



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARININ İLAÇ
TÜKETİMİNE ETKİSİ: HASTALAR VE ECZANELER
ÜZERİNDEN BİR DEĞERLENDİRME

Begüm CEYLAN
1430232546

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK

ISPARTA-2017



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Begim CEYLAN	
Anabilim Dalı	Sözlük Yönetimi	
Tez Başlığı	Sözlük Hizmetlerinde Kullanılan Yönlendirme İlay Taktiklerine Etkisi: Hastalar ve Ectoreler Üzerinden Bir Çalışma	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)		
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz / / tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için; ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU² ile aşağıdaki kararı almıştır. ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Prof. Dr. Mehmet Gencörk	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZER	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Elif KAYA	
Jüri Üyesi		
Jüri Üyesi		

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “*Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkılarının İlaç Tüketimine Etkisi: Hastalar ve Eczaneler Üzerinden Bir Değerlendirme*” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya ’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Begüm CEYLAN

10.10.2017

(CEYLAN Begüm, *Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkılarının İlaç Tüketimine Etkisi: Hastalar ve Eczaneler Üzerinden Bir Değerlendirme*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2017)

ÖZET

Sağlık sisteminin temel işlevi halka sağlık hizmetleri sunmaktır. Hizmet sunulurken sağlık finansmanı üzerine yoğunlaşmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanında çeşitli finansman kaynakları bulunmaktadır. Bu finansman kaynaklarının bir çeşidi hane halkının sağlık hizmeti kullanımında cebinden yaptığı ödemeler olan kullanıcı katkılarıdır. Bir özel finansman kaynağı olan kullanıcı katkıları cepten ödemeler kapsamında ele alınmaktadır.

Bu çalışma kapsamında Türkiye'de mevcut katılım payı uygulamalarına dair hastaların genel değerlendirmeleri, kullanıcı katkısı alınmasıyla ilgili hastaların sağlık hizmeti kullanımları ve ilaç tüketme durumları, eczacıların katılım payı ile ilgili görüşleri değerlendirilmiştir. Bu çalışma hem kullanıcı katkıları literatürüne katkı sağlayacak hem de katılımcıların uygulanan kullanıcı katkısı tutarları hakkındaki görüşlerini ortaya koyacaktır. Çalışma, Türkiye'de konuya ilişkin yeterli çalışma bulunmamasından dolayı oldukça önem arz etmektedir. Araştırmanın evrenini Isparta il merkezindeki 18 yaş üstündeki bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemiyle 410 hasta, 45 eczacıya ulaşılmıştır. Araştırmanın veri toplama aracı olarak literatür taraması sonucunda ve uzman görüşü de alınarak biri hastalara biri eczacılara yönelik olan toplam iki adet olarak geliştirilen “Sağlık Hizmetlerinde Kullanıcı Katkılarının İlaç Tüketimine Etkisi Anketi” kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, hastaların çoğunluğunun muayene ve ilaç katılım payı ödediklerinden haberdar olduğu tespit edilmiştir. Hastaların alınan muayene ve ilaç katılım payını doğru bulmadıkları görülmüştür. Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih eden ve biriken muayene katılım payından ötürü ilacı alamayan bir kesimin olduğu sonucu da bulunmuştur. Geliri düşük olan hastaların ilaç katılım payından dolayı ilaçlarını alamadıkları belirlenmiştir. Eczacıların, muayene katılım payının eczaneye ödenmesini istemediklerini ve hastaların biriken muayene ücretlerinden dolayı ilaçlarını alamadıkları görüşünde olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti Finansmanı, Kullanıcı Katkısı, Muayene Katılım Payı, İlaç Katılım Payı, İlaç Tüketimi

(CEYLAN Begüm, *The Impact of User Charges in Health Services on Drug Consumption: An Evaluation from Patients and Pharmacists*, Master's Thesis, Isparta, 2017)

ABSTRACT

The main function of the health system is to provide public health services and it focuses on health financing to ensure effective interaction between service providers and individuals. There are various sources of funding in health care financing. Payments made by the households in the use of health care services are described as user contributions. User contributions are covered by out-of-pocket payments, which are a private financing resource.

This study assessed the general evaluations of the patients in Turkey (participation in examination and drug participation), the health care utilization of patients related to the user contribution, the consumption of drugs and the opinions of the pharmacists on the participation share. This study will contribute to both the user contribution literature and the participants' overall user evaluations of patients and pharmacists. The study is very important because there are not enough studies about the subject in Turkey. The universe of the research is the individuals in Isparta province center. In the study 410 patients and 45 pharmacists were reached with easy sampling method. As a result of the literature survey and the expert opinion, "Questionnaire Effect on Drug Consumption of User Charges in Health Services", which was developed as a total of two patients, one for pharmacists, was used as data collection tool of the study.

According to the research results, the majority of patients were found to be informed that they had received the examination and the share of the drug participation and paid a different amount of examination participation in the different health institution. It was seen that the patients did not find the correct amount of examination and drug participation. As a result, it was found that there was a part of the patient who could not take the medication because of the payment of the attendance. Patients with chronic illness who are on permanent medication and those with low income have been found to be able to reduce their boxes due to additional fees paid per box, while those with low income have not been able to receive their medication due to the share of medication. The pharmacists were of the opinion that they did not want to pay the pharmacy fee and that the patients could not get their medicines because of the accumulation fees.

Key words: Health Care Financing, User Charges, Share of Inspection Participation, Share of Drug Participation, Drug Consumption

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	i
YEMİN METNİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
GRAFİK DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR	x
ÖNSÖZ.....	xi
GİRİŞ	1

I. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanın Tanımı ve Amaçları.....	3
1.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri.....	5
1.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları	9
1.3.1. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları.....	10
1.3.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı	11
1.3.1.2. Vergilerle Finansman	13
1.3.2. Özel Finansman Kaynakları.....	15
1.3.2.1. Özel Sağlık Sigortacılığı	15
1.3.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesapları	17
1.3.2.3. Cepten Ödemeler.....	18
1.3.2.3.1. Doğrudan Ödemeler	19
1.3.2.3.2. Enformel Ödemeler	20
1.3.2.3.3. Kullanıcı Katkıları	21
1.4. Türkiye’de Katılım Payları.....	24
1.4.1. Muayene Katılım Payı	24
1.4.2. Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı.....	25
1.4.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler.....	26
1.4.4. İlaç Katılım Payı	26
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Sınırlama Stratejileri	27

II. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ SEKTÖRÜ

2.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı	30
2.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları	31
2.2. İlaç Piyasasının Temel Konuları	33
2.2.1. Sektörün Tanımı ve Temel Özellikleri	33
2.2.1.1. Jenerik ve Orijinal ilaç	36
2.2.2. İlaçta Ruhsatlandırma	36
2.2.3. İlaçta Fiyatlandırma	38

2.2.4. İlaçta Geri Ödeme	40
2.3. Türkiye’de İlaç Geri Ödeme Sistemi.....	42
2.3.1. Bağ-Kur İlaç Geri Ödeme Politikası.....	42
2.3.2. SSK İlaç Geri Ödeme Politikası	43
2.3.3. Emekli Sandığı Geri Ödeme Politikası.....	44
2.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumu Geri Ödeme Politikası.....	44
2.4. Türkiye’de İlaç Sektörü.....	45
2.4.1. İlaç Üretimi	48
2.4.2. İlaç Tüketimi.....	50
2.4.3. İlaçta Yatırım	52

III. BÖLÜM

KULLANICI KATKILARINI İLAÇ TÜKETİMİNE ETKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	54
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	54
3.1.2. Problem Cümlesi.....	54
3.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
3.1.4. Varsayımlar.....	54
3.1.5. Veri Toplama Aracı	54
3.1.6. Evren ve Örneklem	55
3.1.7. Analiz Yöntemi.....	55
3.2. BULGULAR	56
3.2.1. Hastalara Yönelik Demografik Bulgular	56
3.2.2. Muayene ve İlaç Katılım Payı Farkındalık Sorularına İlişkin Bulgular	58
3.2.3. Muayene ve İlaç Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılım	59
3.2.4. Hastaların İlaç ve Muayene Katılım Payı Algılarına İlişkin Bulgular.....	63
3.2.4.1. Eczacılara Yönelik Demografik Bulgular.....	80
3.2.5. Eczacıların İlaç ve Muayene Katılım Payı Algılarına İlişkin Bulgular	83
TARTIŞMA	86
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
KAYNAKÇA	93
EKLER.....	100
ÖZGEÇMİŞ.....	107

