



SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI: PAYDAŞ GÖRÜŞLERİ ÜZERİNDEN BİR ARAŞTIRMA*

USER FEES IN HEALTHCARE: A RESEARCH FROM STAKEHOLDER OPINIONS

Esra TOPÇUOĞLU

Yozgat Bozok Üniversitesi, esra.topcuoglu@gmail.com, orcid.org/0000-0002-1733-0132

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, fatih.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0595-4183

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (12.01.2023-20.04.2023)

Öz

Bu çalışma, sağlık sistemine ek kaynak yaratmak ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemek amacıyla sağlık hizmetleri finansmanında yararlanan kullanıcı katkıları konusunda paydaşların görüş ve önerilerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmada, veri toplama aracı olarak mülakat/görüşme türlerinden yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Çalışmada yer alan açık uçlu soruların değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmada, tümevarımsal içerik analizi yaklaşımı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcılar; kullanıcı katkılarının gereksiz sağlık hizmetlerini engellemek amacıyla kullanıldığını, kullanıcı katkılarının uygun miktarlarda olduğunu ve kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine pozitif yönde etkisi olduğunu ifade eden görüşler bildirmişlerdir. Bu bulgular sonucunda kullanıcı katkılarının daha etkili ve verimli uygulanabilmesi için kullanıcı katkılarına yönelik kişilerin bilgi düzeyini artırıcı çalışmalar yapılması gerektiği söylenebilir. Bu kapsamda sağlık hizmeti kullanıcılarında bilinç düzeyinin artması için ilgili kurumlar tarafından konuyu açık bir şekilde anlatan broşürler dağıtılabılır ve özellikle kullanıcı katkılarını anlatan kamu spotları yayınlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kullanıcı katkıları, içerik analizi, görüşme

Abstract

This study was carried out in order to obtain the opinions and suggestions of the stakeholders on the user fees used in the financing of health services in order to create additional resources for the health system and to prevent unnecessary health service use. In the study, qualitative research method was used. In the qualitative research, semi-structured interview technique, one of the interview/interview types, was used as a data

* Bu çalışma, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında Esra TOPÇUOĞLU (2022) tarafından hazırlanan "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkılarına Yönelik Bir Araştırma" isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

collection tool. Content analysis method was used in the evaluation of open-ended questions in the study. In this study, an inductive content analysis approach was used. As a result of the research, the participants; They stated that user contributions are used to prevent unnecessary health services, user contributions are in appropriate amounts, and user contributions have a positive effect on the development of health services. As a result of these findings, it can be said that studies should be carried out to increase the knowledge level of people regarding user fees in order to implement user contributions more effectively and efficiently. In this context, brochures explaining the issue clearly can be distributed by the relevant institutions in order to increase the level of awareness among health service users, and public service announcements can be published, especially describing user contributions.

Keywords: User fee, content analysis, interview

GİRİŞ

Kullanıcı katkıları, herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında yer alan kişilerin almış oldukları muayene, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerinin oluşturduğu sağlık harcamalarının sonucunda oluşan parasal bedeller için belirli miktarda yapmış oldukları ödemelerdir (Yıldırım, vd, 2011: 74). Kullanıcı katkıları; sağlık hizmetlerine yönelik kaynakların etkili ve verimli şekilde tahsis edilmesinde, sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyet ve eşitliğin sağlanmasında, gereksiz sağlık harcamalarının azaltılmasında ve sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında etkili olmaktadır (Dupas ve Nber, 2012: 3). Sağlık hizmetleri finansmanında yer alan kullanıcı katkıları yönteminin iki durum sonucunda kullanılması gerektiği savunulmaktadır. Birinci durum, sağlık hizmetlerine yönelik toplam harcamaların düşük olduğu ya da düşmeye başladığı zamanlarda kullanılmaktadır. Böyle bir durumda sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere var olan kaynakları artırmak için daha fazla para akışı sağlanmalıdır. İkinci durum ise ilk durumun tam tersi şeklinde seyreden durumlarda yani sağlık harcamalarının yüksek olduğu ya da hızla yükselişe geçtiği zamanlarda kullanılmaktadır. Bu durumda ise sağlık hizmetlerine olan gereksiz talepler azaltılarak verimlilik artırılmalı ve maliyetler azaltılmalıdır (Creese, 1997: 202).

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

Sağlık hizmetlerinde maliyet kontrolü, katılım payı, maliyet sınırlama, arka kapıdan özelleştirme, birlikte ödeme, koyun postuna bürünmüş kurt, hastalık vergisi, eksik sigortalılık, çifte primlendirme ve kapsam derinliğini azaltan mekanizma olarak da adlandırılan “kullanıcı katkıları” sağlık hizmetlerine yönelik olan harcamaların belirli bir bölümünün sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından ödenmesi olarak tanımlanabilir. Doğrudan cepten ödemeler kapsamında yer alan kullanıcı katkıları yönteminde kişiler, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duydukları durumda ortaya çıkan maddi bedelin belirli bir miktarını doğrudan kendi ceplerinden karşılamaktadır (Yıldırım vd., 2011: 74). Kullanıcı katkıları, kişilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için genel sağlık sigortalısı ya da bakımından sorumlu olduğu bireyler tarafından alınan sağlık hizmetleri karşılığında ödenecek olan katkı şeklinde tanımlanmaktadır (SSGSSK, 2006: madde 67). Başka bir tanıma göre kullanıcı katkıları ilaç, konsültasyon ve diğer sağlık hizmetlerini alabilmek için sağlık hizmeti kullanıcılarından zorunlu olarak alınan bedeldir (Thomason, 1994: 1105).

