

Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulamasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisi *The Participation Share Application in Healthcare Services The Effect on Financial Sustainability*

Temel GÜRDAL

Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü, tgurdal@sakarya.edu.tr

Mustafa Necati ÇOLAK

Yüksek Lisans, mncolak@gmail.com

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:

Geliş 27 Temmuz 2018

Düzeltilme Geliş 11 Eylül 2018

Kabul 14 Eylül 2018

Anahtar Kelimeler:

Mali Sürdürülebilirlik, Sağlık
Hizmeti, Katılım Payı, Sağlık
Dönüşüm Programı, Neo-liberal

© 2018 PESA Tüm hakları
saklıdır

ÖZET

Çalışmanın amacı hastaneye başvurduklarında hastalardan alınan tedavi katılım payının sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine etkilerini ortaya koymaktır. Çalışma yapılırken nitel ve nicel yöntemler kullanılmıştır. Bu amaca ulaşma yolculuğunda literatürdeki çalışmalar, Kamu Hastaneleri Birlikleri yöneticilerinin anket vasıtası ile alınan ve analiz edilen görüşleri, konu hakkında Sağlık Bakanlığı yaklaşımları ve bağlantılı kurum istatistikleri kullanılmıştır. Ankete katılan yöneticilerden katılım payı alınmasını gerekli görenler, Ülkemizde sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulmadığını ifade etmişlerdir. Ankete yöneticilerinin katılım payı uygulamaların sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine olumlu katkısı olduğuna inandıkları görülmektedir. Bu algının literatür taramaları, çalışmamızda aktarılan veriler, anket analizleri ile tutarlı ve uyumlu olduğu görülmektedir.

ARTICLE INFO

Article History:

Received 27 July 2018

Received in revised form 11

September 2018

Accepted 14 September 2018

Keywords:

Financial Sustainability,
Participation Share, Health service,
Health Transformation Program,
Neo-liberal

© 2018 PESA All rights reserved

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the effects of treatment contribution rate on financial sustainability of health services when they apply to hospital. Qualitative and quantitative methods were used in the study. The studies in the literature on the journey to reach this goal, the opinions of the managers of Public Hospitals Unions, which were taken and analyzed through questionnaire, the Ministry of Health approaches and the related institution statistics were used. Those who received the participation share from the surveyed managers stated that a sustainable financial system has not been established in the financing of health services in our country. It is observed that the participation rate of the executives of the survey is believed to contribute positively to the financial sustainability of the health service. It is seen that literature search of this perception, are consistent with questionnaire analysis.

GİRİŞ

Bu çalışmanın amacı 2009 yılından beri uygulanan ve hastane başvuruları sırasında hastalardan talep edilen katılım payının, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (Bundan sonra SDP olarak kısaltılacaktır.) mali sürdürülebilirliğine etkilerini ortaya koymak olarak belirlenmiştir. Yapılan literatür taramasında SDP'nin mali sürdürülebilirliği kapsamında alınan katkı payı hakkında Kamu Hastane Birlikleri (Bundan sonra KHB olarak kısaltılacaktır.) yöneticilerinin algılarını, bu algıların Sağlık Bakanlığı (Bundan sonra SB olarak kısaltılacaktır.) beyanları ve literatür çalışmaları ile bağdaşp bağdaşmadığını analiz eden çalışma bulunmadığı görülmüştür.

Çalışma yapılırken nitel ve nicel analiz yöntemleri kullanılmıştır. Çalışma konusu ile alakalı kaynaklar basılı ve dijital olarak belirlenmiştir. İçerikle bağlantı olduğu öngörülen SB yayınları ve resmi gazete nüshaları taranmıştır. Ayrıca konu bağlantılı kitap, tez, makale, inceleme-ilerleme raporları, haberler değerlendirilmiştir. KHB ilgili dönem yöneticilerinden oluşan evren içinden seçilen örneklem üzerinden anket uygulaması yapılmıştır. Değerlendirmeler ve analizler bu anket üzerinden gerçekleştirilmiştir. Anketler matbu olarak ve e-mail adresi ile dijital ortamda doldurulmuştur. Oluşan veriler SPSS istatistik program aracılığıyla güvenilirlik, frekans analizi, ki-kare analizi, Kolmogorow Smirnov testlerine tabi tutulmuştur. Çalışma içeriğinde oluşturulan hipotezlerin KHB yöneticileri tarafından kabul ve ret durumlarına göre soru, ifade, yargılar, arasında bağlar kurularak analizin genişletilmesine çalışılmıştır.

Bu çalışmasının kapsamının 2013 yılı itibari ile KHB bünyesinde görev yapan sözleşmeli personele uygulanan anket sonuçları ve SDP'nin halen süren uygulamaları çevresinde şekillenmesi öngörülmektedir. Çalışmamızın ana eksenini katılım payı uygulaması ile ankete katılan yöneticilerin demografik verileri, SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları, SDP'nin mali sürdürülebilirlik başarı algısı, Ülkemiz sağlık hizmetlerinde finansal açıdan sürdürülebilir bir sistemin varlığı algısı, SDP'nin diğer uygulamaları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı oluşturacaktır.

Çalışma neticesinde 2009 yılında başlayan hastalardan katılım payı alınmasına ilişkin uygulamanın, yıllar içindeki değişimi paylaşılacaktır. Katkı payının nasıl ve ne şekilde alındığı izah edilmeye çalışılacaktır. Toplanan katılım payının tutarlarının sağlık harcamalarına etkisinin aktarılması öngörülmektedir. Ayrıca alınan katkı payının maliye politikası anlamında hangi politikalar ile örtüştüğü araştırılacaktır. Bu kapsamda çalışma sonucunda ortaya çıkacak bulguların literatüre hastalardan alınan katılım payının sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine etkilerinin ne yönde olduğunun ve SDP'nin daha iyi anlaşılması adına katkı yapması beklenilmektedir.

1.SDP'nin Ana Fikri Sürdürülebilirlik

1.1. Maliye Politikası Olarak Sürdürülebilirlik Nedir?

Maliye politikasında mali sürdürülebilirlik (fiscal sustainability) terimi son zamanlarda sıklıkla üzerinde konuşulan bir kavramdır. Yapılan tarama çalışmasında üzerinde herkesin uzlaştığı bir mali sürdürülebilirlik tanımı olmadığı görülmektedir.

Mali sürdürülebilirlik Izquierdo ve Panizza göre “Bir ülkenin borçlarını ödeyememe ya da borçlarını aşırı şekilde monetizasyonla finanse etme aczine düşmeden, mevcut bütçe kısıtı içinde gelecekteki borçlarını ödeyebilmek için önemli bir düzenlemeye ihtiyaç duymaksızın borç oranını kontrol altında tutabilmesi” olarak izah edilmiştir (Şen, Sağbaşı ve Keskin, 2010:104-105).Mali sürdürülebilirlik tanımlarında Domar'ın düşüncelerine dayanan ortak bir yönü olduğu ve bu ortak yönün “Sonsuz zaman süresinde elde edilecek bütün faiz dışı fazlaların net bugünkü değerlerin toplam kamu borcunun başlangıç değerine eşit olmasıdır.” kelimeleri ile tanımlandığı görülmektedir (Gökten, 2008:426).

Mali sürdürülebilirlik ile devletlerin borçlarının ödenmeye devam edilmesi arasında bir bağ olduğu görülmektedir. Keynes kendisine başvuran hükümete mali sürdürülebilirliğin sağlanması için yeni politikalar belirlenmesi gerektiğini açıklamıştır. Ayrıca “Kamunun yükümlülüklerinin ulusal gelire oranı aşırı yüksek değerlere ulaşmıştır”, “Tahvil sahiplerinin

alacaklarının, vergi verenlerin karşılayabileceğinin çok üstüne çıktığı aşikârdır.” “Hükümetin vergi artırmak veya harcamaları azaltmak veya sahip olduklarını azaltmak arasında karar vermesi gerekmektedir” tespitlerini yapmıştır (Ergün, 2005:4).

Keynes’in yapmış olduğu bu üç tespitin, mali sürdürülebilirliğin önemi açısından değerli veriler sunduğu düşünülmektedir. Bu kurallara uymayan hükümetlerin, iyileşme sağlanabilmesi için vergi artırmak, harcama azaltmak veya ellerinde bulunanları azaltmak gibi, günümüzde acı reçete diye tabir edilen önlemleri almak zorunda kalacağı vurgulanmaktadır.

Bu tespitler sayesinde devletlerin kamusal ödevlerini yapabilmek için gelir gider dengesini gözeten ve mali sürdürülebilirlik kurallarına bağlı bir sisteme sahip olmalarının gerektiği görülmektedir. Hükümetlerin maliye politikalarının sürdürülebilir olması hususundaki tanımlardan yola çıkarak, sürdürülebilir maliye politikasını; hükümetlerin ileri süreçlere yapacakları ödemelerin bütçe dengelerini aksatmayacak tarzda güncel maliye politikalarının icra edilmesi olarak tanımlamak mümkün görülmektedir (Ergün, 2005:4).

Mali sürdürülebilirlik ilkesi ekonomik krizlerle yakından ilişkilidir. Hükümetlerin krizlerden çıkışla ilgili yeni politikalar geliştirmek zorunda oldukları bilinmektedir. Vergi değişimleri veya yeni maliye politikaları gündeme gelmektedir. Bu değişiklikler oluşturulurken krizden çıkış yolunu bulmanın mutlak büyüme ile şekilleneceği düşünülmektedir. Büyüme mali sürdürülebilirlikle doğrudan ilişkilendirilmektedir (Karakurt, 2010:169-180).

Sürdürülebilirlik ilkesinin dünya ekonomileri içinde değer kazanmasının birçok nedeni vardır. Bu nedenler arasında krizlerden daha az etkilenerek gelecek yeni yatırımcılara güvenli sahalar gösterip ekonomik büyümeyi artırmanın önemli etkisi olduğu düşünülmektedir (Ergün, 2005:15). IMF, programlarının uygulandığı ülkelerin bir kısmında, sürdürülebilir bir büyümenin sağlanması temel hedef olarak belirlenmektedir (Şeker, 2005:227). Ortaya koyulan bu hedefler IMF’ye üye ülkelerin, maliye politikalarında etkilerini göstermiştir. Böylelikle mali sürdürülebilirlik üye ülkelerin en önemli kıstaslarından biri haline gelmiştir (Arısoy ve Ünlükaplan, 2010:445)

SDP ile hastaneye başvuru sırasında hastalardan alınan katılım payının hangi maliye politikası yaklaşımının sonucu olduğu önemli bir tartışma konusudur. Bu kapsamda çalışmamıza katılan yöneticilerin algısını belirlemek için anket metninde üç temel maliye politikası yaklaşımına yer verilmiştir.

Klasik maliye politikası olarak adlandırılan bu yaklaşım arz ve talebin kendi kendine bir dengeye geleceğini ve piyasanın kendi kurallarını belirleyeceği ilkesine dayanmaktadır. Ayrıca devletin eğitim ve sağlık hizmetlerine verdiği desteğin kısıtlı olması veya hiç müdahale edilmemesini savunmaktadır (Pehlivan, 2008:23-24).

John Maynard Keynes klasik maliye politikasının şekillendirdiği mekanizmalarının iddia ettiği gibi piyasanın kendiliğinden düzenli bir şekilde oluşan dengeli bir yapıya sahip olmadığını savunmuştur. Bununla birlikte ekonominin dengede kalabilmesi için mutlak müdahaleye ve de devletin müdahalesine ihtiyacı olduğu aktarılmaktadır (Pehlivan, 2008: 23-24). Keynesyen maliye politikalarının kabul görmesi ile devletler eğitim, sağlık gibi alanlarda da yeni ve ileri sorumluluklar almışlardır. (Şahin, 2006:43).