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Sağlık Finansmanının İşlevleri ile İlgili Politikalar.....	6
Tablo 1.2. Makro ve Mikro Anlamda Maliyet Sınırlama Stratejileri	29
Tablo 2.1. Toplam Sağlık Harcamaları	31
Tablo 2.2. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları	32
Tablo 2.3. Kamu İlaç Harcaması ve Reçete Verileri	32
Tablo 2.4. Depocu ve Eczacı Kar Oranları	39
Tablo 2.5. Türkiye İlaç Pazarı.....	47
Tablo 3.1. Yaş, Cinsiyet Gibi Demografik Bulgular	56
Tablo 3.2. Sağlık Sigortası, Kronik Rahatsızlık Gibi Demografik Bulgular	57
Tablo 3.3. Muayene ve İlaç Katılım Payı Farkındalık Sorularına İlişkin Bulgular	58
Tablo 3.4. Muayene Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılım	60
Tablo 3.5. İlaç Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılım	62
Tablo 3.6. Hastaların İlaç ve Muayene Katılım Payı İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	63
Tablo 3.7. İlaç Tüketimi Sorularının Basıklık ve Çarpıklık Değerleri	65
Tablo 3.8. Muayene Katılım Payının İlaç Tüketiminde Kutu Başına Ödenen Ek Ücretten Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi	65
Tablo 3.9. Muayene Katılım Payının İlaç Almamaya Etkisi	67
Tablo 3.10. Muayene Katılım Payının İlaç Tüketiminde Fiyat Farkından Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi.....	68
Tablo 3.11. Muayene Katılım Payının İlaç Tüketiminde Eşdeğer İlaç Kullanımına Etkisi	69
Tablo 3.12. İlaç Katılım Payının İlaç Tüketiminde Kutu Başına Ödenen Ek Ücretten Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi	71
Tablo 3.13. İlaç Katılım Payının İlaç Almamaya Etkisi	72
Tablo 3.14. İlaç Katılım Payının İlaç Tüketiminde Fiyat Farkından Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi.....	73
Tablo 3.15. İlaç Katılım Payının İlaç Tüketiminde Eşdeğer İlaç Kullanımına Etkisi ..	74
Tablo 3.16. İlaç Tüketimi Sorularının Raporlu İlaç Kullanma ve Kronik Hastalık Durumu Gibi Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 3.17. İlaç Tüketimi Sorularının Gelir Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 3.18. Kullanıcı Katkıları İfadelerinin Birbirleriyle İlişkisi	77
Tablo 3.19. Demografik Bulgular	80
Tablo 3.20. Eczacıların Muayene ve ilaç Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılımı	81
Tablo 3.21. Eczacıların İlaç ve Muayene Katılım Payı İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları.....	83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	5
Şekil 1.2. Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi.....	6
Şekil 1.3. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri.....	7



GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1.1. Dünya İlaç Pazarı (2016).....	48
Grafik 1.2. Tedavi Gruplarına Göre Kutu Ölçeğinde İlaç Tüketimi.....	51
Grafik 1.3. Tedavi Gruplarına Göre Tutar Ölçeğinde İlaç Tüketim	52



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Akt	: Aktaran
SPSS	: Statiscal Package for Social Science for Windows
Vb.	: Ve benzeri
Vd.	: Ve diğerleri
OVP	: Orta Vadeli Program
CAGR	: Compound Annual Growth Rate (Yıllık Bileşik Büyüme Oranı)
WHO	: World Health Organization
HMO	: Health Maintenance Organization
NHS	: National Health Service
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
EMA	: European Medicines Agency
FDA	: Food and Drug Adminstation
AB	: Avrupa Birliği
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
KDV	: Katma Değer Vergisi

ÖNSÖZ

Hem lisans hem yüksek lisans eğitimimde bana yol gösteren değerli danışman hocam Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK'e ve akademik hayatıyla örnek teşkil eden, herhangi bir durumumuzda ayıracak birkaç dakikası her zaman olan ve üniversite eğitimimin başından beri olduğu gibi tez aşamamda da bana yol gösteren saygı değer hocam Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e çok teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında arkamda olan, tüm imkânlarını önümüze seren, dik duruşunu ve hayat anlayışını örnek aldığım sevgili babam Oğuz CEYLAN'a, bir yerlere gelebilmemiz için varını yoğunu ortaya koyan, fedakarlığı ve merhametiyle üstümüze titreyen en büyük destekçim sevgili annem Sibel CEYLAN'a, iyi ki varlar dediğim her zaman destekçilerim olan, zekiliği ve farklı bakış açısıyla sevgili kardeşim Alper CEYLAN'a ve aklının gücüne şaşırdığımız evimizin neşesi sevgili küçük kardeşim Emin CEYLAN'a çok teşekkür ederim.

Tanıdığım günden beri hanımefendiliğiyle bildiğim, candan, doğru yol gösteren pek değerli arkadaşım Nuray KIYMIK'a ve çocukluğumdan beri her şeyimi paylaştığım her konuda destekçim olan iyi ki var dediğim canım dostum İpek GÜVEN'e çok teşekkür ederim.

Tez sürecim boyunca yapılan her iyiliğin kötü, her kötülüğün de iyi sonuçlar doğurabileceğini anlamamı sağladıkları için iyi ve kötü olarak katkıda bulunan tüm arkadaşlarıma canı gönülden teşekkür ederim.

GİRİŞ

Sağlık sektörünün finansman ihtiyacı, bütün ülkeler için bir sorun olma niteliğindedir. Finansal yükü kamudan özele kaydırmak, sağlık hizmetleri talebini düzenlemek, ek gelir elde etmek, gereksiz talebi önlemek amacıyla 1980 yıllarından beri kullanıcı katkıları, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sosyal sektörlerinde ve sağlıkta bir finansman kaynağı olarak kabul edilmiştir. Kullanıcı katkıları; maliyet paylaşımı, katkı payı veya katılım payı terimleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ayrıca literatürde co-payment, cost-sharing ya da user charges şeklinde de karşımıza çıkmaktadır.

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının artış eğiliminde ve kaynakların kıt olması, sağlık harcamaları finansman sorununu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hakkı, devletin karşılaması gereken bir haktır. Sağlık hizmetlerinin gün geçtikçe daha da artan maliyet yükü, devletleri bu faaliyetleri finanse edebilmek için çeşitli mekanizmalar geliştirmeye itmektedir. Sağlık sektöründe sağlık harcamalarındaki yetersizlik, sağlık hizmetleri kullanımındaki eşitsizlik, hizmet kalitesinin düşük olması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Kullanıcı katkılarını tüketicilerin sağlık hizmetlerine duyarlılığını artırıp daha verimli bir şekilde kullanacağını savunan bir görüş olduğu gibi bireylerin sağlık bakımından vazgeçmesini sağlayarak yoksul insanların orantısız bir şekilde etkileneceğini savunan bir görüş de bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkılarının yanında sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, vergilerden sağlanan gelirler, bağışlar, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten yapılan ödemeler olmak üzere çeşitli finansman kaynakları vardır. Kullanıcı katkıları cepten yapılan ödemeler kapsamında ele alınmaktadır.

Türkiye’de kişi başına düşen ilaç harcamasının düşük olmasına rağmen gelecek yıllarda kişi başına düşen ilaç harcamalarında artış beklenmektedir. Ülkemizde sağlık alanındaki hizmetlerin geliştirilmesi, refah düzeyinin artması ile artış göstermektedir. Yükselen yaş ortalaması sonucu artan sağlık hizmetleri ihtiyacı ile daha fazla ilaç tüketimi ve dolayısıyla talebi söz konusu olacaktır. Türkiye’de ilaç ve tıbbi araç gereç sanayisi büyük oranda dışa bağımlı olduğundan dolayı sağlık harcamalarında olabildiğince verimli ve tasarruflu olmak zorundadır.