84

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad>

(TOPÇUOĞLU, E. / ŞANTAŞ, F.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

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

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımında meydana gelen gereksiz kullanımları sınırlandırmak, sağlık hizmetlerine ek kaynak sağlamak ve gereksiz sağlık harcamalarını engellemek amacıyla çeşitli tedbirler alınmakta ve farklı önlemler için de araştırmalar yapılmaktadır. İlaç fiyatlarının düşürülmesi, global bütçeleme, referans fiyatlandırma, jenerik ilaç kullanımı, reçetelerin sınırlandırılması, SGK tarafından hekimlerin reçete yazım davranışlarının incelenmesi, teminat paketlerinin daraltılması gibi sağlık hizmetleri arzına yönelik tedbirlerin yanı sıra kullanıcı katkıları uygulaması yönteminin kullanılması ile birlikte talep yönlü önlemler de alınmaktadır. Türkiye’de GSS’nin uygulanmaya koyulması ile birlikte sağlık sisteminde kullanıcı katkıları yoğun bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır (Yıldırım, vd., 2011: 85). Türkiye sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları ilk olarak 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi” isimli Kanun ile gündeme gelmiştir. Bu kanun kapsamında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği, sevk zincirine uyulduğu müddetçe muayene, tedavi ve ilaç bedellerinin ücretsiz bir şekilde karşılanacağı vurgulanmıştır (224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun [SHSHK], 1961: Madde 14).

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

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

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde etkisi olan paydaşların kullanıcı katkısı uygulaması konusundaki görüşlerini belirlemek, bu görüşler doğrultusunda değerlendirmeler yapmak ve Türkiye’nin bu yöndeki politikalarına ilişkin önerilerde bulunmak amaçlar arasındadır. Kullanıcı katkıları çeşitli gerekçelerle sağlık hizmeti finansmanında kendisine yer bulan uygulama olmaya başlamıştır. Ancak kullanıcı katkılarının oranının ne olması gerektiği, tüm ülke vatandaşlarından aynı miktarda alınmasının eşitliği sağlarken hakkaniyete aykırılık taşıdığı gibi konularda tartışmalar olmaktadır. Bu çalışmanın, Türkiye sağlık sisteminde karar verme ve politika geliştirme sürecinde etkisi olan paydaşların kullanıcı katkıları hakkındaki görüşlerinin ve değerlendirmelerinin ortaya konulması açısından önem arz edeceği ve sağlık

politikalarının oluşturulmasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın literatüre katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmada konu ile doğrudan ilgili olduğu düşünülen 19 kişi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşme yapılan kişiler kullanıcı katkıları ile ilgili bilgi sahibi olduğu düşünülen sağlık sektörünün farklı paydaşları arasından araştırmaya katılmayı kabul eden ve büyük çoğunluğu Ordu ilinde yer alan kişilerden oluşmuştur. Görüşme yapılan kişiler ve meslek grupları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Paydaşlar Ve Görüşme Yapılan Kişi Sayısı

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

Araştırmaya katılan kişiler, paydaş gruplarına göre sınıflandırılmıştır. Buna göre politika yapıcı grupta milletvekili, ilçe belediye başkanı ve akademisyenler yer almaktadır. Hizmet sunucular ise; eczacı, başhekim, hastane yöneticisi vb. kişilerden oluşmaktadır. Katılımcıların isimlerinin gizli kalması ve herhangi bir çekince yaşamadan düşüncelerini ifade edebilmeleri için katılımcılara “K1, K2...” şeklinde kod ismi verilmiştir. Araştırmada; kişisel bilgilerin korunmasına özen gösterilmiş, görüşmeler sırasında katılımcıların görüşlerini rahatça ifade edebilmeleri için önlemler alınmıştır. Araştırmacı tarafından görüşleri alınan gönüllülerin ifade etmiş oldukları düşüncelere hiçbir şekilde müdahale edilmemiş ve herhangi bir şekilde yönlendirme yapılmamıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak mülakat/görüşme türlerinden olan yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından alanyazın incelenerek görüşme soruları hazırlanmıştır. Hazırlanan sorular, üç uzman tarafından değerlendirilmiş ve soruların kapsam ve yeterliğine ilişkin görüş alınmıştır. Bu doğrultuda altı açık uçlu soru oluşturulmuştur. Görüşme formunda yer alan sorular şu şekildedir:

1. Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması olmalı mıdır?
2. Sağlık hizmetlerinde kullanılan kullanıcı katkı oranları hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
3. Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınıyor olması hususundaki düşünceleriniz nelerdir?
4. Sizce kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilebilir?

5. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemekte midir? Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?
6. Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirmeleriniz nelerdir?

Verilerin Analizi

Çalışmada yer alan açık uçlu soruların değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde tümdengelim veya tümevarım yoluyla oluşturulmuş kod listeleri kullanılarak veriler özetlenmektedir (Sütcü vd., 2022). Bu çalışmada, tümevarımsal yaklaşım kullanılmıştır. Bu işlem kodlama, kategori oluşturma ve özetleme aşamalarını içerir. Yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen veriler her bir katılımcı için ayrı dosya olacak şekilde Word belgesi olarak hazırlanmıştır. Çalışmada içerik analizi için görüşme sonucunda elde edilen veriler dâhilinde bir kodlama listesi oluşturulmuş ve bu kodlama listesine göre temalar oluşturulmuştur. Bu çalışmada kelimeler, sözcükler veya cümleler gerekli kodlara aktarılmış ve böylece sayı ve yüzdelerin ortaya çıkarılması sağlanmıştır. İçerik analizi doğrultusunda sorulara verilen yanıtlarda benzerlik ve farklı görüşler ortaya konulmaya çalışılmış ve ek olarak çalışma kapsamında yer alan paydaşların dikkat çekici ve önemli yanıtlarına çalışmada aynen yer verilmiştir.

