Bu çerçevede hastaların katkı payları hakkında ne bildiklerini ve nasıl anladıklarını anlamak çok önemlidir. Reed ve arkadaşları (2006: 810) tarafından yapılan 932 katılımcıya telefon yoluyla ulaşılan ve katkı paylarının hasta davranışlarına etkisini araştıran bir araştırmada acil servise başvurulduğunda kullanıcı katkısı ödemek durumunda olan hastalardan %41’inin alınan kullanıcı katkısı tutarından haberdar olduğu ve kullanıcı katkısı ödemek zorunda olan hastaların acil servisten tamamen kaçınmak yerine alternatif tedavi kaynakları aradıkları bulunmuştur.

Bu çalışmada kullanıcı katkı paylarından alınan tutarlara ilişkin bireylerin bilgisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Yapılan bu çalışmada katılımcıların kullanıcı katkısı ödediklerinin farkında olduğu, eczaneye ödedikleri ücretin bir kısmının sağlık kurumlarından almış oldukları hizmet karşılığında olduğunu bildikleri ancak sağlık hizmeti sunucularına ne kadar kullanıcı katkısı ödedikleri konusunda çok bir bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir.

Katılımcıların acil hizmet biriminde alınan kullanıcı katkıları tutarına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında katılımcıların sağlık hizmeti türüne göre alınan kullanıcı katkıları tutarına katlanılabilirliklerinin değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre en yüksek ifadenin “Devlet Hastanesi’nden alınan 6 TL’lik kullanıcı katkısı tutarına kesinlikle katlanamam” (29.2) ile en düşük ifadenin “Özel hastaneden alınan 15 TL’lik kullanıcı katkısı tutarına kesinlikle katlanırım” (9.4) ifadeleri olduğu görülmektedir. Buradan anlaşılacağı üzere bireylerin her hizmet sunucusu için acil hizmet birimine ödedikleri kullanıcı katkısı tutarlarından devlet hastanesi için ödedikleri tutara katlanamama oranları, özel hastaneye ödenen kullanıcı katkısı tutarına katlanılabilirlik oranlarına göre fazladır. Bu durumun bireylerin devlet hastanesini diğer hastanelere göre daha çok tercih etmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Katılımcılardan alınan tercihler değerlendirildiğinde tüm sağlık hizmeti sunucularından alınan kullanıcı katkısı tutarına bireylerin katlanamadığı söylenebilir. Katılımcıların katlanma oranlarının farklılık göstermesine, Türkiye’de gelir dağılımındaki eşitsizliğin neden olduğu söylenebilir. Gelir dağılımı dengesiz olduğu için, bireylerin kullanıcı katkılarına katlanma oranlarında farklılıklar tespit edilmiştir. Kullanıcı katkısına katlanabilen ve katlanamayan grup arasında bir yığılma olduğu bunu destekler niteliktedir. Baum ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu “Acil Hizmet Servislerin Kullanımında Kullanıcı Katkılarının Etkisi” adlı makalede de bu çalışmada olduğu gibi acil hizmetten alınan kullanıcı katkısı tutarına bireylerin katlanamamakta olduğu ve katılımcıların genel olarak acil hizmetlerinin ücretsiz olması gerektiğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca, acil hizmetten alınan kullanıcı katkısı tutarı ile