Bu alışma ile Türkiye'de mevcut katılım payı uygulamalarına (muayene ve ilaç katılım payı) dair hastaların genel değerlendirmelerini, kullanıcı katkısı alınmasıyla ilgili hastaların sağlık hizmeti kullanımları ve ilaç tüketme durumları, eczacıların kullanıcı katkısıyla ilgili görüşleri değerlendirilmiştir. Ayrıca kullanıcı katkılarının ilaç tüketimine etkisi araştırılmıştır. Türkiye’de kullanıcı katkıları konusu üzerine yapılan çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Bu alışma hem kullanıcı katkıları literatürüne katkı sağlayacak hem de katılımcıların uygulanan kullanıcı katkısı tutarlarının hastalar ve eczaneler üzerinden genel değerlendirmelerini ortaya koyacaktır.



I. BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

1.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanın Tanımı ve Amaçları

Dünyadaki sağlık harcamalarındaki görülen artış, toplumların sağlık finansmanlarını düzenleme arayışına itmektedir; bu düzenlemeler, insanların sağlık hizmetlerine erişmelerinden emin olmayı sağlamaktadır. Tüm vatandaşlara bu şekilde erişim sağlanması, uzun zamandır birçok ülkedeki modern sağlık finansman sistemlerinin temel taşlarından biridir. Sağlık sisteminin temel işlevi halka sağlık hizmetleri sunmaktır ve bu hizmet sunucular ve bireyler arasındaki etkili etkileşim için anahtar olan sağlık finansmanı üzerinde yoğunlaşmaktadır (WHO, 2000: 95).

Sağlık hizmetleri finansmanı geniş kapsamlı bir kavram olmakla birlikte sağlık hizmetleri üretimi için gerekli olan finansal kaynaklarının aktarımını ifade etmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010: 89; Güvercin vd., 2016: 82). Bu aktarımı sağlarken sürdürülebilir kaynak oluşturmak ana amaç olmalıdır. Ayrıca tüm bireylere finansal kaynak sağlarken adaletli bir şekilde olmak kaynakları etkili ve verimli bir biçimde kullanmak da amaçlar arasında sayılabilmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010: 89). WHO (2000: 95) ise sağlık hizmetleri finansmanının amacını, tüm bireylerin etkili halk sağlığı ve kişisel sağlık bakım hizmetlerine erişebilmelerini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir bir kaynak yaratmaktan geçtiğinin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca bir bireyin sağlık hizmeti alırken ödemede bulunamayacağı ya da sağlık hizmet sonucu ödeme yaparken fakir olma ihtimalini ortadan kaldırması da sağlık hizmetleri finansmanının amaçları arasında sayılabilmektedir.

Sağlık hizmetleri finansmanı her ne kadar tüm bireylere yeterli ve adaletli bir şekilde finansal kaynak sağlamak amacıyla ortaya çıksa da zaman içinde süregelen kaynak sorunları nedeniyle cepten ödemelerin birçok sağlık sisteminde olması veya kullanıcı katkıları uygulaması ile yeniden gündeme gelmesi ve bu yöntem sırasında da hane halkının yoksullaşması sağlık hizmetleri finansmanında adaleti sağlamak için kaçınılmaz hale gelmektedir (Cutler, 2002: 881).

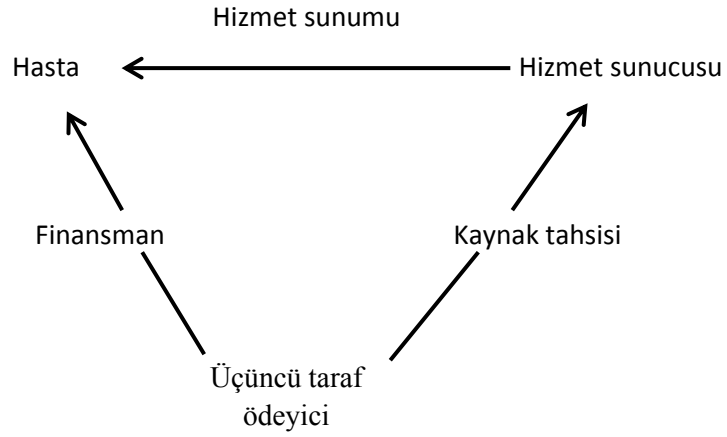
Sağlık hizmetleri finansmanı konusunda iki temel ve bu iki temel yaklaşımdan oluşan bir üçüncü yaklaşım bulunmaktadır (Şeref, 2001: 1628):

Birinci Yaklaşım: Bir bireyin hastalık ve sağlık durumu sadece kendisi için bir sorun değil aynı zamanda devletin de sorunudur. Sağlık hakkı doğuştan sahip olunan bir haktır. Bu yaklaşıma göre sağlık hakkını bireye sağlamak ve gerekli parayı karşılamak devlet tarafından yapılmalı anlayışına dayanmaktadır. Güvercin'e (2016: 82) göre ise devlet; sağlık hizmetlerinin kaliteli, ulaşılabilir, sürdürülebilir olması için gerekli olan maliyeti karşılamalı bu maliyetleri karşılarken finans sistemlerini oluşturup gözetmelidir.

İkinci Yaklaşım: Bu yaklaşıma göre her birey kendi sağlığından sorumludur. Diğer ihtiyaçlarının bedelini ise kendi nasıl karşılıyorsa sağlık hizmeti ihtiyacını da kendi bedel ödeyerek karşılamalı anlayışına dayanmaktadır.

Üçüncü Yaklaşım: Bu yaklaşım yukarıda bahsedilen iki yaklaşımının farklı oranlarla karışımından oluşmaktadır. Bazı sağlık hizmetlerini devletin sorumluluğu olarak görüp bazı sağlık hizmetlerini ise bireyin kendisinin karşılaması anlayışına dayanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sağlanması ve finansmanı, kaynakların değiş tokuşu veya aktarımı olarak basitleştirilebilir. Bu süreçte, hizmet sunucuları hastalara sağlık hizmetlerini sunarlar ve hastalar ya da üçüncü taraf ödeyici hizmetin karşılığını hizmet sunana aktarmaktadır (Şekil 1.1). Bir mal veya hizmet için en basit işlem şekli doğrudan ödemedir. Tüketici (birinci taraf), malın veya hizmetin karşılığında sağlayıcıya (ikinci taraf) doğrudan ödenmektedir. Üçüncü bir tarafın oluşu hastalanmanın finansal riskine karşılık güvence sağlamak için geliştirilmiştir. Üçüncü taraf kamu ya da özel bir kurum olabilmektedir. Sağlık hizmetlerini finanse etmek için, üçüncü taraf, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamalıdır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Bununla birlikte üçüncü taraf, kişiler arası yeniden dağılımın sağlanması için bir araçtır. Bu gelir daha sonra hastayı veya sağlayıcıyı geri ödeme yapmak için kullanılır (Mossialos ve Dixon, 2002: 2-3).