Etik İzin

Araştırmanın yapılabilmesi için 16119052-199-E.29886 sayılı ve 24.11.2020 tarihli Etik Komisyonu onayı alınmıştır.

BULGULAR

İçerik analizi neticesinde ortaya çıkan temalar ve görüşler şu şekildedir:

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

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

Tablo 2. “Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkıları Uygulaması” Kategorisine İlişkin Paydaş Görüşleri

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları uygulaması olmalı mıdır?	Sayı	Yüzde
Evet	16	84,22
Gereksiz sağlık hizmeti kullanımı önler	5	26,33
Değerli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu sağlar	2	10,53
Sağlık hizmetleri finansmanına katkı sağlar	2	10,53
Sağlık hizmetlerine olan yoğunluğu azaltır	2	10,53
Sağlık hizmetlerine pozitif yönde etki eder	1	5,26
Sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlar	1	5,26
Sağlık hizmetlerinin kontrollü ve doğru kullanımı sağlar	1	5,26
İnformal ödemeleri önler	1	5,26
Doğal sevk sistemini uygulamayı sağlar	1	5,26
Hayır	3	15,78
Anlamsız bir uygulamadır	1	5,26
İnformal ödemelere yönelim olabilir	1	5,26
Sağlık hizmetleri ücretsiz sağlanmalıdır	1	5,26
Toplam	19	100,0

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

“Kesinlikle olmalıdır. Kullanıcı katkıları uygulanmazsa sağlık hizmetlerine erişim daha kolay olacağı için kıymeti bilinmez. Sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanılmasına sebep olabilir. Bu doğrultuda kullanıcı katkılarının uygulanması reel sağlık harcamalarını azaltarak sağlık hizmetleri finansmanına pozitif yönde bir etki sağlar” (K2, Y;50).

“Olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması gereksiz sağlık hizmetleri kullanımına sebep olur. Gerçekten hasta olanların sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmesi açısından kullanıcı katkıları caydırıcı bir uygulamadır” (K3, Y; 41).

“Olmalıdır. Belirli bir bedel ödendiği için hem sağlık hizmeti kullanıcıları hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından karşılıklı olarak daha iyi hizmet akışı sağlanır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetinin kalitesini artırır. Ayrıca kullanıcı katkılarının uygulanması, sağlık hizmetlerine yönelik olan gereksiz talebi önlemektedir” (K8, Y; 66).

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

“Olmamalıdır. Sağlık hizmetleri politikamız ve yönetimimiz tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunabilecek bir güçtedir. Bu nedenle kullanıcı katkıları anlamsız bir uygulamadır. Kullanıcı katkıları uygulamasıyla birlikte kapsam dışında kalan ilaç ve sağlık hizmetlerinin olması kişileri informal ödemeler yapmaya yöneltebilir” (K10, Y; 47).

“Kesinlikle olmalıdır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımında caydırıcı bir güç olmanın yanı sıra özellikle başkaları adına ilaç yazılmasını önlediği için informal ödemeleri de engellemektedir. Kullanıcı katkısı uygulamaları hasta bazında değil ilaç alım bazında olmalı, kronik ilaçları değil akut tedavide kullanılan ilaçları içermelidir” (K11, Y; 43).

“Olmalıdır. Kullanıcı katkılarının uygulanması gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemektedir. Kullanıcı katkıları sevk sisteminin doğal olarak uygulanmasını sağlar ve gereksiz sağlık hizmetleri talebini azaltır” (K12, Y; 62).

“Olmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumu pahalı bir hizmettir. Bu sebepten kesinlikle kullanıcı katkıları alınmalı ve sağlık hizmeti kullanıcıları sağlık hizmetleri için gerekli olan finansmana katkı sağlamalıdır” (K19, Y; 56).

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

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

Tablo 3. “Kullanıcı Katkı Oranları” Kategorisine İlişkin Paydaş Görüşleri

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

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

“Sağlık hizmetine olan ihtiyaca ve kişilerin gelir durumlarına göre ücret ödenmesi gerekir. Estetik ve temel hayati fonksiyonları etkilemeyen sağlık hizmeti taleplerinde kullanıcı katkı payları gelirle orantılı olacak şekilde yükseltilmelidir” (K2, Y;51).

“Kullanıcı katkı oranlarını çok az buluyorum. Gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçilmesi açısından mevcut miktarları caydırıcı bulmuyorum ve oranların yükseltilmesi gerektiğini düşünüyorum” (K3, Y;41).

“Farklı gelir düzeylerine göre cüzi miktarlarda kullanıcı katkı oranları uygulaması olmalıdır (asgari ücretle çalışanlar ile işsizlerden, işe girmemiş olanlar (örneğin öğrenciler) uygulamanın dışında tutulmalı). Ancak oranlar zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, vs.) olanlardan daha yüksek düzeylerde alınacak şekilde olmalıdır. Yüksek ücret alanlardan yüksek katkı payı sağlanmalıdır” (K5, Y; 45).

“Kişilerin gelir durumları göz önüne alındığında kullanıcı katkı oranlarını uygun buluyorum” (K8, Y; 66).

“Kamu hastaneleri için ödenen kullanıcı katkı oranları uygundur ancak özel hastanelere ödenen kullanıcı katkı oranları açık bir şekilde ifade edilmelidir. Sağlık hizmeti kullanıcıları hem hastaneye hem de eczaneye ayrı ödeme yaptıkları için eczacılar açısından problemler yaşanmaktadır. İlaçlardan alınan fiyat farkı kaldırılmalıdır. Üreme yöntemi tedavileri için alınan kullanıcı katkı oranlarının fiyatı yüksektir, daha uygun bir oranla yeniden bir fiyat düzenlemesi yapılmalıdır” (K9, Y; 44).