Neo liberalizm görüşü 1970’li yıllarda petrol krizinden sonra ortaya çıkmıştır. Bu görüşe göre; serbest piyasa ekonomisi, siyasal, bireysel ve sosyal özgürlükleri en üst sürece taşıyacaktır. Bunların yanında artan üretim ve pazarlama unsurları sayesinde üretilecek her şeyin daha ucuza mal edileceği fikri benimsenmiştir. Devletlerin rolü ise özel yatırımcının talep ettiği piyasalara girişini desteklemek olarak belirlenmiştir (Elbek ve Adaş, 2009:34).

1.2.SDP ve Mali Sürdürülebilirlik

Dönemin hükümeti 2003 yılında ilan edilen SDP’nin sosyal devlet ilkesini önceleyeceğini açıklamıştır (SB, 2003:3). SB SDP’nin dünyadaki gelişmeleri izleyen, ülkemizin sosyal ve ekonomik gerçeklerine uygun, Türkiye modeli oluşturmak için açıklandığını savunmaktadır (SB, 2010:27). Konu ile alakalı bir çalışmada SDP’nin Ülkemize has özellikleri

önemsemediğinden, ortaya çıkan reform çalışmalarının her alanda istenilen sonucu doğurmayacağı belirtilmektedir. İlgili çalışmada SDP'nin küresel politikaların etkisinde kaldığı vurgulanmaktadır (Ağartan, 2010:71). SDP'nin asıl hedefinin insan merkezli bir yapı kurmak yerine uluslararası güçlerin ülkemizdeki sağlık ekonomisinden daha fazla pay almasını sağlayacak bir program olduğunun belirtildiği çalışmalar mevcuttur. Özellikle uluslararası finans kuruluşlarının programlarını uygulamasındaki ısrarın temel nedeninin bu olduğu vurgulanmaktadır. SDP ile ortaya koyulacak uygulamaların toplumsal kesimlerin onayı alınmadan uygulamaya konulduğu fikri savunulmaktadır (Avcı, 2005:56).

Çalışmamızın bundan sonraki bölümünde önemli bir yer tutacak olan sürdürülebilirlik ilkesi ise yeni geliştirilen sağlık sisteminin, eldeki kaynak ve imkânlarla uyum göstermesi ve kendini sürekli besleyen bir devamlılık içerisinde olması olarak kabul edilmektedir (Akdağ, 2003:25). Bahsi geçen bu ilke SDP'nin mali sürdürülebilirliğinin temeli olarak görülmektedir. SDP uygulamaya konulduktan sonra mali anlamda yapılan birçok değişikliğin bu ilke ekseninde hayata geçirildiği ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti verebilmek adına icra edildiği savunulmaktadır.

SDP'nin yol gösterici ilkelerinden olan sürdürülebilirlik ilkesi zaman içinde SDP'nin Maliye politikası açısından üzerinde en çok durulabilecek unsuru haline gelmiştir. Bu unsur SDP ilan metninde "Geliştirilecek olan sistemin, ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyecek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir" (SB, 2003:25) kelimeleri ile tanımlanmıştır.

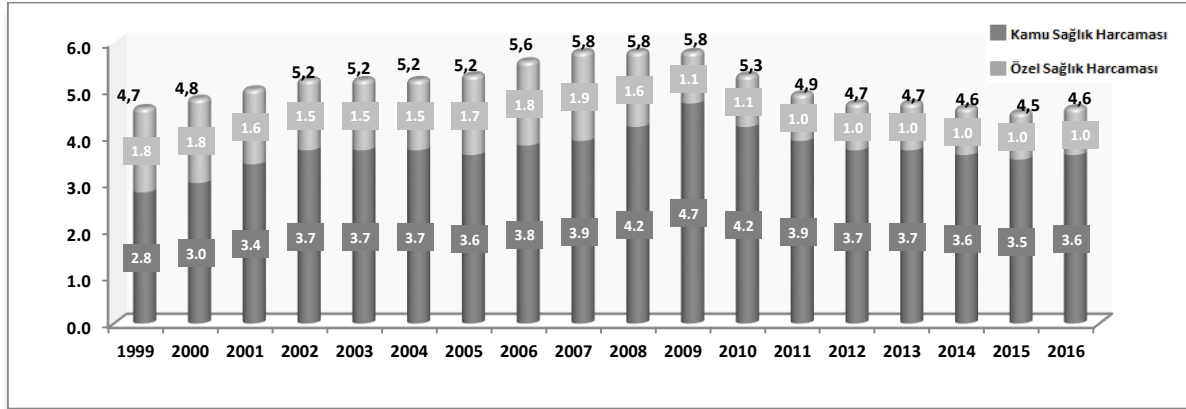
SB SDP'nin sürdürülebilirlik ilkesini programın ana fikri olarak belirlediğini daha sonra yayınladığı metinlerde aktarmıştır (Akdağ, 2011:7). SB çalışmalarında, SDP ile sağlık hizmetinde verimliliğin arttığı, bunun ise mali sürdürülebilirliği sağladığı vurgulanmaktadır. SB tarafından mali sürdürülebilirliğin temel ilkesinin, gelir ve giderin eşitliğinin sağlanabilmesine yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi olarak açıklandığı görülmektedir. SB yayınlarında mali sürdürülebilirliğin tanımı; eşit gelir gider olarak verilmektedir (Akdağ, 2011:322-344).

Konu hakkında yapılan bir çalışmada SDP ile hayat bulan liberal iktisat politikaları çerçevesinde sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırıldığı vurgulanmıştır. Kamunun özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerini bütçe disiplininin sağlanması gereken bir harcama kaleminden ibaret gördüğü vurgulanmaktadır. Özel sektör için ise bu alan yüksek kârların elde edilebileceği bir yatırım alanı olarak görülmektedir. KHB'lerin kurulması ile tedavi edici sağlık hizmetlerinin içinde yer alan 2. basamak sağlık hizmetlerinin herhangi bir özgün farklılığı olmayan sağlık ekonomisinin ve piyasa ilişkilerinin nesnesi haline getirilmesi sağlanıyor fikri savunulmaktadır (Tüzün, 2010:93).

Hastaların sağlık hizmetine ulaşmasının önündeki engeller SDP ile azaltılmıştır. İlaç teminin kolaylaştırılması, yeni hastanelerin açılması, hastane birleştirmeleri, hastaneden hizmet alma şartlarının kolaylaştırılması uygulamaları sağlık hizmetine olan talebi artırmıştır. Artan bu talep sonrasında Türkiye'de kişi başı hekime müracaat ortalaması 2002 yılında 3,1 olarak gerçekleşirken 2016 yılında ise bu oranı 8,6'ya yükselmiştir (SB, 2017:143). Bu alandaki Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Bundan sonra OECD olarak kısaltılacaktır.) ortalaması 2016 yılında 6,9'dur. Türkiye'deki bu oran OECD ülkelerinin ortalamasının üzerine çıkmıştır (SB, 2017:144).

OECD tarafından 2008 yılında yayınlanan raporda, Türkiye'de verilen sağlık hizmetinin mali açıdan sürdürülebilir olabilmesi için yeni önlemler alınması gerektirdiğinin belirtilmesinin bu açıdan önemli bir tespit olduğu görülmektedir (OECD, 2008:123). Önlem gerektiren artışlardan birinin istatistiksel olarak en belirgin verilerinden olan muayene sayılarının artması ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarındaki artış olduğu görülmektedir. SDP uygulamaları sonucu oluşan arz fazlalığı ve çeşitliliğinin sağlık hizmeti talebini yukarı yönde etkilediği görülmüştür. Bu kapsamda SDP'nin mali sürdürülebilirliğini sağlamak için finansal dengenin kurulması kaçınılmaz bir hal almıştır. SDP'nin sağlık hizmetine ulaşmayı kolaylaştırdığı tespiti yapılmaktadır. Ancak sevk zincirini uygulamadığı için sağlık harcamalarının beklenenden fazla arttığı görülmektedir (Özer, 2015:168).

Grafik 1 incelendiğinde 2001 yılında toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'ya (Bundan sonra GSYİH olarak kısaltılacaktır.) göre %5,1 seviyesinde kaldığı görülmektedir. İlgili oranın 2008 ve 2009 yıllarında %5,8'e tırmandığı görülmektedir. Bu muhtemel artışın nedenleri olarak hastanın hekime kolay ulaşılabilir olması, prim toplama yöntemleri artan seçenekleri ve teknolojiler, SDP'nin arz yönlü bir artışa neden olması sayılmaktadır (Akdağ, 2011:332-344). Sosyal Güvenlik Kurumu (Bundan sonra SGK olarak kısaltılacaktır.) bünyesinde olsalar da hastalardan 2009 Ekim ayından itibaren kamu ve özel sağlık tesislerinde muayene olduklarında haricen katılım payı alınması uygulamasına geçilmiştir. Alınan diğer önlemler ve katılım payı uygulaması sonrası GSYİH içindeki kamu ve özel sağlık harcamaları oranı azalmaya başlamış 2010 yılında %5,3'e 2016 yılında ise %4,6'ya gerilemiştir.



Kaynak: SB, 2017:235.

Grafik 1: Yıllara Göre Kamu- Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%'lik Oranlar)

Tablo 1: GSYİH, Sağlık harcamaları ve Muayene Sayılarının Karşılaştırılması¹

Açıklamalar	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GSYİH (Milyon)	359.359	1.160.014	1.394.477	1.569.672	1.809.713	2.044.446	2.338.647	2.608.526
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%725
GSYİH içinde Sağlık Harcaması %	5,22	5,3	4,9	4,7	4,7	4,6	4,5	4,6
Artış/Azalış	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	%-17,7
GSYİH içinde Sağlık Harcaması (Milyon)	18.774	61.678	68.607	74.744	84.390	94.750	104.508	119.756
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%637
Muayene Sayısı Adet	208.966.049	539.085.967	611.236.345	621.786.297	630.321.124	643.922.030	660.099.447	685.709.179
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%328
Sağlık Harcaması/ Muayene Sayısı (TL)	1.719,70	2.151,82	2.281,40	2.524,46	2.871,10	3.174,64	3.542,87	3.804,13
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%221
GSYİH/ Muayene Sayısı (TL)	89,84	114,41	112,24	120,21	133,88	147,13	158,41	174,65
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%194

Kaynak: SB, 2017:143-176-233-235

Tablo 1 incelendiğinde GSYİH kamu sağlık harcamalarına oranı azalsa da kamu hastanelerinde muayene sayılarının azalmadığı ve 2010 yılında 539 milyon civarında olan muayene sayısı, 2012 yılında 621 milyona, 2016 yılında ise 685 milyona çıktığı görülmektedir

Her ne kadar hasta muayene sayıları artmış olsa bile; 2002 yılından sonra 7,25 kat artan GSYİH'in içinde sağlık harcamalarının 6,37 kat ile daha düşük bir sevide arttığı görülmektedir. Sağlık hizmetine ayrılan payın artışı GSYİH'in artış miktarı oranda sağlanmış olsaydı 2016 yılında sağlık harcamalarının 119 milyar TL yerine 136 milyar TL olacağı anlaşılmaktadır. Ayrıca yıllık muayene sayılarının GSYİH ve sağlık harcamaları ile karşılaştırılması sonucu elde edilen verilere göre 1 muayene başına düşen harcamanın

¹ Muayene sayıları tüm sağlık tesislerini kapsar

GSYİH'ında ki artış oranının çok gerisinde kaldığı ve sağlık harcamaları ile kıyaslandığında 2,21 kat GSYİH'a göre ise 1,94 kat arttığı görülmektedir.