Şekil 1.1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni

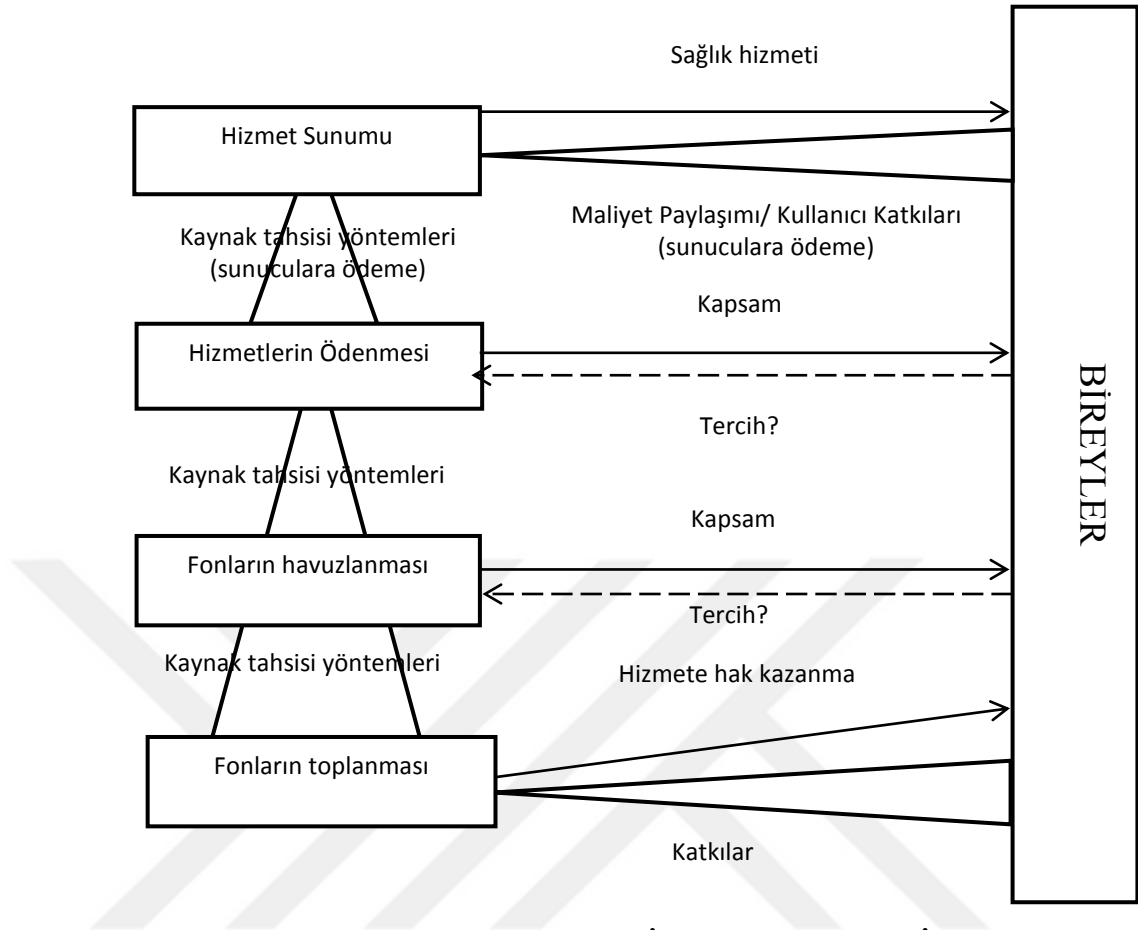
Kaynak: Reinhard, 1990; Akt. Mossialos ve Dixon, 2002: 2

Sağlık hizmeti sunulurken bireyin sağlık hizmetine nerede ve ne zaman ihtiyacı olacağının belirsizliği ve sağlık hizmetlerinin gereği oluşan maliyetin boyutu ve belirsizliği bulunmaktadır. Bahsedilenlerden ötürü modern sağlık sistemlerindeki sağlık hizmetleri finansmanında hizmet sunucuları ile hizmet alıcıları arasında doğrudan bir finansal akış yerine bir üçüncü taraf ödeyicinin de bir finansman rolü üstlendiği model anlayışı benimsenmektedir (Tatar, 2011: 105).

1.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetleri finansmanı, gelirlerin birincil ve ikincil kaynaklardan toplanması, fon havuzlarında biriktirilmesi ve sağlayıcı faaliyetlerine tahsis edilmesi süreci olarak değerlendirilmektedir. Analiz amacıyla, sağlık hizmetleri finansmanını üç alt işlev olarak bölmek yararlıdır: gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme yapma (Murray ve Frenk, 2000: 724). Şekil 1.2 bu işlevlerin birbirleri ve toplumla olan ilişkilerini, Tablo 1.1 ise bu işlevler ile ilgili politikaları göstermektedir.

Gelirlerin elde edilmesi, havuzlaması ve hizmetlerin satın alınması gibi fonksiyonlarla şekillenen sağlık hizmetleri finansmanının temel amacı olarak; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin doğru zamanda ve yerde, uygun kişi ve kurumlar tarafından hakkaniyetli, etkili, verimli ve kaliteli bir biçimde alınabilmesi için kabul edilebilir bir teminat paketinin ve kabul edilebilir kapsam derinliği ile tüm nüfusu içine alacağı bir biçimde bulunabilir ve sürdürülebilir olması olarak nitelendirilmektedir (Yıldırım vd., 2011: 73).



Şekil 1.2. Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi

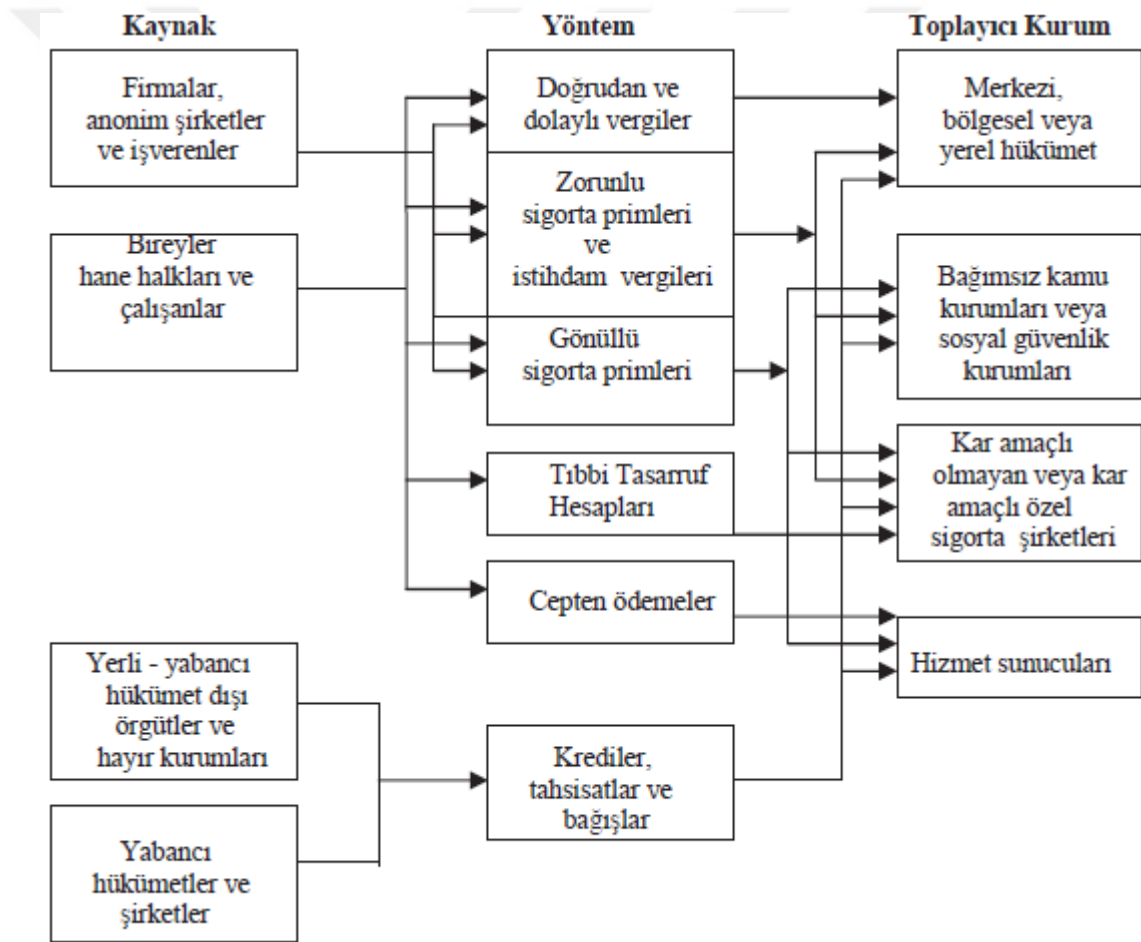
Kaynak: Kutzin, 2001: 174.

Tablo 1.1. Sağlık Finansmanının İşlevleri ile İlgili Politikalar

Finansman işlevi	İlgili politika
Gelir oluşturma	-Kimden ne kadar para toplanmalı? -Kimleri ve neleri kapsamalı?
Fon havuzlama	-Kaynakları nasıl havuzlamalı? -Kaynakları hizmet sunuculara nasıl tahsis etmeli?
Hizmet sunucularına ödeme yapma	-Hizmetler kimden alınmalı ve nasıl ödenmeli? -Hangi fiyatla ödenmeli ve nasıl ödenmeli?