“Sosyal devletin bir gereği olarak sağlık ücretsiz olmalıdır. Dolayısıyla mevcut uygulama fiyatları hiç olmamalı, sağlık hizmetleri tamamıyla ücretsiz olmalıdır” (K10, Y;47).

“Kullanıcı katkı oranlarını fazla bulmaktayım. Kullanıcı katkı oranlarının çeşitliliği azaltılarak tek bir isim altında standartlaştırılmalıdır. Kişilerin gelir durumları saptanarak kullanıcı katkı miktarı belirlenmelidir” (K11, Y; 43).

“Kullanıcı katkı oranları düşüktür. Amacına tam anlamıyla hizmet etmesi açısından ve daha kaliteli bir hizmet sunulması açısından kullanıcı katkı oranlarının yükseltilmesi gerekmektedir” (K12, Y; 62).

“Kullanıcı katkı oranları bakıldığında düşükmüş gibi görünse bile kişilerin gelir düzeyleri farklılık gösterdiği için bazı dezavantajlı gruplara yüksek miktarda gelebilir. Bu sebeple kullanıcı katkı oranları gelir düzeyine göre belirlenmelidir” (K13, Y; 31).

“Mevcut kullanıcı katkı oranları için normal bir ücret belirlenmiştir. Hastalık grupları dikkate alınarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aksatan kişiler daha fazla katkı oranı ödemelidir” (K14, Y; 42).

“Özellikle sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan teknolojik alet ve cihazlar yurt dışından ithal edilmektedir. Çok pahalı olan sağlık hizmetlerinin sunumu asla ücretsiz olamaz dolayısıyla mevcut kullanıcı katkı oranları yetersizdir. Sağlık hizmeti kullanıcıları da finansmana önemli ölçüde destek olmalıdır. Kullanıcı katkı oranları yükseltilmelidir” (K19, Y; 56).

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

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

Tablo 4. “Farklı gelir düzeyine sahip bireylerden aynı tutarda kullanıcı katkısı alınması” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

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

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



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

“Kullanıcı katkı tutarları gelirden bağımsız olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmelidir. Kişinin sağlık hizmeti alma sebebi kendi ihmalinden kaynaklanıyor ise kullanıcı katkısı ödemeli kaynaklanmıyor ise sağlık hizmeti ücretsiz olmalıdır. Örneğin; Dişlerine iyi bakan ile bakmayan kişilerin aynı kullanıcı katkı miktarını ödemesi doğru değildir” (K1, Y; 50).

“Farklı gelir gruplarından aynı miktarda kullanıcı katkısı alınıyor olması doğru bir uygulama değildir. Kişilerin ödemesi gereken kullanıcı katkı miktarı aylık net gelirleri üzerinden hesaplanmalıdır. Kişilerin vergi gruplarına göre ödeyecekleri kullanıcı katkı oranları güncellenebilir” (K2, Y; 51).

“Gelir düzeyi meselesi hem dinamik hem de kolay denetlenebilecek bir değişken değildir. Gelir düzeylerine göre kullanıcı katkılarını ayarlamak işi zorlaştırır, sistemi daha karmaşık bir hale getirebilir. Toplumun genel ortalaması (alt gelir gruplarının zorlanmayacağı) üzerinden oranlama yapılmalı ancak alt gelir gruplarından ödemeyecek durumda olanlara dair bir düzenleme yapılabilir” (K4, Y; 42).

“Kişilerin gelir durumları göz önüne alınarak tutarlar belirlenmelidir. Düşük gelir seviyesinde yer alan kişilere pozitif ayrımcılık yapılabilir. Ancak çok fazla dezavantajlı grupların kullanıcı katkılarında muaf tutulması, bu hususta suiistimallere sebep olabilir. Bu sebepten gelir düzeyleri net ve doğru bir şekilde belirlenmelidir. Sağlık hizmetlerinde adalet tam anlamıyla sağlanmalıdır” (K8, Y; 66).

“Sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine uygun olarak yapılan bir uygulamadır. Kişiler aynı sağlık hizmetlerini aldıkları için ödemesi gereken miktarların da eşit olması gerekir” (K9, Y; 44).

“Yanlış bir uygulamadır. Kişilerin gelir düzeyleri göz önüne alınarak ödeme yöntemleri geliştirilmelidir. Gelir düzeylerinin saptanması zor ve karmaşık bir işlem olacağı için sağlık hizmetlerinin tamamıyla ücretsiz olması, kullanıcı katkı oranı alınmaması daha doğru bir uygulama olacaktır” (K10, Y; 47).

“Alınan sağlık hizmetleri aynı olduğu için ödenmesi gereken kullanıcı katkı oranları da eşit değildir. Kişilerin gelir düzeylerine göre ödeme yapması çok karmaşık ve zor bir uygulama olacağı için cüzi bir miktar belirlenmeli ve tüm vatandaşlar kullanıcı katkı payı ödemelidir” (K12, Y; 62).

“Kullanıcı katkılarında en fazla dar gelirli vatandaşlar etkilenmektedir. Dar gelirli vatandaşlarımız kullanıcı katkısı ödeyemediklerinden sağlık kuruluşlarına başvuramamakta, kronik rahatsızlıkları için kullanmaları gereken ilaçlara ulaşamamaktadırlar. Bu açıdan her ne kadar vatandaşın kullanıcı katkısı almak yanlış olsa da dar gelirli vatandaşın kullanıcı katkısı almak daha büyük bir yanlıştır” (K16, Y; 70).