yaş, eğitim durumu, cinsiyet gibi değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması da bu çalışmayı destekler niteliktedir. Bu çalışmadan farklı olarak Baum ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olan bireylerin acil hizmet kullanımında kullanıcı katkısı tutarına daha fazla katlandıkları tespit edilmiştir. Bu durumun kullanıcı katkılarının ülkelere göre değişik şekillerde uygulanıyor olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Benzer şekilde England ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan “Gelişmiş Ülkelerdeki Acil Hizmet Birimlerinin Kullanıcı Katkısı Politikaları ve Uygulamaları” adlı bir başka çalışmada da acil hizmet birimine ödenen kullanıcı katkısı tutarları ile cinsiyet, eğitim ve yaş arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Yader (1989) Svaziland’taki yüksek ve düşük gelir grubundaki bireylerin sağlık hizmetleri kullanımında kullanıcı katkı ödemesi yapma konusunda istekli olup olmadıklarını saptamak amacıyla 5000 kişi üzerinde anket çalışması uygulamıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre bireylerin sağlık hizmeti kullanımında ödeme yapma konusunda istekli olmadıkları bulunmuştur. Ayrıca yüksek tutardaki kullanıcı katkısı düşük gelir gruplarının sağlık hizmeti kullanım oranını düşürmüştür. Bu çalışmada kullanıcı katkı ödemesi yapma konusunda kararsız olanlar bir kenara bırakıldığında, çoğunluğun kullanıcı katkı ödemesi yapmak istemesi bu çalışma ile farklılık göstermektedir. Ancak katılımcıların ödeme yapma konusunda istekli olmaları ile olmamaları arasında da çok küçük bir oran olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Özgen ve diğerleri (2010) tarafından yapılan “Katastrofik Cepten Sağlık Harcamaları ve Belirleyicileri” adlı çalışmada TÜİK Bütçe Araştırması 2004-2008 verilerinden yola çıkılarak elde edilen sonuçlara göre 2004 yılında cepten yapılan ödemelerin 2008 yılına kıyasla hane halkı kaynakları üzerindeki yükünün azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yeşil kartlı ve sağlık güvencesi olmayan haneler engelli bireylerin cepten harcama payının % 10 daha fazla olması gibi sonuçlar bireylerin finansal yüklerinin daha ağır olmasına yol açmaktadır. Bu nedenle sisteme yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği belirtilmektedir. Yine Yardım ve diğerleri (2010) tarafından yapılan Türkiye’deki katastrofik sağlık harcamalarının düzeyini belirlemeyi ve katastrofik harcamaları etkileyen faktörleri ortaya çıkarmayı ele alan bir çalışmada katastrofik harcamalara maruz kalan aile oranı % 0.6 olarak bulunmuştur. Kırsal kesimdeki ailelerin kentsel kesimdeki ailelere kıyasla yaklaşık olarak 3 kat daha fazla katastrofik harcamalara maruz kaldıkları saptanmıştır. Yıldırım ve diğerleri (2009) tarafından Ankara’da yapılan hastanelerde cepten yapılan sağlık harcamalarının belirleyicilerini tespit etmeye yönelik 500 kişiye ulaşılan bir araştırmanın sonucunda eğitim düzeyi, yaş ve gelir arttıkça yapılan harcamaların da arttığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada da eğitim düzeyi, gelir ve yaş faktörlerinin kullanıcı katkısı miktarını belirlemede temel değişkenlerden biri olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde Erus ve Aktakke (2012) tarafından Hanehalkı Bütçe Araştırmasının 2003-2006 verileri kullanılarak kamu sigortalılarının cepten yapılan ödemeler üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada sağlık reformlarının cepten yapılan ödemeler üzerinde bazı etkileri olduğu ortaya konmuştur. Bunlar sağlık hizmetlerine erişimin artış göstermesi ve yüksek sağlık harcamalarının insidansının düşmesidir. Sülkü ve Minbay Bernard (2009)’ın 2002-2003 Ulusal Hanehalkı