Kaynak: Preken vd., 2000; Akt. Dixon vd., 2004: 53

Gelir Toplama: Gelir tahsilatı, sağlık sisteminin hanelerden, kuruluşlardan, şirketlerden ve bağışçılardan para aldığı süreç olarak tanımlanabilmektedir (WHO, 2000: 95). Bu süreçte birincil kaynaklar; hane halkı ve firmalar, ikinci kaynaklar ise; hükümet ve kuruluşlar olarak adlandırılmıştır. Gelir toplama yöntemleri olarak ise vergiler, genel sağlık sigortası primleri, bireysel tasarruflar, cepten ödemeler, borç ve bağışlar olarak belirlenmiştir. Gelir tahsilatının stratejik tasarımı, sağlık sistemi performansını derin bir şekilde etkilemektedir (Murray ve Frenk, 2000: 724). Çoğu yüksek gelirli ülke, genel vergilere veya zorunlu sosyal sağlık sigortası primlerine dayanırken, düşük gelirli ülkeler ise, cepten yapılan finansmana çok daha fazla bağımlı olmaktadır (WHO, 2000: 95).



Şekil 1.3. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri

Kaynak: Kutzin, 2001: 175.

Kaynakların genel olarak hane halkından ve şirketlerden toplandığı görülmektedir. Toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “Finansman Yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar kâr amaçlı özel kuruluşlar, kâr amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 4).

Fon Havuzlama: Sağlık Hizmetleri finansmanında fon havuzlama, gelirlerin birikimini ve idaresi, sağlık hizmetleri için ödeme yapmanın riskinin her katılımcı tarafından değil, havuzun tüm üyeleri tarafından karşılanmasını sağlamaktadır. Temel amacı belirsiz sağlık gereksiniminin finansal riskini paylaşmak olan fon havuzlama geleneksel olarak "Sigorta Fonksiyonu" olarak bilinir (WHO, 2000: 96).

Fon havuzlama ile farklı nüfus grupları ayrı fon havuzları ile birbirlerini desteklemektedirler. Ödeme gücü düşük olan kesim sağlık hizmeti almak için doğrudan ödeme yapmaları ya da temel harcamalarından kısımları gerekebilmektedir. Fakat fon havuzlama sayesinde sağlık ihtiyacı olup karşılayamayan bireyler, ödeme gücü yüksek olan aileler tarafından desteklenir (Murray ve Frenk, 2000: 724). Bu sayede ödeme gücü düşük olan bireylerin sağlık hizmeti almak için sırtlanacakları finansal yük, fon havuzlama sayesinde eksiltilmiş olmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 136). Fon havuzlama bireyler ve hizmet sunucuları için belirsizliği azaltır, istihdamı ve fon akışını artırıp dengeleyerek, hastaların hizmet satın alabilecekleri ve yüksek hizmet hacminin yeni sağlayıcı yatırımlarını haklı çıkarma ihtimalini artırabilir (WHO, 2000: 97).

Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma: Fon havuzlarında toplanan gelirlerin hizmet sunucularına aktarılması olarak bilinmektedir. Hizmet sunucularına ödeme yapma, hükümetin genel vergilendirme yoluyla gelir tahsil ettiği ve bunu personel ve diğer maliyetler için programlara ve tesislere belirli girdi, çıktı veya sonuç birimlerinin satın alındığı daha karmaşık stratejilere ayırdığı oldukça entegre kamu sistemlerinde basit bütçeleme egzersizleri olarak düşünülebilmektedir (Murray ve Frenk, 2000: 724). Fon havuzlamada ödeme yapılırken kimin adına olacağı nasıl biliniyorsa hizmet sunucularına ödeme yapmada da bellidir ve genellikle fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar aynı olmaktadır. Yapılan ödemeler stratejik ve pasif olarak ayrılabilir.

Pasif ödeme fatura karşılığı olarak bilinmekteyken stratejik ödemede ise hangi müdahalenin kim tarafından ve nasıl ödeneceğinin tartışıldığı dinamik bir ödeme şekli olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2000: 97). Sağlık hizmet sunucularına başlıca ödeme yöntemleri olarak; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, ücret ve bütçe ödemeleri sayılabilmektedir (Güvercin vd., 2016: 83-84).

1.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

Bir ülkenin sağlık finansman sisteminde herhangi bir zaman dilimi içerisinde başvurulacak kaynaklar birleşimi o ülkenin tarihi, kültürü sosyokültürel dokusu, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlı olacağı bilinmektedir (Tatar, 1996: 43).

Literatürde sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının sınıflandırılmasına ilişkin bir yaklaşım birliğinin olduğu görülmemektedir. Bununla birlikte sınıflandırmalarda temel ayırıcı özelliğin ayrıntı düzeyi olduğu söylenebilmektedir (Tatar, 1996: 43). WHO 'nun (1993: 11) konuya ilişkin bir yayınında aşağıdaki şekliyle yer verildiği görülmektedir;

- * Hükümet (Kamu) Finansmanı

- * Özel Finansman

- A) Doğrudan Ödeme

- B) Dolaylı Ödeme

- * Sağlık Sigortası

- A) Hükümet (Kamu) veya Sosyal Sigorta

- B) Özel Sigorta

- C) İşveren Temelli Sigorta

- * Dış Kaynaklar

Sağlık hizmetleri finansmanında en çok kullanılan sınıflandırma ise kamu/özel ayırımı yapan yaklaşımdır. Bu yaklaşıma göre yapılan sınıflandırma aşağıdaki gibi belirtilebilmektedir (Hoare ve Mills, 1986; Akt. Tatar, 1996: 44);

* Kamu ve yarı-kamu finansman kaynakları

- a) Genel Vergi Gelirleri
- b) Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı
- c) Özel Amaçlı Vergiler
- d) Sosyal Sigorta
- e) Piyango ve Bahis Gibi Gelirler

* Özel Finansman Kaynakları

- a) Özel Sağlık Sigortası
- b) İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler
- c) Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları
- d) Toplum Finansmanı
- e) Doğrudan Hane Halkı Harcamaları/Kullanıcı Katkıları

Son yıllarda yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturma ve bu kaynakları verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak amacıyla tıbbi tasarruf hesapları ve kullanıcı katkıları gibi sosyal dayanışma boyutu olmayan finansman kaynakları gündeme gelmeye başlamaktadır (Yenimahalleli-Yaşar, 2007: 15). Bu çalışma kapsamında önce kamu ve yarı kamu finansman kaynakları ve özel finansman kaynakları incelenecektir. Kamu ve yarı kamu finansman kaynakları kapsamında; sosyal sağlık sigortacılığı ve vergilerle finansman ele alınacak, özel finansman kaynakları kapsamında ise; cepten ödemeler, özel sağlık sigortacılığı ve tıbbi tasarruf hesapları incelenecektir.

1.3.1. Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları

Kamusal nitelikli sağlık finansman kaynaklarının doğuşu, 19. yüzyılın sonlarına doğru varlığını gösteren sosyal sigortacılık yöntemi ile 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkan vergilerle finansman yöntemi izlemektedir (Ron vd., 1990: 21).

1.3.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Sosyal sağlık sigortacılığı, zorunlu sağlık sigortası ya da Bismarck modeli olarak da adlandırılmaktadır.

Sigortanın temelinde, bireylerin ne zaman hastalanacağı ve hastalığı süresince ne kadar para harcayacağı belli olmadığından bir belirsizlik durumu bulunmaktadır. Bu gibi durumlarla birlikte sigorta kavramı ortaya çıkmıştır (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 1646). Bireyler gelecekte olma olasılıkları bulunan sağlık sorunları ya da sağlık gereksinimleri için, bugünden belli bir fona prim ödeyerek geleceklerini garanti almayı hedeflemektedirler. Fon, yüksek ve düşük gelirlilerin, yüksek ve düşük sağlık riski olanların katkılarından oluşmaktadır. Sağlık sorunu ya da sağlık gereksinimi durumunda ise fon kaynakları bireyler arasında gereksinime göre dağıtmaktadır. Bu sayede ise yüksek gelirlilerden düşük gelirlilere, az sağlık sorunu yaşayanlardan, çok sağlık sorunu yaşayanlara doğru bir kaynak aktarımı gerçekleşmektedir. Kamu sigortasının sosyalliği de buradan kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak toplum fakir ve sağlığı bozuk olan bireylerini, zengin ve sağlığı yerinde olan bireylerin katkılarıyla korumayı hedeflemektedir. Bunun anlamı ekonomik ve sağlık açısından risklerin paylaşımı olarak adlandırılmaktadır (Belek, 2000: 94).