“Eşitlik ilkesine uygun bir uygulamadır. Kişilerin özel ya da kamu hastanelerine başvurmaları ve farklı kullanıcı katkı payları ödemeleri kendi tercihlerine bırakılmıştır” (K18, Y; 54).

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

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

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

Tablo 5. “Kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilmeli” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

Kullanıcı katkısı uygulamasına yönelik ne gibi koruma mekanizmaları geliştirilmelidir?	Sayı	Yüzde
Dezavantajlı Gruplar muaf tutulmalıdır	8	42,12
Mevcut uygulama yeterlidir	4	21,06
Muaf grup yaratmak yerine uygun miktar belirlenmeli herkes ödemelidir	3	15,78
Gelir düzeyine göre ücret alınmalıdır	2	10,52
Sağlıkta şiddete başvuran ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetini aksatan kişiler daha fazla ödemelidir	1	5,26
Kullanıcı katkıları hiç alınmamalıdır	1	5,26
Toplam	19	100,0

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

“Mevcut sistemde uygulanan koruma mekanizmaları yeterlidir. Özellikle Yeşil Kart bünyesinde yer alan kişilerle birlikte gelir durumu düşük olan kişiler koruma altına alınmaktadır” (K1, Y; 50).

“Engelliler, şehit ve gazi yakınları, belirli gelir seviyesinin altındakiler gibi dezavantajlı gruplar kullanıcı katkılarından muaf tutulmalıdır” (K2, Y; 51).

“Kişiler gelir testine tabi tutulmalıdır. Dezavantajlı gruplar gelir testi sonucuna göre belirlenmelidir. Örneğin; engellik dezavantajlı gruplar içerisinde yer alır fakat gelir durumu yüksek ise dezavantajlı grup olarak görülmemelidir. Kişiler yaklaşık bir yıl gibi bir süre içerisinde takip edilmeli ve ödeme yapma durumlarına göre gruplandırılmalıdır. Dezavantajlı gruplar içerisinde olan kişiler içinde belirli süreler içerisinde denetlemeler yapılmalı ve böylelikle dezavantajlı gruplar doğru tespit edilip adaletli bir koruma mekanizması geliştirilmelidir” (K3, Y; 41).

“Asgari ücret ile geçinenler, işsizler ve öğrenciler gibi grupların katkıları devlet bütçesinden karşılanmalı, yoksul ve kronik hastalıklara, kansere hastalıklarına sahip olanlar muaf tutulmalı, sağlık sektöründe kamu hastanelerinin rekabet edecek hizmet anlayışı ile vatandaşın cepten ekstra harcama yaparak özel sektöre gidişi engellenmelidir” (K4, Y; 42).

“Bu konuda yürürlükte olan kullanıcı katkısı uygulamasının yeterli olduğunu düşünüyorum” (K7, Y; 52).

“Belirli bir gelir seviyesinin altında yer alan kişilerden kullanıcı katkısı alınmamalıdır. Kullanıcı katkısı alınmaması gereken ilaçların sayısı artırılmalı ve ilaç fiyat farkları tamamen kaldırılmalıdır.” (K8, Y; 66).

“Tüm kronik hastalıkların ilaçları kullanıcı katkısı alınmadan ücretsiz olarak karşılanmalıdır. Sık gidilen ve tedavi süreci uzun olan sağlık hizmetlerinden dolayı oluşan kullanıcı katkısı ödemesi tek sefer olacak şekilde düzenlenmelidir” (K9, Y; 44).

“Sosyal devletin bir gereği olarak sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz olmalı herhangi bir katkı payı alınmamalıdır. Kullanıcı katkıları sadece ilaçlar için alınmalı ve bu miktarlar kişilerin gelir seviyesi saptanarak belirlenmelidir. Hiç geliri olmayan kişilerin ilaçlara erişimi devlet tarafından ilgili bakanlıklar aracılığı ile sağlanmalıdır” (K10, 47).

“Sadece ilaçlar için kullanıcı katkısı ödenmelidir. Ve bu oran %10’u geçmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca kullanıcı katkılarından muaf gruplar yaratmak yerine herkesin ödeyebileceği tek tip bir kullanıcı katkısı oluşturulmalı ve cüzi bir miktarda ücreti belirlenmelidir. Muaf grupların yaratılması özellikle ilaç alımında kişileri başkaları üzerinden ilaç yazdırılarak informal ödemelere yönlendirebilir” (K11, Y; 43).

“Herkes kullanıcı katkısı ödemelidir. Gelir durumu olmayan ve ödeme güçlüğü çeken kişiler devletin ilgili bakanlıkları aracılığı ile ödemeleri yapılmalıdır” (K12, Y; 62).

“Engelliler, kolluk görevlileri, çocuklar ve sağlık çalışanları kullanıcı katkılarından muaf tutulmalıdır. Ayrıca, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini aksatan ve önemsemeyen bu sebepten sağlık hizmetine başvuran kişilerden ve sağlıkta şiddete başvuran kişilerden suçu ile ilgili bedeli ödendikten sonra sağlık hizmetlerine başvurduğunda daha fazla kullanıcı katkı ücreti alınmalıdır” (K14, Y; 42).

“Gelir seviyesi temel alınarak ödeme şekli oluşturulmalıdır. Belirli bir gelir seviyesi belirlenip altında ve üstünde yer alan kişilere iki farklı ücret oluşturulmalıdır. Fakat bu miktarlar arasında çok büyük bir fark olmamalıdır” (K15, Y; 48).