Sağlık ve Harcama Araştırması verilerini kullanarak yaptığı, Türkiye’deki sağlık sigortası sisteminin cepten yapılan harcamalara karşılık koruma sağlayıp sağlamadığını ölçmeyi amaçladığı araştırmanın sonucunda da yoksul olan ve az gelişmiş bölgelerde yaşayanların daha fazla tutarda cepten ödeme yaptıkları tespit edilmiştir. Ayrıca yüksek finansal riskin, sağlığta dönüşüm öncesi dönemde kullanılan kamu sigorta programları ile arasında fark olduğu sonucuna da ulaşılmıştır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamada cepten yapılan ödemeler kapsamında ele alınan kullanıcı katkıları uygulaması fayda sağladığı düşünüldüğü için devlet tarafından uygulanan bir politikadır. Bu çalışmada bireylerin Türkiye’de mevcut maliyet paylaşımı uygulamalarına dair hastaların genel değerlendirmeleri ele alınmış, bireylerin hastalık türüne göre ne kadar kullanıcı katkısı ödemeyi talep ettiği tespit edilmiş, bireyler sağlık hizmeti kullanımında mevcut uygulamada ne kadar ödeme yaptıklarının bilincinde olup olmadıkları ortaya konmuş ve sağlık hizmeti için ödenen kullanıcı katkısı tutarına katlanılabilirlik durumu incelenmiştir. Bu kapsamda Isparta merkezde yaşayan 18 yaşından büyük 501 kişiye ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmada; katılımcıların çoğunun kullanıcı katkısı hakkında bilgisi olmadığı ve katılımcıların ödeme yaptıklarını ancak ne kadar ödeme yaptıklarını bilmedikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların en fazla oranda devlet hastanesine başvurulduğunda ne kadar kullanıcı katkısı ödedikleri ve en az oranda da acil sağlık hizmetlerine başvurdıklarında ne kadar kullanıcı katkısı ödediklerini bildikleri tespit edilmiştir. Bir başka deyişle katılımcıların devlet hastanesine ödedikleri kullanıcı katkı tutarını daha iyi bildikleri ancak acil sağlık hizmetine başvurdıklarında ödedikleri kullanıcı katkı tutarını daha az bildikleri anlaşılmıştır. Bunun sebebinin katılımcıların acil sağlık hizmetlerine başvurdıklarında herhangi bir ücret ödemediklerini bildiklerinden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin muayene olmak için cepten ödeme yaptığını bildiği ve yine eczaneye ödedikleri kullanıcı katkısı tutarının bir kısmının sağlık kuruluşundan aldığı hizmet karşılığında olduğunu bildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Diğer yandan katılımcıların sağlık hizmetine en çok özel hastanenin acil hizmet biriminden alınan kullanıcı katkısı tutarına katlanamadığı bulunmuştur. Bunun sebebi özel hastanelerde kullanıcı katkısı dışında ekstra muayene ve tetkik için alınan tutarlardan kaynaklandığı söylenebilir. Bireylerin en fazla katlandığı kullanıcı katkısı tutarı ise devlet hastanesinden alınan kullanıcı katkısı tutarıdır. Bu durumun devlet hastanesinden alınan kullanıcı katkısı tutarının daha az tutarda olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmanın bir diğer sonucu ise bireylerin ödemeyi kabul ettikleri kullanıcı katkısı tutarının hastalığın şiddetine göre değişkenlik göstermesidir. Bireylerin hastalığın şiddeti arttıkça daha fazla kullanıcı katkısı ödeme eğiliminde olduğu görülmektedir. Bunun yanında sağlık hizmetlerinden alınan kullanıcı katkısı tutarının hastalık şiddetine göre değişkenlik göstermesinde yaş, eğitim, medeni durum ve kronik rahatsızlık gibi değişkenlerin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin yaşı arttıkça sağlık hizmeti kullanım sayısı da arttığı için katılımcıların yaşı arttıkça daha az tutarda kullanıcı katkısı ödemeyi tercih ettikleri görülmektedir. Bireylerin yaşı arttıkça sağlık hizmeti kullanımı arttığı için, yaşlıların daha az tutarda kullanıcı katkısı ödemeyi tercih etmesinin mümkün olduğu söylenebilir.