Zorunlu sağlık sigortası kavramı 1883 yılında Bismarck önderliğinde, Almanya'da başlatılmıştır. Bu uygulamaya göre, belirli bir ücret düzeyi altında çalışanların hastalık fonuna üye olma zorunluluğu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Ron vd., 1990: 8). Bu modelde çıkış kaynağı Almanya olduğu için Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmekle birlikte bugün başta Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre olmak üzere hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede uygulandığı görülmektedir. En çok başvurulan sağlık finansman yöntemi olmasının nedeni özellikle 1990 sonrası sağlık politikalarında Dünya Bankasının sağlık reformu ile ilgili girişimleridir (Tatar, 2011: 111).

Zorunlu sağlık sigortasının politik kabul edilebilirliği birçok ülkede istikrarlı bir şekilde yükselmesinin nedeni olarak, işçilerin ve ailelerinin beklentilerine yanıt vermesi ve devletin sağlığa ve sağlık bakımına ilişkin sosyal kaygılarını somut olarak ifade etmesi gösterilebilmektedir. 1883 yılındaki Alman mevzuatını takiben, Avusturya

1887'de, Norveç 1902'de, Birleşik Krallık 1910'da ve Fransa ise 1921'de sağlık sigortasını yürürlüğe koymuştur. Fakat Fransa da 1930'da uygulanmaya başlanmıştır. Avrupa'daki sanayileşmiş ülkelerde, "hastalık ve analık sigortası" adı altında 1930'ların başında zorunlu sağlık sigortası başlatılmış olarak kabul edilmektedir (Ron vd., 1990: 8).

Sosyal sağlık sigortasında primlerin miktarı ve toplanma şekli, harcamalardan sorumlu kurumların sayısı ve sağlık hizmetlerinin sunum şekli ülkeden ülkeye farklılık gösterebileceğiyle birlikte bazı temel özellikleri ortaktır (Normand ve Busse, 2002: 60-61):

1. Sigortalanan bireylerin gelirleri baz alınarak düzenli olarak katkıda bulunmaktadır.
2. Sistem çoğunlukla bağımsız ya da yarı özerk kurumlar tarafından yönetilmektedir.
3. Sosyal sağlık sigortası toplumun tamamı ya da büyük bir bölümü için zorunlu olmaktadır. Örneğin Hollanda da bu zorunluluk belirli bir gelir düzeyinin üzerindeki bireyler için kalkabilmekle beraber, Almanya da ise bireyler belirli bir gelir grubunun üzerindeyse sosyal sigorta ile özel sigorta arasında tercihte bulunabilmektedir.

Sosyal sigortanın eşitlik üzerindeki etkisi, kapsanan nüfusun ve yararlanmanın genişliğine bağlıdır. Düşük gelirli ülkelerin pek çoğunda belirli bir işi ve geliri olan, genellikle de endüstride istihdam edilen nüfus sigortalanamakta, bu da var olan sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetlerinden zaten daha iyi yararlanan bu gruba yönlendirilmesi sonucunu doğurmaktadır. Böylelikle de kırsal nüfus, işsizler, belli bir geliri olmayanlar hem sağlık güvencesinden hem de sağlık hizmetlerinden daha da yoksun kalmaktadır. Bir diğer yandan yüksek gelirli ülkelerde, geliri en yüksek olan toplumsal kesimlerin sosyal sigorta programlarına üyeliği kendi isteklerine bırakılmaktadır. Bunun nedeni olarak ise bu kesimlerin kendi sağlık gereksinimlerini kendi özel kaynaklarıyla çeşitli kanallardan karşılayabiliyor olmalarıdır. Yüksek gelirli nüfusun sigortalamak zorunda tutulmaması geleneksel zengin/fakir ayrımının kabulü ve geliri yeniden dağıtıcı herhangi bir programa gerek duyulmadığı anlamına geldiği kabul edilmektedir (Belek, 2000: 94).

1.3.1.2. Vergilerle Finansman

Vergilerle finansman, genel vergi gelirleri ya da Beveridge modeli olarak da adlandırılmaktadır.

Genel vergi gelirleri, sağlık hizmetlerinin bütçeden finanse edilmesi anlamına gelmektedir. Vergi gelirleri, devlet gelirlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve vergi, gelirden (ücret, maaş, kar), servetten ve tüketim maddelerinden alınabilmektedir. Vergi sisteminin yapısı, toplumsal sağlık düzeyini ve toplumsal sınıfların sağlık hizmeti kullanımını da etkilemektedir (Belek, 2000: 95). Beveridge modelinin ortaya çıkışı İkinci Dünya Savaşı sonrası Birleşik Krallık'ta gerçekleştiğinden dolayı bu model genellikle Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) ile özdeşleşmiştir. Günümüzde ise Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde kullanıldığı görülmektedir (Tatar, 2011: 110). Beveridge modeli, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini genel vergi gelirleri yoluyla finanse ederek tüm bireylere eşit bir biçimde sunmayı amaçlayan bir yapıya sahiptir (Cichon ve Normand, 1994: 324). Fakat kamu elindeki bu kaynakların dağıtımındaki öncelikler siyasi çıkarlarla çatışabilme ihtimalinden dolayı zaman zaman göz ardı edilebilmekte ve yatırımların daha pahalı alanlara veya kentsel bölgelere doğru kaydırıldığı görülmektedir (Uz, 1998: 95).

Gelir vergisi gelire orantılı olarak alınan bir vergi biçimi olarak bilinmektedir. Gelir vergisi yükünü, belli bir toplumsal sınıfın üzerine kaydırma olanağına sahiptir. Örneğin iktidar belli bir gelir düzeyine kadar olan sınıfları, işsizleri, vb. vergiden muaf tutabilmekle birlikte vergi oranını gelir ile orantılı biçimde belirleyebilmektedir. Vergi oranının, gelirin artışıyla orantılı biçimde artırılmasına progresif nitelikli vergi sistemi adı verilmektedir. Vergi oranının, gelir artışının tersine azaltılmasına ise regressif nitelikli vergi sistemi adı verilmektedir. Bu durumda sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması için gereken şey, vergi sisteminin progressif bir şekilde örgütlenmesi olmaktadır. Progressif vergi sistemi, gelirin zenginlerden yoksullara yeniden dağıtılması olanağını da verecektir. Böyle bir tercih toplumsal eşitsizlikleri azaltıcı bir etkiye sahip olsa da yüksek gelirli toplumsal grupların tepkisine yol açabilmektedir. Tek başına, sağlık sisteminin genel vergilerle finanse edilmesi gerektiğini savunmak, sağlığa ve sağlık hizmetine asıl gereksinimi olan toplumsal sınıfların ihtiyaçlarını karşılayamaya

bilmektedir. Çünkü genel vergi sistemi regressif bir nitelikte örgütlenmiş olabilir. Yani zengin toplumsal sınıflar vergiden önemli oranda muaf tutulup, vergi yükü dar gelirli toplumsal sınıfların üzerine yük edinmiş olabilmektedir. Regressif yapıdaki sağlık finans mekanizmasının toplumsal sağlık sorunlarının çözümüne katkı sağlaması imkânsız olarak nitelendirilebilmektedir (Belek, 2000: 95).

Genel vergi gelirleri, sağlık hizmetleri finansmanının en önemli kaynaklarından biri olarak görülmektedir. Bununla birlikte çoğu gelişmekte olan ülkede genel vergi gelirleri, toplanan toplam milli gelirin oranına göre geniş ölçüde değişmektedir. 47 ülke örneğinde vergi oranları Uluslararası Para Fonu tarafından incelendiğinde, bu oran (vergi oranı olarak bilinir) % 4 ila % 3 arasında değişmektedir. Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da bulunan gelişmiş ülkelerindeki ortalama vergi oranı, sosyal sigorta primlerini hariç % 26'dır. Düşük vergi oranlarına sahip gelişmekte olan ülkeler, sadece genel vergi gelirlerine dayanarak yeterli düzeyde bir sağlık hizmeti desteği sağlayamamaktadır (Sorkin, 1986: 346). Tek başına genel vergi gelirleri modeli benimsemiş özellikle gelişmekte olan ülkeler, sıklıkla finansman sıkıntısı yaşamalarının sebebi olarak, devlet bütçesi hazırlanırken politik yönden sağlık sektörünün diğer sektörlere göre daha az öncelikli olarak değerlendirilmesinden, gelirlerinde yaşadıkları dalgalanmalardan, makroekonomik dengeleri sağlamak için kamu harcamalarının bir araç olarak kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sıkıntıları aşmak için ise ülkeler vergi gelirlerini artırma yollarına başvurumaktadırlar (Uz, 1998: 95).