“Sağlık gibi hayati bir konuda tüm hizmetlerin vatandaşa eşit, kaliteli ve yeterli bir şekilde sağlanması gerekir. Kullanıcı katkılarının her vatandaşın alınması sağlık hizmetine ulaşılabilirliği engellemektedir. Bu bağlamda kullanıcı katkılarının prensipleri net bir şekilde ortaya konularak, yoksul, yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerden kullanıcı katkısı alınmamasını sağlayan mekanizmalar devreye sokulmalıdır” (K16, Y; 70).

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

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

Tablo 6. “Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilemesi” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

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



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

Toplam	19	100.0
---------------	-----------	--------------

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

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

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini pozitif yönde etkilemektedir. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebi azaltmaktadır. Kişilere sağlıklarını koruması adına bilinç sağlamakta ve koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmektedir” (K1, Y; 50).

“Kesinlikle etkilemektedir. Gereksiz sağlık hizmetleri kullanımı azaltmakta ve dolayısıyla sağlık kurumlarının yoğunluğunun azalmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkısı uygulanması daha kaliteli bir sağlık hizmet sunumu sağlamaktadır” (K2, Y; 51).

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilemektedir. Bu uygulama ile sağlık hizmetleri finansmanına önemli ölçüde kaynak sağlanmaktadır. Özellikle ilaçlardan alınan kullanıcı katkı payları gereksiz ilaç kullanımı azaltmaktadır. Ayrıca kullanıcı katkıları, rasyonel ilaç kullanımına yardımcı olmaktadır” (K8, Y; 66).

“Etkilemektedir. Sağlık hizmetlerine finans sağlaması açısından çok önemli bir uygulamadır. Kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri talebini azaltmaktadır. Ayrıca, kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek bazı yasa dışı davranışların önüne geçilmesinde etkilidir” (K9, Y; 44).

“Olumlu yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için finans sağlamaktadır. Ayrıca; kullanıcı katkı miktarlarının yüksek olduğunu düşünen kişiler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini daha özenli ve dikkatli uygulayarak daha az sağlık hizmeti talebi yaratmış olurlar. Böylelikle kullanıcı katkıları gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçilmesine ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesine katkı sağlamış olur” (K14, Y; 42).

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

“Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimi etkilememektedir. Bu uygulamanın herhangi bir caydırıcılığı yoktur. Bu hususta sağlık hizmeti kullanıcılarının bilgi düzeyi oldukça azdır. Bilgi düzeyi az olduğu için doğru sağlık hizmeti kullanımı sağlamamakta ve doğal sevk zinciri kullanımını devreye geçirememektedir” (K3, Y; 41).

“Genel anlamda kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilememektedir. Sağlık okuryazarlığının düşük olduğu bir ülkede kişiler ödemelerinin nerelere gittiğini bilmedikleri için haliyle sistemin gelişimine bir etkileri bulunmamaktadır. Kullanıcı katkısının sağlık hizmetleri gelişimine olan olumlu etkisi gereksiz ilaç kullanımının engellenmesine sağlamış olduğu katkıdır” (K11, Y; 43). “Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini etkilememektedir. T.C Sağlık Bakanlığı ve OECD 2019 yılı verilerinde “Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Uluslar Arası Karşılaştırması” incelendiğinde Türkiye %4,3 ile son sırada yer almaktadır. OECD ortalaması ise %8,8’dir. Vatandaşın ekstra kullanıcı katkısı alınmasına rağmen, Türkiye son yıllarda OECD ülkeleri arasında son sıradaki yerini korumaktadır” (K16, Y; 70).

“Kullanıcı katkı oranları çok az miktarda olduğu için gereksiz sağlık kullanımının önüne geçilememektedir. Bu sebepten kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin gelişimini olumlu yönde etkilemek için kullanıcı katkı miktarlarının daha yüksek miktarlarda olması gerekir” (K17, Y; 49).

“Ülkemizde adaletli bir sağlık sistemi olmadığı için olumsuz yönde etkilemektedir. Kullanıcı katkılarının sistem içerisinde nerelerde kullanıldığı net olarak belirtilmelidir. İyi bir sağlık hizmeti finansmanı olarak bilinen kullanıcı katkılarının yıl bazında toplamda ne kadar olduğu belirtilmelidir ancak o zaman sağlık hizmetlerinin gelişimini ne ölçüde etkilediği açık bir şekilde belirtilebilir” (K19, Y; 56).

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

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

Tablo 7. “Türkiye’de mevcut kullanıcı katkıları uygulamalarına dair genel değerlendirme” kategorisine ilişkin paydaş görüşleri

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

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

“Kullanıcı katkı sisteminin daha da geliştirilmesi gerekmektedir. Özellikle kişinin değiştirebileceği sağlık sonuçları bakımından kullanıcı katkı oranları oluşturulmalıdır. Hastalık teşhis ve tedavi sırasında özellikle kişiden kaynaklanan kötü yaşam şekli, sigara ve alkol bağımlılığı, kişisel bakımına özen göstermeme gibi sebeplerden oluşan sağlık sorunlarına yönelik tespitler yapılmalı ve bu kişilerden daha fazla kullanıcı katkısı ücreti alınmalıdır” (G1, Y; 50).

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

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

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

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

“Sağlık okuryazarlığı geliştirilmeli ve insanlar kullanıcı katkısı konusunda bilinçlendirilmelidir. Hastanelerin yükünü azaltmak için eczacılar aracılığı ile tahsil edilen kullanıcı katkıları eczacıları zor durumda bırakmakta ve iş yüklerini artırmaktadır. Bedava olarak algılanan sağlık hizmetleri, kişiler eczaneye gidip ödeme yaptıklarında bazı belirsizlikler ortaya çıkmakta ve eczacılar durumu açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Eczacılar bu konuda talepte bulunmuş fakat olumlu bir karşılık görmemişlerdir. Kullanıcı katkılarının insanlara almış oldukları sağlık hizmetinin bedeli olduğu, bu bedelin eczacılar aracılığı ile alındığı açık bir şekilde anlatılmalıdır. Sağlık hizmetleri finansmanı içerisinde toplam yapılan kullanıcı katkılarının miktarı tam olarak açıklanmamaktadır. Kullanıcı katkılarının toplanmasında ve toplanan bedelin nerelere harcandığı konusunda şeffaflık olması gerekmektedir” (G10, Y; 47).