1.5.Katılım Payı ve Sürdürülebilirlik

SDP ilan metinde sağlık hizmetinin maliyetinin azaltılarak verilebilmesi için kademeli ve etkili sevk zinciri uygulaması başlatılmasının SDP'nin önemli bir bölümü olacağı vurgulanmıştır. Başka bir ifade ile sek zinciri uygulamasının sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltacağı ve mali sürdürülebilirliğe katkısı olacağı vurgulanmıştır. Sevk zinciri olduğu halde zincire uymadan yataklı tedavi kurumlarına başvuran bireylerin ödeyecekleri katkı payı sosyal devlet anlayışına aykırı görülemeyeceği SDP metninde ifade edilmiştir (Akdağ, 2003:31).

Bu amaçla 5510 sayılı kanun 70. maddesi sevk zinciri uygulaması açısından bazı temel ilkelere işaret edilmiş ve örgütlenme gibi ayrıntılar SB ile SGK'ya bırakılmıştır. Bu kanun ile sevk zinciri uygulamasının kanuni alt yapısı sağlanmıştır. Bu durum bir zorunluluk olarak tanımlanmıştır (Resmî Gazete, 2006:26200). SB sevk zincirini belli bir bölgede uygulama kararı almıştır. Fakat faaliyete girdikten sonra vatandaşların tepkisini çeken bu uygulamaya öncelikle ertelenmiş ve sonrada tamamen devre dışı bırakılmıştır (www.haberler.com, 27.10.2017).

Hastanın hekimle buluşma sıklığını tarif eden, hastanın hekime ulaşma oranının yükselmesi (SDP uygulamaya başlamadan önce Türkiye'de kişi başı hekime müracaat ortalaması 2002 yılında 3,1 olarak gerçekleşmiştir. 2016 yılında ise kişi başı hekime müracaat oranı 8,6'ya yükselmiştir.) sonucu muayene sayıları artmıştır. Muayene işlemi hastanelerin ana giriş işlemi ve sağlık hizmetindeki mali yapının şekillendiricisi ve hızlandırıcısı olarak görülmektedir. Bu oranın düşmesi, çıkması veya sabit kalmasının sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemekte olduğu bilinmektedir.

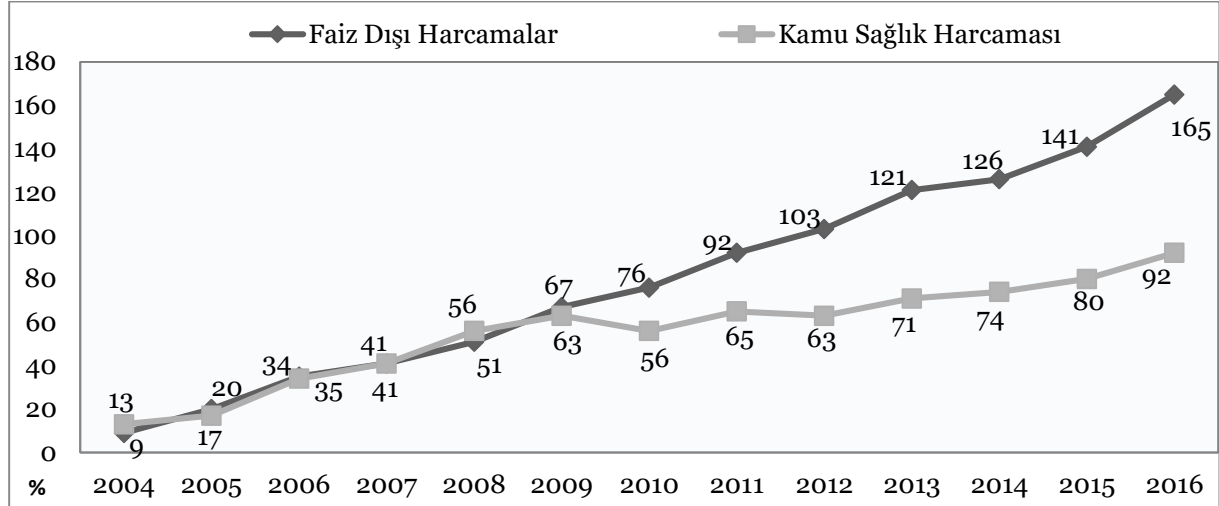
SB'na bağlı 2.ve 3. basamak hastanelerde yapılan muayene sayılarında oluşan artışların doğurduğu yeni mali durumun üzerinde durulması gereken bir hal aldığı görülmüştür. Sevk zincirinin uygulaması ile sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliği arasında bağ kuran SB uygulamayı zorunluluk olarak görse bile başlatamamıştır. SB 2009 yılında artan sağlık harcamalarının yavaşlatılabilmesi için yeni kararlar vermek durumunda kalmıştır. Bu yeni kararların en çok ses getiren ve yaygın alana sahip uygulaması, hastaların hastanelere olan talebini frenleyecek unsur olarak görülen hastalardan alınacak katılım payı olduğu görülmektedir. SDP ile getirilen katkı payı uygulaması bireylerin katlanmak zorunda olduğu ek bir yük olarak görülmektedir. Ayrıca SDP ile yaşanan dönüşümün bireyler gözünde doğru ancak yeterli olmadığı algısının varlığı bilinmektedir (Gümüş ve Çelikay, 2011:81)

Türkiye'deki sağlık hizmeti finansmanının en önemli sağlayıcısının kamu kaynakları olduğu, ancak bunların kontrolsüz ve karmaşık yapılarca kullanıldığı SDP ilan metninde yer almaktadır. Bu sebepten dolayı bütçe yükünü artırdığı ve devletin üzerine binen yükünü azaltılması ve SB'nin daha çok denetleyici, kural koyucu şekilde konumlandırılması belirtilmesinin neo liberal maliye politikalarının etkili olacağı anlayışını doğurmaktadır. 2009 yılından sonra sağlık hizmetinin mali tarafının daha sıkı takip edildiği veya yeni uygulamalar başlatıldığı görülmektedir.

Bu kapsamda kamuoyunda en çok tartılanlardan biri olan hastanelere başvuran kişilerden katılım payı alınması uygulaması olarak göze çarpmaktadır. Kanuni alt yapısı hazırlanmış olan ve katkı ücretlerin alınmasının ön şartı olarak kabul edilen sevk zinciri uygulaması başlatılmadan katkı ücreti alınmaya başlanmıştır (Resmî Gazete, 2008:27097.7.Mükerrer).Böylelikle sağlık hizmetleri için pirim adı altında belli bir bedel ödeyen kişilerden fazladan cepten yapacakları bir maliyete katlanmaları istenmiştir. Bu kararın gerekçesi ile alakalı olarak birçok açıklama yapılmış olsa bile katkı payı uygulanmasının en önemli etkeninin SDP'nin mali sürekliliğinin sağlanması için talep yönetimini şekillendirmek olduğu dönemin hükümeti tarafından kabul edilmiştir (Şimşek, 2010:30). Yukarıdaki bilgilerden anlaşılacağı üzere sağlık hizmetine artan talebin SDP'nin mali sürdürülebilirliğine zarar verebileceği endişesi ile SDP'nin mali sürekliliğinin sağlanması adına talep yönetiminin yapılabilmesi için katkı ücreti uygulamasının başlatılmış

olduğu söylenilebilir. SB 2009 yılında dünya ölçeğinde yaşanan küresel mali kriz sonrası alınan önlemler sonucunda 2010-2012 yılları arasında mali sürdürülebilirliği sağlayacak çalışmalar yapıldığını ve bu konuda başarılı olduklarını açıklamıştır (Akdağ, 2011:74).

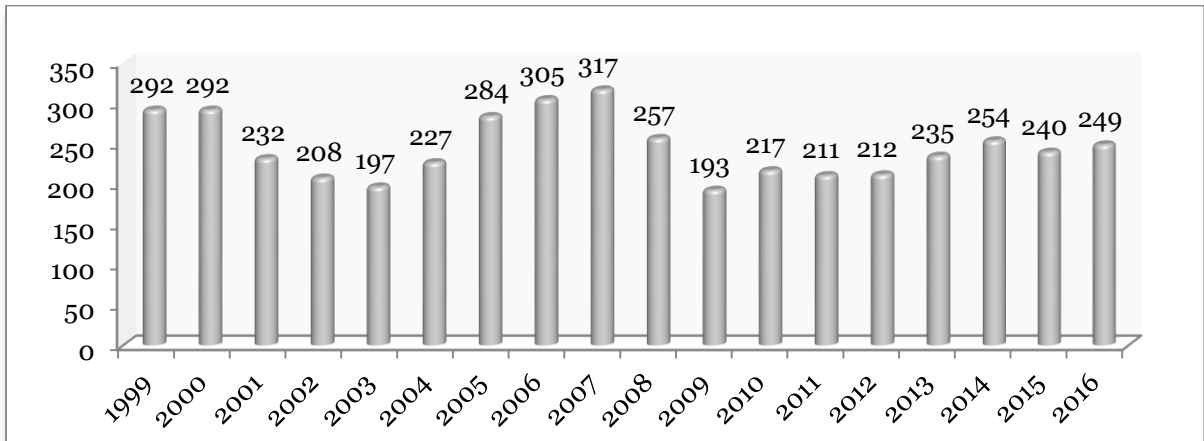
Grafik 2'de yer alan bilgiler incelendiğinde 2008 ve 2009 yılları sağlık harcamalarında önemli dönemler olarak öne çıkmaktadır. SDP'nin uygulanmaya başlandığı ilk yıllardan sonra kamu sağlık harcamaları ile faiz dışı harcamalarının artışının yakın oranlarda olduğu görülmektedir. Bu harcamaların 2009 öncesi bazı yıllarda faiz dışı harcamalardan yukarıda olduğu görülmektedir. SB çalışmaları ve OECD raporları doğrultusunda yüksek sağlık harcamasının oluşmasını engellemek ve sağlık hizmetinde mali sürdürülebilirliğini sağlamak için 2009 yılından itibaren kamu sağlık harcamalarının düşürülmesi ve ek kaynaklar oluşturulması için çalışmalar hızlandırılmıştır.



Kaynak: SB, 2017:243

Grafik 2: 2004-2016 Yılları Arası Faiz Dışı Fazla Harcamaları Ve Sağlık Harcamalarındaki Artış Oranları (%'lik Oranlar)

Grafik 3 den anlaşılacağı üzere hastalardan katılım payı alınması uygulamasının başlatıldığı 2009 yılından sonra bireylerin cepten yaptığı sağlık harcamalarında artış görülmektedir.



Kaynak: SB, 2017:240.