Yine yapılan çalışma kapsamında, bireylerin ödemeyi talep ettikleri kullanıcı katkılarının sağlık sisteminden duyulan memnuniyet ile ilişkisi bulunmuştur. Sağlık hizmetinden memnun olanlar daha fazla kullanıcı katkısı ödemeyi kabul ederken memnun olmayanlar daha az miktarda kullanıcı katkısı ödemeyi istemektedirler. Sağlık hizmetinden memnuniyet faktörü kullanıcı katkısı tutarlarını belirlemede önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Ayrıca yaşlılar daha düşük tutarlarda kullanıcı katkısı ödemeyi isterken, gençler daha yüksek tutarlarda kullanıcı katkısı ödeyebileceklerini belirtmişlerdir. Bireylerin hastalık şiddetine ve sağlık hizmeti sunucusuna göre ödemeyi talep ettikleri kullanıcı katkı tutarı da değişkenlik göstermektedir. Sağlık hizmeti finansmanının bir uygulaması olan kullanıcı katkısı tutarına katlanılabilirlik durumu

değerlendirildiğinde bu tutara katlanabilen ve katlanamayan grup arasında bir yığılma olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetinden memnun olanlar alınan kullanıcı katkısı tutarına daha fazla katlanırken, sağlık hizmetinden memnun olmayanların kullanıcı katkısı tutarına katlanamadıkları görülmüştür.

Bu sonuçlardan hareketle diğer araştırmacılara ve kavram ile ilgili kişilere yardımcı olabilmesi adına aşağıdaki öneriler faydalı olabilir:

- ✓ Araştırmada ortaya çıkan bulgular yalnızca Isparta il merkezindeki araştırmaya katılan bireylerin görüşlerini yansıtmaktadır. Bu nedenle bir takım genellemeler yapılabilmesi için benzer çalışmaların diğer illerde de uygulanması önerilebilir.
- ✓ Bireylerin hastalık şiddetine göre artan miktarlarda kullanıcı katkısı ödemeyi tercih ettikleri saptanmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetleri planlamacılarının ve politikacılarının bireylerin sağlık hizmeti kullanımında kullanıcı katkılarının tutarlarını belirlerken hastalık şiddetine göre artan miktarda tutar belirlemeleri daha faydalı olacaktır.
- ✓ Temel insan haklarından biri olan sağlığın tüm vatandaşlara eşit ve yeterli bir şekilde sunulması gerekmektedir. Kamu sektörü, özel sigorta ve cepten yapılan ödemeler sağlık hizmetleri finansmanında temel üçlü olarak kabul edilmektedir. Kullanıcı katkılarının her gelir seviyesine sahip bireylerden alınması sağlık hizmetinin herkese ulaşılabilir olmasının önüne geçmektedir. Kullanıcı katkılarının koruma mekanizmaları net bir şekilde belirlenerek yoksul, yaşlı ve bakıma muhtaç kimselerden kullanıcı katkısı alınmasının önüne geçilmelidir.
- ✓ Talep odaklı bir uygulama olan kullanıcı katkı uygulamasına yönelik sorunların tespiti için bireylerin görüş ve isteklerine önem verilmesi gereklidir.
- ✓ Sağlık hizmetlerinin kullanımında kullanıcı katkılarının etkilerini inceleyen çalışmaların artması gerekmektedir. Bunu yapabilmek için de kullanıcı katkılarının sağlık finansmanında kullanılan cepten ödemeler içindeki payı Sağlık Bakanlığı tarafından net bir şekilde belirlenmelidir.
- ✓ Sağlık planlamacıları ve sağlık politikacılarının bireylerin sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan kullanıcı katkılarına ilişkin bilgilendirme çalışmalarını arttırması gerekmektedir. Gerek televizyon gerekse radyo yolu ile halk bilinçlendirilmelidir.
- ✓ Eczaneye kullanıcı katkısı tutarı ödendiği için eczacılar tarafından hastalar bilgilendirilmelidir.
- ✓ Yaşlıların ve kronik hastaların gerek ilaç yazdırmak gerekse muayene olmak için sağlık hizmetini daha çok kullandıkları ve daha çok kullanıcı katkısı ödemeye maruz bırakıldıkları görülmektedir. Bundan dolayı onları koruyacak şekilde kullanıcı katkısı koruma mekanizmaları genişletilmelidir.
- ✓ Sağlık sisteminden memnuniyet faktörü, alınan kullanıcı katkısı tutarına katlanılabilirlik durumunu doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle bireylerin sağlık sisteminden memnuniyet sağlayacakları politikaların geliştirilmesi gereklidir.
- ✓ Sağlık hizmeti kullanımını azaltmak, ek kaynak sağlamak amacıyla talep yönlü maliyet stratejisi olarak karşımıza çıkan kullanıcı katkılarının etkileri tespit edilerek talep yönlü maliyet sınırlama stratejileri geliştirilmelidir.
- ✓ Türkiye’de cepten yapılan ödemeler kapsamında kullanıcı katkılarının sistem içindeki payı tam olarak bilinmemektedir. Sağlık hizmetlerinde kullanıcı