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

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

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

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



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

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

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

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

TARTIŞMA

Bu çalışma sağlık yönetimi ve sağlık politikasının güncel kabul edilebilecek konu başlıklarından kullanıcı katkısının konu ile doğrudan muhatap durumundaki paydaşların görüşleri doğrultusunda incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bulguları ve bulgulara yönelik tartışmalar şu şekildedir:

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

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%84,21) sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının uygulanması gerektiğini belirtirken; kullanıcı katkılarının uygulanması gerektiğini düşünenlerin çoğu (%26,33) kullanıcı katkılarının çoğunlukla sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için uygulanması gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcılara göre; kullanıcı katkılarının uygulanmaması kişilerin daha sık hastaneye başvurmalarına sebep olabilmektedir. Kullanıcı katkılarının uygulanması sağlık hizmetlerinin daha kontrollü kullanılmasında caydırıcı bir unsur olmakta ve dolayısıyla gereksiz sağlık hizmeti ve ilaç kullanımını önlemektedir. Katılımcıların bu ifadesi literatürde yer alan kullanıcı katkılarının uygulanma nedenleri ile örtüşmektedir. Kullanıcı katkılarının ülkeler tarafından uygulanmasını sağlayan en önemli iki neden; gereksiz sağlık hizmeti kullanımının engellenmesi ve sağlık hizmetleri finansmanına ek gelir sağlamasıdır (WHO, 2004: 19-20). Sezer Korucu ve Oksay (2018) kullanıcı katkılarının uygulanması ile birlikte gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne geçildiği ve fazladan oluşan kuyruklara engel olduğunu belirtmiştir (Sezer Korucu ve Oksay, 2018: 28). Gündüz (2015) tarafından Türkiye sağlık sisteminde kullanıcı katkıları uygulamaları ile ilgili yetkili kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumunda çalışan uzman kişiler ile gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının “Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engelleyeceğini” ifade etmiştir. Ayrıca Sönel (2016) paydaş görüşleri doğrultusunda yapmış olduğu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmak olduğunu ifade etmiştir.

Bulgu 2: Katılımcıların büyük çoğunluğu kullanıcı katkılarının miktarlarını uygun bulmaktadır.

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

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

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

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

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

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

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

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%57,90), kullanıcı katkısı uygulamasının kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumu, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellemesi, sağlık hizmetlerine olan bilinç düzeyini artırması, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmesi, sağlık hizmetlerine ek finans sağlaması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini azaltması, informal ödemelerin önüne geçilmesi ve gereksiz ilaç kullanımını engellemesi gibi hususlarda etkisinin olduğunu belirterek kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimine olumlu yönde katkı sunduğuna ilişkin görüş bildirmiştir. Katılımcıların %21,06'sı kullanıcı katkılarının belirsiz olması, herhangi bir caydırıcılığının olmaması ve nerelere kullanıldığının tam olarak açıklanmaması gibi sebeplerden kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin gelişimini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmiştir. Katılımcıların bu ifadeleri literatür bilgileri ile desteklenmektedir. Gündüz (2015) tarafından yapılan çalışmada kullanıcı katkılarının en olumlu etkileri, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı önlenmesi ve kamunun üzerindeki finansal yükü azaltması olarak ifade edilmiştir. Kullanıcı katkılarının diğer olumlu yönleri ise; sağlık harcamalarını kontrol etmeye yardımcı olması, sağlık hizmetlerine yönelik bilinç düzeyini artırması, sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırması ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkı sağlaması şeklinde belirtilmektedir. Sezer Korucu ve Oksay (2018) kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını önlemek, sosyal sigorta primlerinin eksik kaldığı zamanlarda ek kaynak yaratmak ve sağlık hizmetlerine olan talepleri azalmak gibi olumlu yönleri olduğunu belirtmektedir.

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

Katılımcıların %21,06'sı uygulanmakta olan mevcut kullanıcı katkısı yönteminin yeterli olmadığını, ödeme yapılan miktarın ve ödeyecek kişilerin yeniden düzenlenerek uygulamanın kapsamının genişletilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %21,06'sı uygulamanın sağlık hizmetleri finansmanı açısından faydalı olduğunu ancak sağlık hizmeti kullanıcılarının bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını, uygulamanın daha verimli, etkin ve doğru kullanılması için kişilerin bu hususta bilgilendirilmesi gerektiğini ifade eden görüşler bildirmiştir. Bilgi düzeyinin az olduğu ve artırılması gerektiği ifadesi Sarı (2021), Sezer Korucu (2019) ve Sezer Korucu (2017) tarafından yapılan çalışmalar ile uyumludur. Türkiye'de mevcut kullanıcı katkısı uygulamasının kapsamının genişletilmesi özellikle muaf olacak kişilerin yeniden belirlenmesi gerektiği konusunda olmakla birlikte Gündüz (2015) ve Sönel (2016) tarafından yapılan çalışmalar ile uyumludur. Ancak kullanıcı katkısı ücretlerinin daha fazla olması gerektiği ifadesinde benzer bir çalışmaya