Grafik 3: Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması Reel (TL)

Katılım payı uygulaması hasta talebini sayısal olarak azaltamamasına rağmen uygulamada tutulmuştur (SB, 2017:143-233). Ancak 2009 yılından beri yapılan sağlık harcamaları incelendiğinde bu kararın yansımaları görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının 2009 yılında %81 olduğu bu payın uygulama değişiklikleri ile 2014 yılında ise %77,5'e düştüğünü vurgulamaktadır (Sayım, 2017:13) Buna mukabil bireyler tarafından cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık

harcaması içindeki payının 2009 yılında %14,1 iken 2014 yıllarında %17,8 çıktığını ve TL bazında da artışı bilinmektedir. Devletin yaptığı harcamalardaki %3,5'lik azalma ve bireylerin ceplerinden yaptıkları harcamadaki artış arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu söylenilebilmektedir (SB, 2017:241). Doğrudan hastaneye başvuranlardan alınacak katılım payı işleminin sevk zinciri uygulaması ile eş zamanlı olarak başlatılmasını öngören SDP 2003 yılındaki ilan metnine göre bu alanda farklılaşmıştır. Bu kararın bir yansıması olarak sevk zinciri kurulmadan katılım payı alınması uygulanması başlatılmıştır. Kişilerin tek reçete ile alacağı ilaçlara sayı sınırlaması getirilmesi ve ek ücretler talep edilmesi uygulamalarının neo liberal maliye politikası ile uyumlu süreçler olduğu değerlendirilmektedir.

Başlangıçta birinci basamak sağlık hizmetleri katılım ücreti 2 TL, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kuruluşlarındaki muayenelerden 8 TL özel sağlık kuruluşlarındaki muayene işlemlerinden 15 TL katılım ücreti tahsil edilmesi karar bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2009:27353). 2010 yılında birinci basamak sağlık hizmetleri katılım ücreti tahsili dışına çıkarılmıştır. 2012 yılında katılım ücretlerinin yanı sıra çalışanlardan reçete yazılan ilaç bedelinin %20 si emeklilerden ise %10 tutarında katkı bedeli alınmasına devam edilmiştir. Her reçete başına 3 TL 3 kutu ilaçtan fazla yazılan her ilaç kutusu için 1 TL katılım ücreti ödenmesi karar bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2012:28819). Konu ile alakalı son düzenleme sonrasında ikinci basamak resmi sağlık kuruluşlarındaki muayenelerden 6 TL ve SB bağlı üçüncü basamak hastanelere başvuranlardan 7 TL, diğer üniversite hastanelerine başvuranlardan 8 TL, özel sağlık kuruluşlarındaki muayene işlemlerinden 12 TL katılım ücreti tahsil edilmesine karar verilmiştir. Bu değişiklik SUT ile yapılmış ve yeni katılım ücretleri karara bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2017:29935).

Katılım ücretlerinin hastalara ne kadar ek yük getirdiği veya başka bir deyişle sisteme ne kadar katkı yaptığı konusunda yapılan bir açıklama yapılmıştır. 2010 yılında katılım payı adı altında toplanan tutarın 1.370.000.000 TL olduğu ilaç katkı payının ise 353.000.000 TL olduğu belirtilmiştir (www.milliyet.com.tr, 12.06.2016).

Tablo 2: Toplanan Muayene/Katılım Payı, Muayene Sayısı, Hastalardan Alınan Katkı Bedelinin GSYİH İçindeki Sağlık Harcamaları İle Karşılaştırılması²

Açıklamalar	2002	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GSYİH İçinde Sağlık Harcaması (Milyon)	18.774	61.678	68.607	74.744	84.390	94.750	104.508	119.756
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%680
Hastadan Toplanan Katkı Payı (Milyon)		1.723	1.916	2.088	2.357	2.646	2.921	3.341
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	
Muayene Sayısı Adet	134.138.461	336.772.546	366.890.243	386.649.146	410.068.343	424.786.425	445.535.291	469.718.440
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%350
Muayene/ Katılım Payı (TL)		5,12	5,22	5,40	5,75	6,23	6,56	7,11
Artış/Azalış	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	(+)	%194

Kaynak: SB, 2017:143-233.

Tablo 2 belirtilen rakamlar değerlendirildiğinde 2010 yılında GSYİH içindeki sağlık hizmetleri için harcanan tutarın %2,79'nun katılım ve katkı paylarından biriken doğrudan hastalardan alınan bedeller ile karşılandığı görülmektedir. Başka bir ifade ile hastalar sistem içine sağlık harcamalarının %2,79 nu katılım veya katkı payı olarak cepten aktarmaktadırlar (SB, 2017:143-233). 2012-2017 yılları arasında katılım ve katkı ücretlerinin değişmemesine rağmen muayene sayıları attığı bir ortamda muayene başına katılım payının TL olarak azalması beklenirken artmasının nedeninin GSYİH'dan sağlık harcamalarına düşen payın gerekli miktarda artmaması olduğu görülmektedir.

2. Metodoloji

² Muayene Sayıları 2. ve 3. Basamak Sağlık Tesislerini Kapsar

2.1. Anket Hakkında Genel Bilgiler

Çalışmamıza konu olan anket 8 soru ve 33 ifadeden oluşmaktadır. Anketin soruları hazırlanırken SDP kapsamında 2003 yılından 2013 yılına kadar geçen sürede, sağlık hizmetinde mali sürdürülebilirliğin sağlanması adına uygulamaya koyduğu faaliyetler konu edilmiştir. KHB yöneticilerinin algıları belirlenirken çoktan seçmeli sorular ve 5'li Likert ölçeğine göre hazırlanan ifadeler kullanılmıştır. Anket değerlendirmesinde fonksiyon testleri ve Non-Parametrik analiz yöntemleri uygulanmıştır.

Çalışma yapılırken belli sınırlılıklarla karşılaşmıştır. Bu çalışmada SDP yol gösterici ilkeleri sürdürülebilirlik ilkesi bağlamında incelenmiştir. SB'nında kabul ettiği üzere sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğinin sağlanması adına başlatılan ancak uygulanamayan sevk zincirinin yerine ikame edilen katılım payı uygulamalarının etkileri hastaneler üzerinden aktarılacaktır. Bu aktarım yapılırken ilgili tesislerdeki yöneticiler ile mali süreçlerin işletilmesi yetki ve uzmanlıkları olan diğer sözleşmeli personellerin görüşlerine yer verilmiştir. Bu çalışma sayesinde uzun bir süredir uygulanan SDP'nın sözleşmeli yöneticilerin gözünden nasıl görüldüğüne dair verilere yer verilecektir.

Tablo 3: Seçilen Örnek Kitleye Ait Bilgiler

KHB Meslek Grubu	Ana Kütle Sayısı	Örnek Kütle Sayısı	Örnek Kütle Yüzdesi
Genel Sekreter	87	18	20,69
Başkan	87	22	25,29
Hastane Yöneticisi	281	43	15,3
İdari ve Mali Müdür	794	122	15,37
Müdür Yardımcısı	464	88	18,97
Uzman	359	78	21,73
Toplam	2072	371	17,91

KHB'nde mali sorumluluk sahibi olarak 2013 yılı itibari ile çalışan toplam 2072 sözleşmeli yönetici bulunmaktadır (<https://www.personelsaglikhaber.net>, 06.07.2013). Ülke genelinde çalışan tüm sözleşmeli personele ulaşmak çok uzun zaman alacağından örnekleme yöntemi uygulanmasına karar verilmiştir. Yukarıdaki tabloda çalışmanın ana külesine ve örnek kitlesine ait bilgiler bulunmaktadır.

Çalışmada, evreni istatistiki olarak temsil edecek veriye ulaşılması adına uygulanacak anket sayısı 2013 yılı itibari ile toplam çalışan sayısı 2072 olduğu göz önüne tutularak aşağıdaki formül yardımıyla örneklem hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{N \cdot D^2 + Z^2 \cdot P \cdot Q} \quad (\text{Dorman at all, 1990})$$

Kullanılan formülde; n: Örnek büyüklüğü (2072), Z₂: Güven katsayısı (% 95'lik güven katsayısı 1,96 alınmıştır), P: Ölçmek istediğimiz özelliğin evrende bulunma ihtimali (Çalışmamızın çok amaçlı olmasından dolayı bu oran %50 alınmıştır), Q: 1-P, D: Kabul edilen örnekleme hatası (%5) şeklinde ele alınmıştır. %95 güven düzeyi için örnek büyüklüğü hesaplanmış ve yapılması gereken minimum anket sayısı 325 adet olarak bulunmuştur. Çalışma kapsamında 371 çalışana ulaşılmıştır ve yine 371 anket üzerinden istatistiksel değerlendirmeler yapılmıştır.

İlgili anket sonrası soru ve ifadelerle ilgili başka analizlere geçilmeden önce güvenilirlik testleri yapılmıştır. Yapılan güvenilirlik testinde ifadelerin genel güvenilirliği 0,99 düzeyinde, (Cronbach's Alpha =0,705) güvenli (p=>0,70) olarak ortaya çıktığı görülmektedir.

Anket soru ve ifadelerine Kolmogorow Smirnov normallik testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre değişkenler normal dağılım göstermediği (p<0,05) görüldüğünden anketin soru ve ifadeleri frekans analizi, ki-kare analizi testlerine tabi tutulmuştur. Anket soru ve ifadeleri ile alakalı olarak yapılan tüm değerlendirmeler, bu analizlerin sonuçlarına göre kaleme alınmıştır.

SDP'nin kamu hastaneleri ölçeğinde, hastalardan hastane başvuruları sırasında katılım payı alınması uygulamasının sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine etkisini değerlendirmek için tanımlayıcı model kullanılmıştır. Bu model sayesinde katılım payı uygulaması ile ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin demografik (meslek, görev, cinsiyet, çalışma yılı, yaş, eğitim durumu) verileri diğer ve diğer soru ve ifadeler arasındaki ilişkilerin anlamlılık düzeylerinin ölçülmesi hedeflenmiştir.

2.2. Tanımlayıcı Model ve Hipotezler

Ankete katılan yöneticilerin hastalardan alınan katılım payı hakkındaki fikirlerini ortaya koymak amaç edinilmiştir. Bu kapsamda “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.” Yargısı merkeze alınarak bir model belirlenmiştir. Bu model kapsamında aşağıda görüldüğü gibi 4 hipotez kurulmuş ve test edilmiştir. Grafik 4’de belirlenen model kapsamında kurulan 4 hipotez şu şekildedir;

H01: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi arasında ilişki yoktur.

H11: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik veriler “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi arasında ilişki vardır.