katkılarının ne kadar payı olduğunu açığa çıkartacak ve kullanıcı katkılarının sağlık hizmetine olan etkilerini ortaya çıkartacak çalışmaların yapılması gerekmektedir

- ✓ Bundan sonraki araştırmalarda yaşlılar ve kronik rahatsızlığı olan hastalar üzerinden yola çıkılarak kullanıcı katkısının sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi araştırılmalıdır.
- ✓ Ayrıca bundan sonraki araştırmalarda hastaların herhangi bir sağlık hizmeti sunucusunun poliklinik servisine başvurduğunda kullanıcı katkısının etkisi olup olmadığı araştırılmalıdır.
- ✓ Her sene değişiklik gösteren kullanıcı katkısı tutarlarının, bir önceki yıla göre hastaların sağlık hizmeti kullanımında etkisi olup olmadığı da araştırılması gereken diğer bir konudur.
- ✓ Türkiye’de yapılacak çalışmalarla desteklenmesi amacıyla maliyet paylaşımı üzerine yapılacak araştırmaların sayısı artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Austvoll-Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G., Ramsay, C., Oxman, A.D. Sturm, H., et al, (2008), “Pharmaceutical Policies: Effects on Cap and Co-payment on Rational Drug Use”, *Cochrane Database Systems Review*, 23(1): 4-8.
- Beck, R.G., (1974), “The Effects of Co-Payment on the Poor”, *Journal of Human Resources*, 9(1): 129-142.
- Çelik, Y., (2011), *Sağlık Ekonomisi*, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi
- Dupas, P. And Nber S., (2012), *Global Health System: Pricing and User Fees*, Elsevier Encyclopedia of the Health Economics.
- Jarret, S., and Ofosu-Amaah, S., (1992), “Strengthening Health Services for MCH in Africa: The First Four Years of the Bamoka Initiative”, *Health Policy and Planning*, 7(2): 164-176.
- Nolan, B. and Turbat V., (1995), *Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa*, Washington: The World Bank.
- Orhaner, E., (2014), *Türkiye’de Sağlık Sigortası*, Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Resmi Gazete, (2006), “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, Kanun No: 5560, 16.06.2016, Sayı: 26200, Ankara.
- Resmi Gazete, (2008), “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun Hükmünde Kararname Yapılmasına Dair Kanun”, Kanun No: 5474, 08.05.2008, Sayı: 26870, Ankara.
- Sezer Korucu, K. S., ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, 32(1).
- Thomson S., Foubister T., Figueras J., Kutzin J., Permanand G., Bryndova L., (2009), *Adressing Financial Sustainability in Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies*, Geneva, WHO Regional Office for Europe.

- Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E., (2008), *Health Care Financing in the Context of Social Security*, Policy Department Economic and Scientific Policy, European Parliament, Strazburg.
- WHO, (2005), *The Practice of Charging User Fees at the Point of Service Delivery for HIV/AIDS Treatment and Care*, Geneva.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., ve Erdem R., (2011), “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Durum Deđerlendirmesi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2): 71-98.