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

rastlanamamıştır. Katılımcıların daha fazla ücret alınması gerektiğini ifade etmelerinde kullanıcı katkısı miktarlarının caydırıcı olmayan tutarda olması, kullanıcı katkı miktarlarının az olmasından dolayı sağlık hizmetlerinin değerinin bilinmemesi ve sağlık hizmeti finansmanına kişilerin de dâhil edilmek istenmesi gibi sebeplerden kaynaklı olabileceği söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda öne çıkan sonuçlar; sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının uygulamasının gerekli olduğu ve kullanıcı katkılarının asıl amacının sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engellemek için kullanıldığı; Türkiye sağlık hizmetlerinde uygulanan kullanıcı katkı miktarlarının uygun olduğu şeklindedir. Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri finansmanı içerisindeki payının ne kadar olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bu payın miktarının açık ve şeffaf bir şekilde açıklanması kullanıcılar ve sağlık hizmeti sunucuları açısından güven teşkil ederek kullanıcı katkılarının daha sağlıklı ve kabul edilebilir bir şekilde uygulanmasına fayda sağlayacaktır. Merkezi Hekim Randevu Sistemi üzerinden randevu alımı sırasında kişilere hangi basamak sağlık hizmetini kullandıkları ve bunun için ödemeleri gereken kullanıcı katkı miktarının ne kadar olduğu hakkında bilgi verilebilir. Eczacılar tarafından tahsil edilen kullanıcı katkıları eczacılar açısından bazı sorunlar teşkil etmektedir. Bu sorunları ortadan kaldıracak çalışmalar yapılabilir. Kullanıcı katkılarının kişilere almış oldukları sağlık hizmetinin bedeli olduğu, bu bedelin eczacılar aracılığı ile SGK adına tahsil edildiği kamu spotları ile açık bir şekilde anlatılmalıdır. Bu sayede kişilerin eczacılara duyduğu güven artacak ve sorunlar en aza indirgenmiş olacaktır. Kullanıcı katkı ücretleri eczaneler tarafından değil hastaneler tarafından tahsil edilmelidir. Böylelikle gereksiz sağlık hizmetleri kullanımının önüne zamanında ve kolay bir şekilde geçilebilir.

Araştırma sonucunda ulaşılan bulgular sadece Ordu il merkezinde araştırmaya katılan kişilerin görüşlerini yansıtmaktadır. Bu sebepten bazı genellemelerin yapılabilmesi için benzer çalışmaların farklı illerde de yapılması gerekmektedir. Türkiye’de kullanıcı katkılarına yönelik yapılan çalışmalar yok denecek kadar azdır. Kullanıcı katkılarının daha etkin ve verimli uygulanabilmesi için kullanıcı katkılarına yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

Araştırmacıların Katkı Oranı: Bu çalışma, Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ danışmanlığında Esra TOPÇUOĞLU tarafından hazırlanan ve 09.05.2022 tarihinde savunulan “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkılarına Yönelik Bir Araştırma” başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır

KAYNAKÇA

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). Resmî Gazete, 10705, 05.01.1961.

Creese, A. (1997). User Fees. *British Medical Journal*, 315, 202-203.

Dupas, P. ve Nber S. (2012). Global Health System: Pricing and User Fees, *Elsevier Encyclopedia of the Health Economics*. https://web.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf.

Gümüş, F., Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 9 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2023 ISSN -2149-6161

- Gündüz, M. Ş. (2015). *Bazı Avrupa Birliği Üye Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinde Katkı Payları ve Türkiye*. 1-83, (yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- John, E.U. (2013), The Impacts of User Fees on Health Services in Sub-Saharan African Countries: A Critical Analysis of the Evidence. *American Journal of Public Health Research*, 1(18), 196- 202.
- Lagarde M. ve Palmer, N. (2008). The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low and Middle Income Countries: How Strong is the Evidence?. *Bulletin of World Health Organization*, 86(11), 839-848.
- Sarı, M. (2021). *Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Katılım Payı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), 1-157, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sezer Korucu, K. (2017). *Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*, (Yüksek Lisans Tezi), 1-143, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265- 313.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265- 313.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkısına Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(40), 246-366.
- SGK, (2013). 2013 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 24 Mart 2013 Tarihli ve 28597 Sayılı RG md. 1.8 md. 1.8.2 md.1.8.3 md.1.8.4 md 1.8.5
- Sönel, T. (2016). *Türkiye Sağlık Sisteminde Kullanıcı Katkıları: Paydaşlar Açısından Beklentiler, Deneyimler ve Kabul Edilebilirlik*, (yüksek lisans tezi), 1-88, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Sönel, T. (2020). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Katkı Payları ve Hakkaniyet. *Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 6(31), 1617-1627.
- Sütcü, K., tekerek, B. & Özler, G. (2022). Aşı Karşıtı Twitter Paylaşımlarının Metin Madenciliği ve İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(4): 827-838.
- Thomason, J., Mulou, N. ve Bass, C. (1994). User Charges for Rural Health Services in Papua New Guinea. *Social Science and Medicine*, 39(8), 1105-1115.
- World Bank (Nisan 1987). *Health Financing in Developing Countries: an Agenda for Reform*, Erişim: 15 Ekim 2020, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=XjV4r9zHpWC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Health+Financing+in+Developing+Countries:+an+Agenda+for+Reform&ots=GfEbRp4NIZ&sig=Yu4498WJwpWc1PISGTuDQ_2akqA&redir_esc=y#v=onepage&q=Health%20Financing%20in%20Developing%20Countries%3A%20an%20Agenda%20for%20Reform&f=false
- World Health Organization (2004). *What Are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?*, Erişim: 27 Ekim 2020, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/74694/E83334.pdf.
- Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2), 71-98.