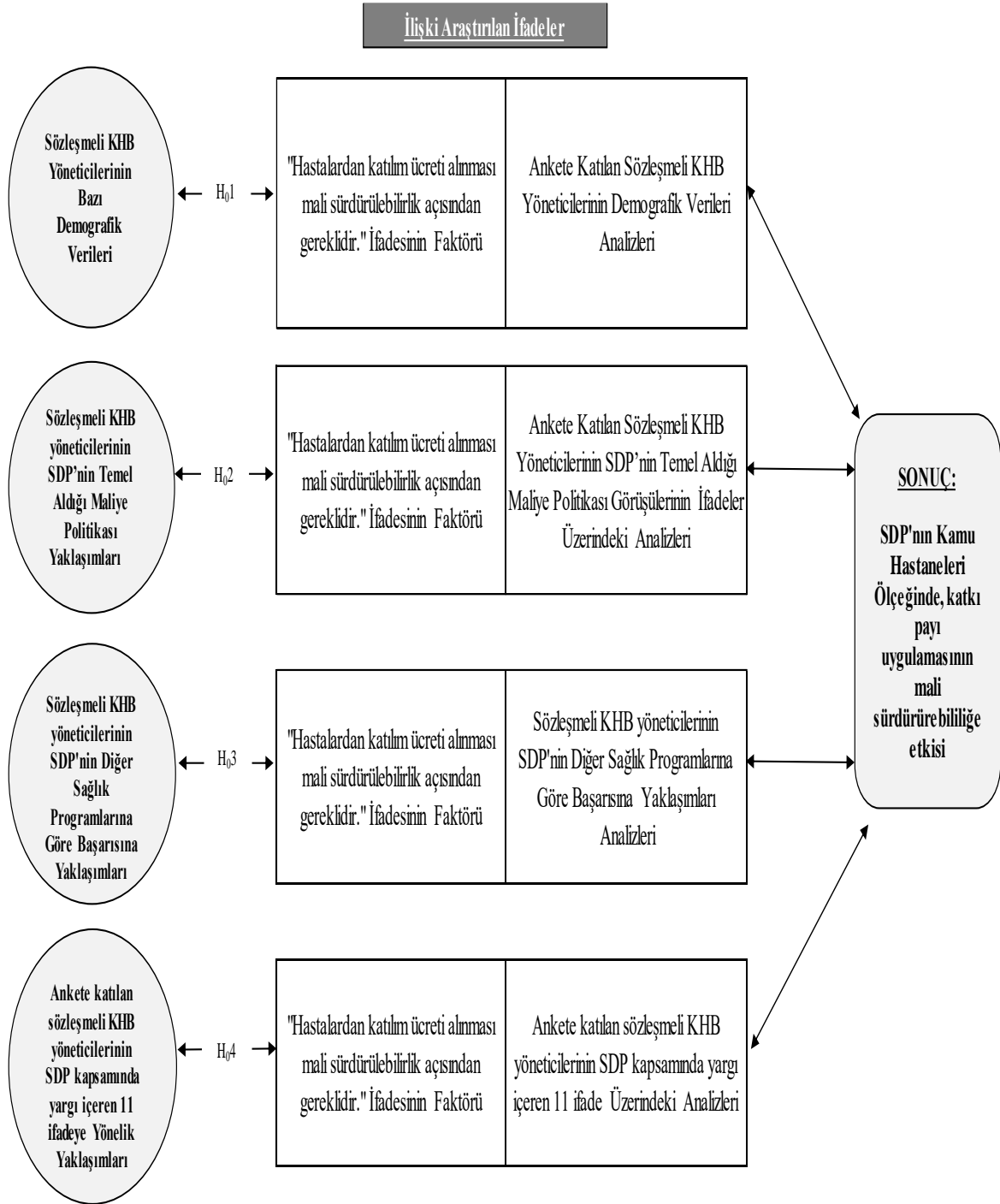
H02: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi arasında ilişki yoktur.

H12: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi arasında ilişki vardır.

H03: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi arasında ilişki yoktur.

H04: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP kapsamında yargı içeren 11 ifadenin bir kısmı ile “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi ile arasında ilişki yoktur.

H14: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP kapsamında yargı içeren 11 ifadenin bir kısmı ile “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi ile arasında ilişki vardır.

**Grafik 4: Tanımlayıcı Model****2.3. Ki-Kare Analizleri, Hipotez Ret ve Kabulleri**

Çalışmamızın verilerin analizi ve hipotezler bölümünde belirtildiği üzere, anket soru ve ifadeler arasındaki anlamlılık düzeyini ölçmek için modellemedeki tüm gruplar arasında frekans (dağılım) testi ve ki-kare testi yapılmıştır. Ortaya koyulan hipotezlerin doğruluğu veya yanlışlığı ki-kare testleri sonucunda oluşan kabul ve ret durumları şeklinde aşağıdaki grafikte verilmiştir. Ayrıca aşağıdaki grafikteki soru ve ifadeler arasında veya ifadelerin kendileri arasında oluşan ilişkilerin anlamlılık dereceleri rakamsal olarak verilmiştir. Çalışmamızın bundan sonraki bölümlerinde soru ve ifadeler veya ifadelerin kendileri aralarında ilişki kurulurken aşağıdaki grafik temel alınacaktır.

Tablo 4: Katılımcıların Katılım Payı Yargısının Soru ve İfadeler Üzerindeki Etkilerine Yönelik Ki-Kare Testi Sonuç Tablosu

Katılımcıların İlişki Araştırılan Hipotez Yargıları		9. İfade			
		Hastalardan Katılım Ücreti Alınması Mali Sürdürülebilirlik Açısından Gereklidir			
		Ki-kare	SD	ÖD	Karar
Sözleşmeli KHB Yöneticilerinin Bazı Demografik Verileri (A)	Katılımcının Mesleği (A)	40,965	28	0,054	HoKabul
	Katılımcının Görevi (A)	20,972	20	0,399	HoKabul
	Katılımcının Cinsiyeti (A)	3,038	4	0,552	HoKabul
	Katılımcının Hizmet Süresi (A)	28,893	24	0,224	HoKabul
	Katılımcının Yaşı (A)	23,867	24	0,469	HoKabul
	Katılımcının Eğitim Düzeyi (A)	22,607	16	0,125	HoKabul
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımları (B)	SDP'de Temel Alınan Maliye Politikası (B1)	30,779	12	0,002	HoRet (B1)
Sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısına Yaklaşımları (C)	SDP'nin Diğer Sağlık Programlarına Göre Başarısı (C)	25,404	16	0,063	HoKabul
Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP kapsamında yargı içeren 11 ifadeye Yönelik Yaklaşımları (D)	11. ifade "Reçete edilen ilaçlardan kutu başına ek ücret istenmesi mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir" (D1)	90,313	16	0,000	HoRet (D1)
	12. ifade "Reçete başı maliyet hesabına göre bir reçetenin SGK ya maliyetinde azalma olmuştur" (D2)	27,259	16	0,039	HoRet (D2)
	17. ifade "Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır" (D3)	52,658	16	0,000	HoRet (D3)
	18. ifade "SDP ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir" (D4)	35,630	16	0,003	HoRet (D4)
	20. ifade " Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkanları en akılcı biçimde kullanılmıştır" (D5)	31,843	16	0,010	HoRet (D5)
	21. ifade "Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır" (D6)	32,947	16	0,008	HoRet (D6)
	33. ifade "Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmeti sunumunun bütçeye yükü artmıştır" (D)	18,345	16	0,304	HoKabul
	34. ifade "Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğinin kalitesi yükselmiştir" (D7)	29,979	16	0,018	HoRet (D7)
	36. ifade "Sürekli artan sağlık harcamaları mali sürdürülebilirliğe zarar verir niteliğe ulaşmıştır" (D)	21,826	16	0,149	HoKabul
	38. ifade "Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur" (D8)	27,374a	16	0,038	HoRet (D8)
40. ifade "Türkiye'de sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır" (D)	22,857	16	0,118	HoKabul	

3. Bulgular ve Değerlendirmeler

3.1. Demografik Veriler ve Katılım Payı İlişki Bulguları

Çalışmamıza temel oluşturan anket içerisinde katılımcı olan sözleşmeli KHB yöneticilerinin cinsiyeti, yaşları, sağlık sektöründe geçirdikleri hizmet yılı süreleri meslekleri, KHB bünyesindeki görevleri ve eğitim durumları demografik verileri olarak belirlenmiştir. Katılımcıların demografik verilerinin frekans analizleri aşağıda sırası ile gösterilmiştir.

Tablo 5: Cinsiyet Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Bayan	76	20,49
Bay	295	79,51
Toplam	371	100

Ankete katılan yöneticilerden yüzde ifade ile %20,49'nun yani toplam 371 yöneticinin 76'sı bayarlardan oluşmuştur. Ankete katılanların yüzde ifade ile %79,51'i yani 295'nin bayarlardan oluşmaktadır. Ülkemizdeki istihdam verilerine göre bayan çalışan sayısının Türkiye ortalaması aşağısında olduğu anlaşılmaktadır (TÜİK, 13.08.2012).

Tablo 6: Ankete Katılanların Yaşlarının Dağılımları

Katılımcıların Yaş Aralıkları	Dağılım	Yüzde
18-24 Yaş Arası	2	0,54
25-31 Yaş Arası	29	7,82
32-38 Yaş Arası	146	39,35
39-45 Yaş Arası	106	28,57

46-52 Yaş Arası	65	17,52
53-59 Yaş Arası	20	5,39
60 Yaş ve Üzeri	3	0,81
Toplam	371	100,00

Ankete katılanların %47'sinin 39 yaş ve altı altında yöneticilerden oluştuğu görülmektedir. SB'nın yöneticileri belirlerken yarısına yakını 39 yaş altı genç sayılabilecek bir nüfus içinden değerlendirdiği belirlenmektedir. Geri kalan yöneticilerin %28,57 si 39-45 yaş gibi hem aktif hem verimli, %75'inin 18-45 yaş grubu çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. KHB yöneticilerinin çoğunluğu 45 yaş altı çalışanlardan oluştuğu anlaşılmaktadır.

Tablo 7: Ankete Katılanların Hizmet Sürelerinin Dağılımları

Katılımcıların Hizmet Yılları	Dağılım	Yüzde
0-4 Yıl Arası	17	4,58
5-9 Yıl Arası	38	10,24
10-14 Yıl Arası	121	32,61
15-19 Yıl Arası	76	20,49
20-24 Yıl Arası	76	20,49
25-29 Yıl Arası	39	10,51
30 Yıl ve Üzeri	4	1,08
Toplam	371	100,00

Yukarıdaki değerler incelendiğinde illerde kurulan KHB'lerinde görev alan yöneticilerin yaklaşık %15'nin en fazla 9 yıldır çalışma hayatı içinde yer aldıkları anlaşılmaktadır. SDP'nin ilan tarihinin 2003 olduğu göz önünde tutulduğunda çalışanların %15'inin SDP'nin ilanı sırasında sağlık sistemi içinde bulunmadıkları anlaşılmaktadır. Başka bir deyişle SB'nın seçtiği yöneticilerin %15 SDP uygulamaları dışında herhangi bir uygulama sürecini görmedikleri belirlenmektedir. Yöneticilerin %32'sinin ise SDP'nin ilk dönemine şahit oldukları görülmektedir. Geri kalan ve toplam KHB yöneticilerinin %52 sini oluşturan kısmının ise SDP öncesi ve sonrası sağlık hizmetlerini yaşayan ve bunları karşılayacak sürede sistem içinde buldukları görülmektedir.