Genel Vergi Gelirleri günümüz sağlık hizmetleri sistemlerinde kollektif sorumluluğun yerine getirilmesi yönünde yaygınlıkla başvuru finansman kaynaklarından biri olmaktadır. Sistem içindeki ağırlığı ülkeden ülkeye, başta politik ve ekonomik rejim farklılıklarına bağlı olmak üzere değişiklikler göstermektedir. Kollektivist nitelikli politik rejime sahip ülkelerde (sosyalist ülkeler) sistemin doğası gereği genel vergi gelirleri finansmanda başvuru neredeyse tek kaynak niteliği taşımaktadır. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu kaynağın sistem finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli öğelerden biri ise toplumun kollektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olarak Beveridge ve Bismarck'çı yaklaşım tercihi olmaktadır. Örneğin, Almanya ve İngiltere sağlık hizmetlerinin finansman sorumluluğunu toplumun tümünü kapsayacak biçimde kollektif olarak üstlendikleri

halde biri Almanya Bismarck'çı (sosyal sigorta sistemi) yaklaşımı tercih ederken İngiltere ise Beveridge (genel vergi gelirleri) sistemini tercih etmektedir. Kalkınmış kapitalist ülkelerde özel ve kamusal kaynaklar arasında olduğu gibi kamusal kaynaklar arasında da bir tercih olabilmektedir. Oysa az gelişmiş ülkelerde bu tercihi belirleyen en önemli etkenlerden biri, vergi oranı ve vergi adaleti ile ilgili olmaktadır (Tatar, 1996: 45).

1.3.2. Özel Finansman Kaynakları

Özel finansman kaynakları kapsamında; özel sağlık sigortacılığı, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten ödemeler alt başlıkları incelenmiştir.

1.3.2.1. Özel Sağlık Sigortacılığı

Özel sağlık sigortacılığı az gelişmiş ülkelerden çok, gelişmiş ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın ve ya ulusal sağlık hizmeti gibi bir sistemin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ulusal sosyal sigorta veya ulusal sağlık hizmeti gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ilave ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere özel sağlık sigortası şirketleri vardır. Bu yönüyle farklı kişisel beklenti ve tercihlere cevap vermek ülkenin temel sağlık finansman yapısına karşı bir tehditte bulunmadığı sürece, olumlu bir katkıya sahip olabileceği düşünülmektedir (Tatar, 1996: 47).

Özel sağlık sigortasının, sosyal sigortadan farkı olarak kişilerin ödemesi gereken primlerin havuz mantığı ile değil sağlık açısından kişisel risklerin ve hastalanma olasılıklarının dikkate alınarak hesaplandığı söylenebilmektedir. Dolayısıyla da primler farklı kişi veya gruplar için değişiklikler gösterdiği görülmektedir. Sadece primlerini ödeyebilenlerin sigortalı olma durumu devam ettiğinden özel sigortacılığın, ödeme gücü olmayanlar için hakkaniyet ölçüsünde hizmete ulaşımı sağlamadığı kabul edilmektedir. Ancak sosyal sigorta kapsamında olmayan bazı sağlık hizmetlerine ihtiyacı olanların bu hizmetlere ulaşabilmelerini sağlaması açısından özel sigorta sistemi bir çıkış yolu olarak değerlendirilmektedir. Örneğin; İngiltere'de ulusal sağlık hizmeti tarafından verilmeyen ağız ve diş sağlığı, gözlük vb. gibi hizmetlere ulaşmak için özel sigorta yaptıran kişi sayısının hızla arttığı görülmektedir (Uz, 1998: 97-98). Yine İngiltere'de, nüfusun yaklaşık %14-17'si gönüllü olarak ek özel sigorta satın almaktadır. Bunun başka bir

nedeni olarak da özel sigortalılar, daha iyi yiyecek ve özel odalar gibi belirli 'otel avantajlarına da erişebildiklerinden özel sigorta yapmaya yöneldikleri açık bir şekilde görülmektedir (Besley vd., 1999: 156).

Birçok ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında hükümet egemenliğine rağmen özel sağlık sektörü hala öneminin korunduğu görülmektedir. Çoğu ülkelerde kamu sağlanması çok miktarda kullanılsa da özel sağlık finansmanın önemli bir yeri bulunmaktadır. (Besley vd., 1999: 155). Bu finansman yönteminde geri ödeme kurumu özel sağlık sigortası olup bireylerin ya da kurumların sağlık risklerini sigortalaması söz konusu olmaktadır. Bu yöntem, farklı düzeylerde ve farklı amaçlarla kullanılabildiği görülmektedir. Örneğin; ABD’de, nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansman kurumuyken Fransa’da kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir. Diğer bir deyişle özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır (Tatar, 2011: 114).

Sosyal sigorta ile özel sigorta arasındaki en önemli fark sosyal sigortada bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan gelir ile ilişkili olup bireyin sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisi bulunmazken, özel sektörde bireyin ödeyeceği prim önemli ölçüde sağlık riskleri ya da sağlık statüsü ile ilişkilendirilebildiği görülmektedir. Bir diğer deyişle özel sağlık sigortasında diyabet, hipertansiyon gibi bir hastalığı olan ya da sigara, alkol kullanan bireyler gibi hastalanma riski yüksek olanlar diğer bireylere göre daha çok prim ödeyebilmektedirler. Bu durum, bir sağlık finansman sisteminde olması gereken özellikler arasında sayılan ve önemli bir yer tutan sağlık statüsü iyi olandan kötü olana doğru bir finansman akışının tam tersine işlediğini göstermektedir. Ayrıca, özel sağlık sigortalarının bir başka özelliği olan ters seçim (adverse selection) konusu da bu finansman türünün ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmasının önünde bir engel teşkil etmektedir. Buna göre, bir özel sağlık sigortası kurumunun yaşayabilmesi için yüksek riskli hastalardan daha yüksek prim alması gerekmektedir. Ancak bu durumda primler gereksiz yere yükseleceğinden ötürü özellikle sağlık statüsü iyi olan ve sağlık riski az olanlar bu yüksek primleri ödemek istemeyecek, bu durumda da sigorta havuzunda ağırlıklı olarak yüksek riskli hastalar bulunacaktır. Bundan dolayı özellikle sigorta kurumu açısından gelir ve gider dengesinin sağlanamamasına yol açacak ve zaman içinde finansmanın sürdürülebilirliği

olumsuz yönde etkilenecektir. Tüm bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası da, bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem olmayıp vergilere ya da sosyal sigortaya dayalı finansmanı tamamlar ya da destekler nitelikte kalacağı görülmektedir (Tatar, 2011: 115).

1.3.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Tıbbi tasarruf hesapları; bireylerin, hane halkının veya firmaların oluşabilecek sağlık risklerine karşı, gönüllü ve ya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları, yatırılan bu parayı yalnızca sağlık harcamaları için kullanmalarını esas almaktadır (Dixon, 2002: 409). Örneğin Singapur'da tıbbi tasarruf hesapları, prim ödendiği zorunlu felaket sigortası ile tamamlanmaktadır. Düşük gelirli insanlara bir kamu fonu ödemektedir. Birleşik Devletler'de ise, tıbbi tasarruf hesapları, felâket maliyetlerine karşı sigortalanan bir sağlık planıyla birleştirilmelidir. Dolayısıyla, tıbbi tasarruf hesapları her zaman bir fonlama mekanizmalarının bir parçası olarak düşünülmelidir. Bu tamamlayıcı sistemlerin yokluğunda, tıbbi tasarruf hesapları hiçbir felaketten korunma riski taşımaz; çünkü bir fon havuzu bulunmamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 21).

Birleşik Devletlerde tıbbi tasarruf hesaplarının tanıtılması için belirtilen motivasyon, özel sağlık sigortası piyasasında ahlaki tehlike ve olumsuz seçim sorunlarının üstesinden gelmekti. Hastaları sağlık hizmetinin maliyetinden tam olarak haberdar ederek, daha fiyat duyarlı olmaları ve bu nedenle servislere olan talebi azaltmaları ve maliyet enflasyonunu azaltacağı düşünülmekteydi. Buna ek olarak, tıbbi tasarruf hesaplarının, özel sağlık sigortası maliyetlerini ödemekte zorluk çeken bağımsız çalışanlar ile küçük işverenler için alternatif bir finansman yöntemi olduğu düşünülmüştür. Fakat ABD'deki beklenen ilgi tahmin edilenden daha az olarak karşılırlarına çıkmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 21-22).