Tablo 8: Ankete Katılanların Meslek Dağılımları

Meslekler	Dağılım	Yüzde
Akademisyen Hekim	7	1,9
Akademisyen	2	0,5
Uzman Hekim	43	11,6
Hekim	15	4,04
Diş Hekimi	3	0,81
Genel İdari Sınıf Memur/Yönetici	173	46,63
Yardımcı Sağlık Personeli	114	30,73
Diğer	14	3,77
Toplam	371	100,00

KHB'nde görevli mali alanda sorumluluk sahibi olan yöneticilerinin meslek grupları incelendiğinde; 8 gruba ayrılmış oldukları görülmektedir. Bu grup dağılımları tabloda yer almaktadır. Ancak bu grupların genel olarak iki grup altında toplanılabileceği görülmektedir. Birinci grubu hekim kökenli olanlar (Akademisyen Hekim, Uzman Hekim, Hekim, Diş Hekimi) ve ikinci grubu hekim kökenli olmayanlar (Diğer Akademisyen, Yardımcı Sağlık Personeli, Genel İdari Sınıf Memur/ Yönetici, Diğer) olarak belirleyebiliriz. Anket değerlendirmesine katılan yöneticilerin meslek dağılımları tabloda yer almakta olup, %82,48'lik kısmının hekim kökenli olmayan yöneticilerin yer aldığı, hekim kökenli yöneticilerin ise %17,52'lik kısmını oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 9: Meslek Gruplarına Göre Karar Verici Yöneticiliğin Dağılımı

Yöneticiliğin Dağılımı	Hekim	Hekim Olmayan
Mali Karar Verici, Yönetici, Harcama Yetkilisi	63 (%93,65)	4(%6,35)
Denetimci Yönetici, Gerçekleştirme Görevlisi	0(%0)	139 (%100)
Mali Karar Verici Olmayan Yönetici	2 (%1,21)	163 (%98,79)
Toplam	65 (%17,52)	306(%82,48)

Ankete katılan birlik yöneticilerinden birinci grupta olan yöneticilerin toplamda tüm yöneticilerin %17,52'sini oluşturduğu 65 kişi ile temsil edildiği görülmektedir. İkinci grupta olan yöneticilerin ise tüm yöneticilerin %82,48'ini oluşturdukları ve 306 kişi temsil edildikleri görülmektedir. Yöneticilerin arasında harcama yetkilisi görevinde başka bir ifade ile yani mali anlamda karar verici pozisyonunda bulunanların %93,65 birinci grupta olan hekim yöneticilerden oluştuğu görülmektedir. İkinci grupta yer alan ve mali anlamda karar verici yöneticilerinin oranının %6,35'te kaldığı görülmektedir. Hekim kökenli yöneticiler yöneticilerin %17,52'sini oluştururken karar verici yöneticilikte %93,65'lik oranla temsil edilmektedirler. Hekim kökenli olmayan yöneticiler yöneticilerin %82,48'sini oluştururken karar verici yöneticilikte %6,35'lik oranla temsil edilmektedirler. Bu değerlerden anlaşılacağı üzere SB'nin illerde kurulan KHB'inde mali anlamda karar verici yönetici tercihinin neredeyse tamamını hekim kökenli yöneticiler lehine kullandığı görülmektedir.

Tablo 10: Ankete Katılanların Eğitim Durumu Dağılımları

Eğitim Düzeyi	Dağılım	Yüzde
Lisans	203	54,72
Yüksek Lisans	93	25,07
Doktora	10	2,7
Tıp Fakültesi	65	17,52
Toplam	371	100,00

Yukarıdaki değerler incelendiğinde illerde kurulan KHB genel sekreterliklerinin yöneticileri, yaklaşık %55'nin üniversitelerin 4 yıllık eğitim veren fakültelerinden mezun oldukları görülmektedir. Ayrıca yaklaşık %27'lik bir grubun ise lisans eğitimleri üzerine yüksek lisans veya doktora eğitimi aldıkları görülmektedir. İlgili birlik yöneticilerinin yaklaşık %17'lik kısmının ise eğitimini tıp fakültelerinde tamamladıkları görülmektedir.

Çalışmamıza temel oluşturan anket içerisinde katılımcıların cinsiyeti, yaşları, sağlık sektöründe geçirdikleri hizmet yılı süreleri, meslekleri, KHB bünyesindeki görevleri ve eğitim durumları demografik verileri olarak belirlenmiştir. Katılımcıların demografik verileri ile 9. ifade "Hastalardan Katılım Ücreti Alınması Mali Sürdürülebilirlik Açısından Gereklidir" yargısı arasındaki yapılan ki-kare analiz sonucu aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Böylelikle kurulan birinci hipotezin kabul edildiği görülmüştür. H01: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin bazı demografik verileri ile "Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir" ifadesi arasında ilişki yoktur. Başka bir ifade ile kendileri de potansiyel hasta olan ve hastaneye başvurduklarında aynı katılım payını ödeyen yöneticilerin sosyal ve bireysel farklılıklarının bu konudaki düşüncelerini etkilemediği görülmektedir.

3.2. Maliye Politikası Yaklaşımları ve Katılım Payı İlişki Bulguları

Çalışmamızın bu bölümünde öncelikle anketin 9. ifadesine "Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir." verilen cevapların dağılımı hakkındaki veriler aktarılacaktır.

Tablo 11: Anketin 9. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	77	20,8
Kısmen Katılmıyorum	24	6,5
Kararsızım	11	3,0
Kısmen Katılıyorum	100	27,0
Tamamen Katılıyorum	159	42,9
Toplam	371	100,00

Çalışmamıza konu olan anketin 9. ifadesi “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.” ile alakalı KHB yöneticilerinin yaklaşık %42,9’u hastalardan muayene başına katılım ücreti mali sürdürülebilirlik açısından doğru bir uygulama olduğunu düşünmektedir. İlgili ücretin alınmasının mali sürdürülebilirlik açısından hiç doğru olmadığını düşünenler %20,8’lik bir oranla temsil edilmektedir. Ancak ilgili katılım oranının %50’nin altında kalması kamu hastanelerinde yönetici olarak çalışan hastalardan katılım payı alınması uygulamasını çok güçlü olarak desteklemediklerini göstermektedir.

SB’nın sevk zinciri uygulamasının başlatılmaması sonrası mali sürdürülebilirliğin sağlanması için katılım ücreti uygulamasını başlattığı bilinmektedir. Ankete katılan yöneticilerin sevk zinciri uygulaması ve katılım payı alınması arasında nasıl bir ilişki kurdukları bu açıdan önem kazanmaktadır.

Tablo 12: Ankete Katılanların 32. İfade ile 9. İfade Arasındaki Katılımlarının Karşılaştırması

32. İfade İle 9. İfade Karşılaştırması		9. İfade			
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Toplam
32. İfade	Katılıyorum	138 (%37)	7 (%2)	52 (%14)	197
	Kararsızım	26 (%7)	1 (%0)	17 (%5)	44
	Katılmıyorum	95(%26)	3 (%1)	32 (%9)	130
	Toplam	259	11	101	371

Ankete katılan KHB yöneticilerin 9. İfadeye “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.” ve 32. İfadeye “Sevk zincirinin uygulanmaması mali sürdürülebilirliğe zarar vermektedir.” katılım dağılımları karşılıklı olarak tablo 12 de verilmiştir. Bu tablodaki verilere göre katılım payı alınmasının mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna katılan yöneticilerin %37 si sevk zincirinin uygulanmamasının mali sürdürülebilirliğe zarar verdiğine katıldıkları görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında ankete katılan yöneticilerin de sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine zarar verdiği ifade edilen sevk zincirinin uygulanmaması konusunda SB gibi düşündüğü anlaşılmaktadır.

Sevk zinciri uygulaması başlatılmadan katılım payı alınmaya başlandığı bilinmektedir. Sözleşmeli KHB yöneticilerin sevk zinciri uygulanmamasının sağlık tesisleri üzerinde oluşturabilecekleri negatif veya pozitif etkileri uygulama başlatılmadığından görme şansları olmadığı değerlendirilmektedir. Sevk zinciri yerine ikame edilen katılım payı uygulamasından elde edilen gelirlerin doğrudan hastanelere aktarılmadığı bilinmektedir. Bunun yanında hastanelerin tedavi giderlerinin kamu hastanelerine SB eli ile ödenmesinin hastanelerin gelirlerinin bir nevi garanti altında olduğu izleminin doğması ankete katılan KHB yöneticilerinin katılım payı alınması hakkında algılarının diğer SDP uygulamalarına göre güçlü bir şekilde belirginleşmesini engellediği düşünülmektedir.

Sözleşmeli KHB yöneticilerin SDP’nın temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile 9. ifadesine katılımlarında anlamlı derecede fark oluşturup oluşturmadığını belirlemek için maliye politika yaklaşımları sorusunun dağılım tabloları incelenmiş ve ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 13: SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımının Dağılımları

Maliye Politikası Yaklaşımı	Dağılım	Yüzde
Klasik Maliye Politikası	92	24,80
Keynesyen Maliye Politikası	92	24,80
Neo Liberal Maliye Politikası	178	47,98
Diğer	9	2,43
Toplam	371	100,00

Tablo 13'de Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımına verdiği cevapların dağılımları verilmiştir. Buna göre KHB yöneticilerinin %47,98 ile neo liberal maliye politikası cevabını verdikleri görülmektedir.

SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile tablo 4'de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

Tablo 14: Ankete Katılanların SDP'nin Temel Aldığı Maliye Politikası Yaklaşımlarının HoRet Katılımları (%'lik Oranları)

Katılımcının Cevabı	HoRet(B1) Katılıyorum
Klasik Maliye Politikası	77,20%
Keynesyen Maliye Politikası	55,40%
Neo Liberal Maliye Politikası	72,50%

Ankete katılan yöneticiler tarafından "HoRet(B1): Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımları ile "Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir" ifadesi arasında ilişki yoktur hipotezinin ret edildiği görülmektedir. Reddedilen bu hipotezle alakalı olarak inceleme Tablo 4'deki veriler ışığında değerlendirilmesi benimsenmiştir.

Bu kapsamda hastalardan katılım payı alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir düşüncesine katılan yöneticiler bir grup olarak alınmaktadır. Bu yöneticilerin SDP'nin temel aldığı maliye politikası yaklaşımı sorusuna verdikleri cevapların dağılımına göre değerlendirme yapılmaktadır.

Bu karşılaştırma neticesinde soruya klasik maliye politikası şeklinde cevap veren yöneticilerin %77,20'si, neo liberal maliye politikası olarak cevap verenlerin %72,50'si, keynesyen maliye politikası olarak cevap verenlerin %55,40'ı hastalardan katılım payı alınmasını desteklemektedir. Bu verilerin kendi içinde tutarlı olduğu görülmektedir. Katılım payının alınmasını en çok destekleyenlerin katılım payının temelinde neo liberal ve klasik maliye politikaları olduğunu savundukları görülmektedir.

Şöyle ki; devletin sağlık harcamaları içindeki yerinin azalmasını savunan ayrıca sınırlı sorumlu devlet anlayışını benimseyen klasik ve neo liberal görüşe katılan yöneticilerin, devletin alacağı bu ek ücreti yüksek oranda desteklemeleri tutarlı olarak yorumlanmaktadır. Aynı zamanda katılım payı uygulamasına bu grup içindeki en düşük desteğin devletin mali alanda etkisinin güçlü olmasını ve sosyal devlet uygulamalarını savunan, keynesyen politikaları destekleyen yöneticilerden gelmesi de anlamlı görülmektedir.

3.3. SDP'nin Başarısı ve Katılım Payı İlişki Bulguları

SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik ifade ile 9. İfade arasında da anlamlılık oluşmadığı ve "HO3: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP'nin diğer sağlık programlarına göre başarısına yönelik yaklaşımları "Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir" ifadesi arasında ilişki yoktur." Hipotezinin ankete katılan yöneticiler tarafından kabul edildiği görülmüştür. Başka bir ifade ile ankete katılan yöneticilerin önceki hükümet döneminde uygulanan programlara göre SDP'nin başarısını kıyaslarken, hastalardan katılım payı alınması uygulamasını anlamlı bir etken olarak görmedikleri anlaşılmaktadır.

3.4. Diğer Yargı İçeren İfadeler ve Katılım Payı İlişki Bulguları

Ho4: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP kapsamında yargı içeren 11 ifadenin bir kısmı ile “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” ifadesi ile arasında ilişki olup olmadığının anlaşılması üzerine analiz yapılmıştır. Analiz sonucunda ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin katkı payı ve ek ücretler alınmasının mali sürdürülebilirliğe etkisine yönelik yaklaşımları tablo 4’de yer alan hipotezlerin ret ve kabul durumları aşağıdaki gibi şekillenmiştir.

"HoRet(D1): Reçete edilen ilaçlardan kutu başına ek ücret istenmesi mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir",

“HoRet(D2): Reçete başı maliyet hesabına göre bir reçetenin SGK ya maliyetinde azalma olmuştur",

"HoRet(D3): Kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetinin finansmanı etkin bir şekilde sağlanmıştır",

“HoRet(D4): SDP ile uygulamaya konulan mali politikalar; daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verilerek şekillendirilmiştir",

"HoRet(D5): Uygulamaya konulan mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânları en akılcı biçimde kullanılmıştır",

"HoRet(D6): Sağlık hizmetlerinde yürürlükteki mali politikalar sosyal devlet olgusunu temel almıştır",

"HoRet(D7): Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaları ile sağlık işletmeciliğinin kalitesi yükselmiştir"

"HoRet(D8): Kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarının beklenenin üstünde artmasına neden olmuştur"

Tablo 15: Ankete Katılanların Katılım Payı Alınmasının Mali Sürdürülebilirliğe Etkisine Yönelik Yaklaşımları HoRet Katılımları (%’lik Oranları)

Katılımcının Cevabı	Katılım Payı Alınmasına Katılıyorum	Katılım Payı Alınmasına Katılmıyorum
HoRet(D1) Katılıyorum	68,33%	39,60%
HoRet(D2) Katılıyorum	74,90%	69,30%
HoRet(D3) Katılıyorum	78,37%	62,37%
HoRet(D4) Katılıyorum	61,38%	40,59%
HoRet(D5) Katılıyorum	74,13%	65,34%
HoRet(D6) Katılıyorum	69,11%	66,33%
HoRet(D7) Katılıyorum	90,73%	81,18%
HoRet(D8) Katılıyorum	63,32%	57,42%

Ankete katılan yöneticiler tarafından Ho4: Ankete katılan sözleşmeli KHB yöneticilerinin SDP kapsamında yargı içeren 11 ifadenin bir kısmı ile “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir” hipotezinin ret edildiği görülmektedir. Reddedilen bu hipotezle alakalı olarak inceleme Tablo 4’deki veriler ışığında değerlendirilmesi benimsenmiştir.

Bu analiz sonrasında aralarında anlamlı bir ilişki çıkan ifadelerin değerlendirmesi yapılmıştır. Hastalardan katılım payı alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir ifadesine katılan yöneticilerin kamu hastanelerinin sunduğu sağlık hizmetinin finansmanı etkin bir şekilde sağlandığına ve mali politikalar sayesinde ülkemizin imkânlarının en akılcı biçimde kullanıldığına katıldıkları görülmektedir. Sağlık hizmetinin finansmanın etkin bir şekilde sağlandığını savunan yöneticilerin aynı zamanda sağlık harcamalarını artıran hastanın hekime kolay ulaşmasının önünde bir engel oluşturacak katılım payı alınması uygulamasını desteklemesi tutarlı bir yaklaşımdır. Başka bir ifade ile SGK hesabında

toplanan bu tutarların sağlık hizmetinin finansmanına ek katkı yapıldığı düşünülmektedir. Şöyle ki; 2010 yılı SGK sağlık harcamalarının 32.556 milyon TL, o yıl toplanan katılım ve katkı paylarının 1.723 milyon TL olduğu bilinmektedir (www.sgk.gov.tr 16.08.2018). Bu açıdan bakıldığında 2010 yılında SGK'nın yapmış olduğu sağlık harcamasının %5,29'u hastalar tarafından primler dışında cepten ödenerek karşılandığı görülmektedir. SGK kamu hastanelerinin tedavi giderlerini de bu bütçeden karşılamaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde ankete katılan yöneticilerin katkı payı uygulamasının başlatılması ile sağlık hizmetinin finansmanın etkinliği arasında bağ kurmasının uygulanan politikalar ile aynı yönde olduğu görülmektedir.

Hastalardan katılım payı alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir ifadesine katılan yöneticiler, SDP ile uygulamaya konulan mali politikalar da daha önceki hükümet çalışmalarına da yer verildiğine katıldıkları görülmektedir. Başka bir ifade ile katılım payı uygulamasının önceki dönem hükümetlerin başlattığı neo liberal politikalarla uyumlu olduğu fikrine sahip oldukları anlaşılmaktadır. Ayrıca ankete katılan yöneticilerin SDP ilan metninde belirtildiği üzere yürürlükteki mali politikaların sosyal devlet olgusunu temel aldığı konusunda SB ile aynı yönde olduğu görülmektedir. Bu kapsamda katılım payı alınmasına en az katılımın SDP'nin temel aldığı görüş keynesyen maliye politikası görüşüdür fikrini savunan yöneticilerden gelmesi de bu kapsamda tutarlı bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

Hastalardan katılım payı alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir ifadesine katılan yöneticilerin SDP uygulamaları ile sağlık işletmeciliğın kalitesi yükseldiğine, kamu hastanelerinde hekime kolay ulaşılabilir olması sağlık harcamalarını artırdığına daha çok katıldıkları görülmektedir. SDP uygulamaları ile kamu hastanelerinde artan sağlık hizmeti kalitesi ve uygulanan politikalar sonucu hastaların hekime ulaşılabilirliğinin arttığı bilinmektedir. Bu artış muayene sayıları ile kendisini göstermiştir. Artan muayene sayılarının ve ikincil etkileri ile sağlık harcamalarının beklenenden fazla artırdığı görülmektedir. Çalışmamızın ilgili bölümden anlaşılacağı üzere 2007-2008-2009 yıllarında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %5,8 ile 1999-2016 yılları arası dönemin en üst seviyesinde seyretmiştir. Bu oranın katılım payı alınmasının da içinde bulunduğu mali sürdürülebilirliği sağlanması uygulamalarının başlatılmasına neden olduğu görülmektedir.

Hastalardan katılım payı alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir ifadesine katılan yöneticiler reçete edilen ilaçlardan kutu başına ek ücret istenmesinin mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir olduğuna katılmaktadırlar. Başka bir ifade ile yöneticilerin katılım payı yanında reçete başına ve 3 kutu ilaçtan sonra alınan katkı paylarını mali sürdürülebilirlik için önemli gördükleri görülmektedir. Bu uygulama ile SGK'nın ilaç giderlerinin azaldığı fikrine sahip oldukları görülmektedir. Ancak bu görüşün gerçek durumla uyuşmadığı ve SGK'nun yaptığı ilaç harcamaları, oluşan reçete, rakamları göz önünde tutulduğunda doğru olmadığı anlaşılmaktadır. SGK verileri TL bazında 2010-2016 yılı arasında değerlendirildiğinde, ilaç harcaması 2012 (13.854 milyon TL) ve 2013 (14.854 milyon TL) yıllarında 2010 (15.047 milyon TL) ve 2011 (15.246 milyon TL) yıllarına göre düşüş gösterdiği, ancak daha sonraki yıllarda düzenli olarak artarak 2016 yılında 21.289 milyon TL olarak gerçekleştiği görülmektedir. Ayrıca SGK'ya fatura edilen reçete sayısı düzenli olarak artarak 2010 yılında 308.530 adet iken 2016 yılında 349.749 sayısına ulaştığı belirlenmiştir (www.saglikaktuel.com, 12.08.2018).

3.5. Sürdürebilir Mali Sistem ve Katılım Payı İlişki Bulguları

Sözleşmeli KHB yöneticilerine uygulanan anketin 40. İfadesinde yer alan "Türkiye'de sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır" yargı cümlesi çalışmamız için önem taşımaktadır. Bahsi geçen ifade ile yöneticilerin sağlık hizmetinin finansmanı adına yapılan mali sürdürülebilirlik uygulamalarının kurumsallaşmış sürdürülebilir bir mali sistemin kurup kurulamadığı hakkındaki kanılarının anlaşılması hedeflenmiştir.

Tablo 16: Anketin 40. İfadesinin Dağılım Tablosu

Değişken	Dağılım	Yüzde
Hiç Katılmıyorum	94	25,3
Kısmen Katılmıyorum	86	23,2
Kararsızım	87	23,5
Kısmen Katılıyorum	52	14,0
Tamamen Katılıyorum	52	14,0
Toplam	371	100,00

Sözleşmeli KHB yöneticileri anketin 40. İfadesinde yer alan Türkiye'de sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamadığına %28'lik oranla katıldıkları. Bununla birlikte yöneticilerin %48,5'nin sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulduğuna katıldıkları görülmektedir.

Tablo 17: Ankete Katılanların 40. İfade ile 9. İfade Arasındaki Katılımlarının Karşılaştırması

9. İfade İle 40. İfade Karşılaştırması		9. İfade			
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Toplam
40. İfade	Katılıyorum	118 (%32)	6(%2)	56 (%15)	180
	Kararsızım	69 (%19)	4(%1)	14 (%4)	87
	Katılmıyorum	72 (%19)	1 (%0)	31 (%8)	104
	Toplam	259	11	101	371

Ankete katılan KHB yöneticilerin 9. İfadeye “Hastalardan katılım ücreti alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir.” ve 40. İfadeye “Türkiye'de sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır” katılım dağılımları karşılıklı olarak tablo 17'de verilmiştir

Tablo 17'deki verilere göre ankete katılan yöneticilerden “Türkiye'de sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamamıştır .” ifadesine katılanlarla, hastalardan katılım payı alınması mali sürdürülebilirlik açısından gereklidir düşüncesine katılanların kesişim noktasında 118 yöneticinin bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu tablodaki verilere göre katılım payı alınmasının mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna katılan yöneticilerin %32 si sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem henüz kurulamadığına katıldıkları görülmektedir. Başka bir ifade ile ankete katılan yöneticiler genel anlamda Ülkemizde sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulduğu fikrine sahip olsalar bile katılım payının alınmasını gerekli gören yöneticilerin çoğunluğu Ülkemizde sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulmadığına inanmaktadır.

SONUÇ

Artan muayene sayıları ve hızlandırıcı ikincil etkilerinin sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine olumsuz etki yaptığı SB tarafından da kabul görmektedir. Sevk zinciri kullanarak artan muayene sayılarının kontrol altına alınmasının mali sürdürülebilirlik için gerekli görüldüğü anlaşılmaktadır. Sevk zincirinin iptali sonrası yerine katılım payı alınması uygulaması başlatılmıştır. Bu bilgiler ışığında katılım payının SDP' nin mali sürdürülebilirliğin sağlanması için talep yönetimini oluşturmak adına uygulandığı görülmektedir. Hastalardan katılım payı alınması ve diğer uygulamaların etkisi ile 2009 yılından sonra faiz dışı harcamaların artış oranı ile sağlık harcamalarının artışı oranı arasındaki makas açılmış ve 2016 yılında kamu sağlık harcamalarının artış hızı faiz dışı harcamalarının 73 puan gerisinde kaldığı belirlenmiştir.

2009 yılında %5,8 olan GSYİH içindeki sağlık harcamaları oranının azalarak 2016 yılı itibari ile %4,6 ya gerilediği belirlenmiştir. GSYİH'in içindeki sağlık hizmeti harcanan tutarın 2002-2016 döneminde 6,37 kat arttığı ancak muayene başına düşen tutarın sadece 2,21 kat arttığı tespiti yapılmıştır. Bu dönemdeki muayene sayıları artarken sağlık hizmetine ayrılan parasal büyüklüklerin oransal olarak azaldığı görülmüştür. Bu açıdan bakıldığında 2009 yılından

sonra sağlık alanında aynı para ile daha fazla hizmet verildiği görülmektedir. Bu durumun mali sürdürülebilirliği sağlamak adına alınan önlemlerin ve katılım payı uygulamasının sonucu olduğu değerlendirilmektedir.

Katılım payı alınma uygulamasının başlatıldığı 2009 yılında kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının %81 olduğu bu payın 2014 yılında ise %77,5'e düştüğü görülmektedir. Fakat bireyler tarafından cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının 2009 yılında %14,1 iken 2014 yıllarında %17,8 çıktığı ve TL bazında da artışı görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında katılım payı uygulamalarının neo liberal maliye politikaların öngördüğü şekilde sağlık hizmetinde kamu harcamalarını azaltarak birey harcamalarını artırdığı anlaşılmaktadır. Ayrıca ankete katılan yöneticilerden katılım payının alınmasını en çok destekleyenlerin katılım payının temelinde neo liberal ve klasik maliye politikaları olduğunu savundukları anlaşılmaktadır.

Çalışmamızdaki verilere göre katılım payı alınmasının mali sürdürülebilirlik açısından gerekli olduğuna katılan yöneticilerin %37'si sevk zincirinin uygulanmamasının mali sürdürülebilirliğe zarar verdiğini düşünmektedir. Bu açıdan bakıldığında ankete katılan yöneticilerin de katılım payı alınmasının nedenlerinden görülen ve sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğe zarar verildiği ifade edilen sevk zincirinin uygulanmaması konusunda SB gibi düşündüğü anlaşılmaktadır.

2010 yılı SGK sağlık harcamalarının 32,556 milyon TL, o yıl toplanan katılım ve katkı paylarının 1.723 milyon TL olduğu bilinmektedir. Böylelikle 2010 yılında SGK'nın yapmış olduğu sağlık harcamasının %5,29'u hastalar tarafından primler dışında cepten ödenerek karşılandığı görülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde katılım payı uygulamalarının sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine olumlu katkı sağladığı anlaşılmaktadır.

Yöneticilerin katılım payı yanında reçete başına ve 3 kutu ilaçtan sonra alınan katkı payı uygulaması ile SGK'nın ilaç giderlerinin azaldığı fikrine sahip oldukları görülmektedir. SGK verilerine göre hem ilaç için harcanan tutar hem de bu tutarları oluşturan reçete miktarlarının arttığı görülmüştür. Yöneticilerin bu görüşünün gerçek durumla uyuşmadığı ve SGK'nun yaptığı ilaç harcamaları, oluşan reçete, rakamları göz önünde tutulduğunda doğru olmadığı anlaşılmaktadır.

SDP'nin küresel etkilere açık olduğu ve neo liberal maliye politikalarının etkisinde yürütüldüğü, katılım payı alınmasının ana nedeninin sevk zinciri uygulamasının başlatılmamasının bunun sonucunda hastanın hekime daha kolay ulaşarak sağlık harcamaların artmasını doğurduğu, katılım payı uygulamasının bireylere ek yük getirdiği bulguları ile literatürdeki (Ağartan, 2010:71), (Avcı, 2005:56), (Elbek ve Adaş, 2009:34), (Tüzün, 2010:93), (OECD, 2008:123), (Sayım, 2017:13), (Özer, 2015:168), (Gümüş ve Çelikay, 2011:81) çalışmalar uyum göstermektedir. Mali sürdürülebilirliğin sağlanmasının gelir giderle ilişkili olduğu, artan sağlık harcamalarının katılım payı alınması uygulaması ile durdurulmaya çalışıldığı ve bu durumun kavram olarak sürdürülebilirlik ile uyumlu olduğu bulguları ile literatürdeki (Ergün, 2005:4), (Şen, Sağbaş ve Keskin, 2010:104-105), (Akdağ, 2011:344), (Şimşek, 2010:30) çalışmalar uyum göstermektedir.

Hastanın hekime kolay ulaşmasının, sevk zinciri uygulamasının başlatılmamasının mali sürdürülebilirliğe zarar verdiğine, katılım payının alınması ve alınan katılım payının sosyal devlet ilkeleri ile ters düşmediğine, ülke kaynaklarının etkin kullanıldığına ilişkin yönetici algıları SB görüşleri ile uyum göstermektedir.

Ankete katılan ve katkı payının alınmasını destekleyen yöneticilerin SGK'nın reçete başına ilaç maliyetinde ve ilaç harcamalarında azalma olduğu yönündeki algıları yayınlanan SGK verileri ile uyum göstermemektedir.

Ankete katılan ve katkı payının alınmasını destekleyen yöneticilerin Ülkemizde sağlık hizmetinin finansmanın sağlanması için sürdürülebilir mali bir sistem kurulmadığı algısı SB görüşleri ile uyum göstermemektedir.

Ankete katılan yöneticiler genel anlamda Ülkemizde sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulduğu fikrine sahip olsalar bile katılım payının alınmasını

gerekli gören yöneticilerin çoğunluğu Ülkemizde sağlık hizmetinin finansmanında sürdürülebilir bir mali sistem kurulmadığına inanmaktadır. Bu katılım derecesi kendi içinde tutarlı bir yaklaşımdır. Şöyle ki; Ülkemizde sağlık hizmetinin finansmanı mali anlamda sürdürülebilir olmadığı görüldüğünden önlem olarak sevk zincirinin uygulanması düşünülmüş ve uygulama başlatılmayınca katılım payı alınmaya başlanmıştır.

Ankete katılan KHB yöneticilerinin katılım payı uygulamaların sağlık hizmetinin mali sürdürülebilirliğine olumlu katkısı olduğu algısı içinde oldukları görülmektedir. Bu algının literatür taramaları, çalışmamızda aktarılan veriler, anket analizleri ile tutarlı ve uyumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

- AĞARTAN, Tuba (2010), "Finans ve Reform Salgını-Sağlıkta Reform Salgını ve Türkiye", TES-İŞ Dergisi, Sayı: Nisan 2010, Ankara.
- AKDAĞ, Recep (2003). "Sağlıkta Dönüşüm", Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- AKDAĞ, Recep (2012), "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)", Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- ARISOY, İbrahim ve ÜNLÜKAPLAN, İlter (2010) "Türkiye’de Mali Açıkların Sürdürülebilirliği ile Kamu Gelirleri ve Harcamaları İlişkisinin Analizi", Maliye Dergisi, Sayı 159, Temmuz-Aralık,s.444-462, Ankara.
- AVCI, Y.Tekin (2005), "Sağlık ve Sosyal Hizmetler Sendikası, Sağlıkta Dönüşüm programı ile hedeflenen nedir?" TMMOB Maden Mühendisleri Odası, Haziran 2005 Dönemi, s.54-56.
- Dorman J.S., LaPorte R.E., Stone R.A. ve Trucco M., 1990, Worldwide Differences in the Incidence of Type I Diabetes are Associated with Amino Acid Variation at Position 57 of the HLA-DQ Beta Chain, Proc Natl Acad Sci. USA 87.
- ELBEK, Osman ve ADAŞ, B.Emin(2009), "Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme" Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, Sayı 1, s.33-43-75-85.
- ERGÜN, Mine (2005), "Sürdürülebilir Maliye Politikası ve Maliye Politikasının Ekonomik Aktivite Üzerine Etkileri: AB Uyum Sürecindeki Türkiye Örneği ve AB Ülkeleri Deneyimleri", DPT Yayınları, Yayın No :2684.
- GÖKTAN, Alper (2008), "Türkiye’de Mali Sürdürülebilirlik Üzerine Ampirik Bir Çalışma", Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:XXV, Sayı:2, s.425-444.
- GÜMÜŞ, Erdal ve ÇELİKAY Ferdi (2011), "Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi" Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 66, No 3, s.55-92.
- KARAKURT, Birol (2010), "Küresel Krizi Önlemede Maliye Politikasının Rolü ve Türkiye’nin Krize Maliye Politikası Cevabı", Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt:24, Sayı:2.
- "Kamu Hastanelerinde Sözleşmeli Yöneticiler". (<https://www.personelsaglikhaber.net/haberler/%20kamu-hastanelerinde-yonetici-say%C4%B1s%C4%B1-ac%C4%B1kl and%C4%B1-2072-yonetici-var-h76327.html>) (06.07.2013).
- "Maliye Politikasının Tanımı ve Tarihi Gelişimi" (http://www.ekodialog.com/kamu_maliyesi/maliye_politikasi_nedir.html), (13.08.2018).
- OECD, World Bank (2008), "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, Türkiye", OECD ve Dünya Bankası.
- ÖZER, Özlem (2015), "Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri", Doktora Tezi, Ankara
- PEHLİVAN, Osman (2008), "Kamu Maliyesi" Derya Kitabevi, Trabzon.

- "Pilot İl Seçilen Isparta'da Sevk Zinciri Uygulaması Durduruldu", 17.01.2009, (<https://www.haberler.com/pilot-il-secilen-isparta-da-sevk-zinciri-haberi/>) (27.10.2017).
- Resmi Gazete, (2006), Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun Karar No:5510, Sayı: 26200, Tarih: 16.6.2006.
- Resmi Gazete, (2008), Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ Kanunu, Sayı: 27097.7, Tarih: 31.12.2008-Mükerrer.
- Resmi Gazete, (2009), Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No:12), Sayı: 27353, Tarih: 18.09.2009.
- Resmi Gazete, (2012), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Sayı: 28819, Tarih: 12.11.2012.
- Resmi Gazete, (2017), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Sayı: 29935, Tarih: 31.12.2016-Mükerrer
- "SGK'nın Kişi Başı İlaç Harcaması Azaldı", (28.04.2018), (<https://www.saglikaktuel.com/haber/sgknin-kisi-basi-ilac-harcamasi-24-azaldi-61830.htm>), (12.08.2018).
- Sosyal Güvenlik Kurumu, Kurumsal Politikalar, "2011 Faaliyet Raporları", (http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumsal_politikalar/faaliyet_raporu), (16.08.2018).
- Sağlık Bakanlığı (2003), "Sağlıkta Dönüşüm", Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2011), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010", Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No:832, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2013), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012", Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No:917, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2017), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016", Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Yayın No:1083, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, Tek Düzen Muhasebe Sistemi, (<https://jtdms.saglik.gov.tr/TDMS/muh/main.htm>), (13.04.2017).
- SAYIM, Ferhat (2017), "Türkiye'de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi", Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, Yıl 2017, Sayı:15, Yalova.
- ŞAHİN, Hüseyin (2006), "Türkiye Ekonomisi", Ezgi Kitap Evi, Bursa.
- ŞEKER, Murat (2005), "İstikrar Politikası Aracı Olarak Bütçe Uygulamaları" İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, 47. Seri, İstanbul.
- ŞEN, Hüseyin, SAĞBAŞ, İsa ve KESKİN, Abdullah (2010), "Türkiye'de Mali Sürdürülebilirliğin Analizi: 1975-2007", Maliye Dergisi, Sayı:158, Ocak-Haziran, s.103-123.
- Şimşek, Mehmet, "Maliye Bakanlığı Faaliyet Raporu-2009" T.C. Maliye Bakanlığı.
- T.Ü.İ.K. "İstatistiklerle Kadın", 2012, Sayı:13458, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13458> (13.08.2018).
- TÜZÜN, Hakan (2010), "Finans ve Reform Salgını, Sağlıkta Dönüşüm ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri", Tes-İŞ Dergisi, Nisan 2010, Ankara.
- www.milliyet.com.tr <http://www.milliyet.com.tr/-vatandasin-cebinden-muayene-ve-katki-payi-olarak-1-milyar-730-milyon-gundem-1369991/>(12.06.2016)