Tıbbi tasarruf hesapları, sağlık finansmanının cazip bir alternatifi olarak tartışılmaktadır. Birçok ülke kendi ulusal sağlık finansman sistemlerinin içine tıbbi tasarruf hesaplarını dahil etmeye ve diğer fonlarla birleştirmeye çalışmaktadır (Çelik, 2011: 199). Tıbbi tasarruf hesapları uygulaması ülkelere göre farklılaşmakta ve çoğunlukla diğer finansman yöntemleri ile desteklenmektedir. Yukarıda da bahsedildiği üzere ABD'de yüksek-kesintili bir afet sigortası ile birlikte yürütülmekte, Singapur'da

gelir düzeyi çok düşük olan kesim için hükümet tarafından finanse edilen bir güvenlik ağı ile desteklenmektedir. Bu destek mekanizmaları gönüllü (Singapur-MediShield) veya zorunlu (ABD ve Güney Afrika) olabilmektedir. Primler, bazı ülkelerde tüm nüfus veya toplumun belli bir kesimi için zorunlu (Singapur-Medisave ve Çin) olurken bazılarında ise gönüllü (ABD ve Güney Afrika) olabildiği görülmektedir (Dixon, 2002: 409).

1.3.2.3. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalar olarak nitelendirilmektedir. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkıları ve enformel ödeme olarak üç başlık altında incelenmektedir. Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan bütün hizmetler için yapılan ödemeler olarak bilinirken, kullanıcı katkıları; güvence kapsamında kalan hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemelerdir. Enformel ödemeler ise; sosyal güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve formel olmayan ödemeler olarak bilinmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

Cepten harcamalar ilaç, hekim hizmetleri, hastaneye yatış ücreti, tıbbi malzemeler gibi sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için yapılmaktadır. Bu mal ve hizmetler için yapılan ödemelerin yanı sıra *“Acaba özel sağlık sigortası satın almak amacıyla yapılan prim ödemeleri ve hane halklarının sağlık amaçlı harcamaları için başka hanelerden yapılan yardımlar da cepten harcama mıdır?”* şeklinde bir soru akıllara gelebilmektedir. Bir harcamanın cepten harcama olarak kabul edilmesi için, bu harcamanın bireyin veya hane halkının kendisi tarafından doğrudan hizmet sunucuya yapılmış olması gerekmektedir. Ancak bu, birey veya hane halkının bir hizmet sunucuya ödeme yaptıktan sonra, ödediği miktarın bir kısmını veya tamamını başka kişi veya kurumdan geri ödeme veya yardım olarak geri alması anlamına gelmemektedir. Çünkü cepten harcama miktarı, geri ödeme veya yardım olarak bireye veya hane halkına geri dönen miktar çıkarıldıktan sonra kalan miktardır. Örneğin, Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) bağlı bir bireyin ilaç için ödediği paranın tamamını SGK’dan geri aldığı bir durum, cepten harcama olarak değerlendirilememektedir (Özgen, 2007: 204).

Cepten yapılan ödemeleri savunanların bu yöntemi savunmalarının nedeni, ödemelerin hem gereksiz talebi engellemekte önemli rol oynayacağı hem de ilave

kaynak yaratacağını düşündüklerinden dolayı olmaktadır. Bireyin geliri ile ilişkilendirilmediği durumlarda cepten yapılan ödemeler, hem hakkaniyet hem de risk koruma açısından en olumsuz sonuçlara neden olan finansman yöntemi olarak bilinmektedir. Özellikle düşük gelir ile düşük sağlık statüsü arasındaki ilişki göz önüne alındığında, ödeme yükünün hem gelir hem de sağlık statüsü açısından en kötü konumda olanlara yüklenmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle bir sağlık sisteminde cepten yapılan ödemeler ancak zorunlu durumlarda başvuru, başvurulduğu zaman ise mümkünse bireyin gelir durumu ile ilişkilendirilen bir finansman yöntemi olmalı gerektiği düşünülmektedir (Tatar, 2011: 114).

2002 yılında Türkiye'nin coğrafi bölgelerinden birinde yürütülen ve yaklaşık 900 haneyi kapsayan bir çalışmada, toplam cepten yapılan harcamaların % 25'inin gayri resmî olduğunu görülmektedir. Kayıt dışı ödemelerin çoğu nakit (%71) olarak ve ayakta tedavi hizmetleri almak için yapılıyordu. Sağlık sigortasına sahip olmak, hastaları kayıt dışı ödemeler yapmaktan kurtarmamakta aksine sağlık sigortası tarafından karşılanan hizmetleri almak için hastaların öncelikle doktorun muayenehanesine gitmesi ve ödeme yapması gerekmektedir. Kamu kuruluşlarında, yoksul insanların kişi başına ödedikleri miktar yoksul olmayanların ödedikleri miktardan fazlaydı. Yaşlı insanların ödedikleri miktar gençlerin ödedikleri miktardan fazlaydı. Bu durum hakkaniyet konusunda ciddi endişelere yol açmaktaydı. Bu çalışmayı gerçekleştirenler, kayıt dışı bu ödemeleri iki muhtemel unsurla ilişkilendirdiği görülmektedir. Birincisi; kamu sektörü sağlık personelinin özel sektörde çalışmasına izin verilmesi ve hastayı çalışma saatleri dışında kendi özel kliniğine yönlendirmek gibi etik olmayan uygulamalar yapabilmesidir. İkincisi de; sağlık kuruluşlarının kaynak sıkıntıları çektiği, hastaların kendi ihtiyaçlarını almak zorunda kaldığı anlamına gelen teminat paketinin eksik finansmanı veya eksik sigortalılıktır (Tatar vd., 2007: 1033).

1.3.2.3.1. Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemeler olarak nitelendirilmektedir. Bu ödemeler genellikle dışçiler, güvence kapsamı dışındaki ilaçlar, özel hekim muayeneleri, özel hastaneler, özel laboratuvarlar ya da test klinikleri gibi özel sektör hizmet sunucularına

yapılmaktadır. Bazı ülkelerde özel sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar vergilerle desteklenerek özel sektörden hizmet alımı teşvik edildiği görülmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

1.3.2.1.2. Enformel Ödemeler

Enformel ödemeler, genellikle kamu sektöründe tedavi sonrası için sunulan “teşekkür hediyeleri”, tedavi öncesi içinse doktorlara büyük zarflarla sunulan “benimle özel olarak ilgilenin” paralarından oluştuğu görülmektedir. Enformel ödemeler kayda geçmediği ve birçok ülkede yasadışı olduğu için varlığı ve miktarı konusundaki iddialar tartışmalı olarak sürmektedir. Enformel ödemelerin temel nedenleri olarak (Mossialos ve Dixon, 2002: 24);

Kamu Sistemindeki Finansal Kaynakların Yetersizliği: Ödeme yapılmazsa, hastalar tedavi için gereken ilaçlar veya bandajlar gibi temel malzemeleri alamazlar.

Özel Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği: Özel sektör tam gelişmiş değildir, bu nedenle hastalar başka yerlerde hizmet almak için daha az seçeneğe sahiptir. Batı Avrupa'da doktorlar, yasal olarak hastaları özel muayenehaneye kaydırarak kamu-özel kesiminde çalışabilirler. Hastaları kamu sektöründe "özel" ödeme için tedavi etmek, özel muayenehanenin olmadığı durumlarda ortaya çıkabilir.

Hizmet Sunucuları Etkileme Arzusu: Bu durum, Güney Avrupa'daki resmi olmayan ödemelerin açıklanmasında önemli bir faktör gibi görünmektedir ve orada özel sağlık sigortasına olan talebin eksikliğini açıklayabilmektedir.

Kültürel Gelenekler: Güney Avrupa gibi bazı ülkelerde bu durumun sınırlandırılmasına rağmen ısrarla devam eden enformel ödemeler geleneğine sahip olmaya devam etmektedirler.

Bu tür ödemeler hediye ve nakit olarak yapılabilir. Örneğin, sağlık personeline elden verilen para bir enformel nakit ödemedir. Sağlık personeline verilen çiçek, hediyelik eşya gibi hediyeler için yapılan ödemeler hediye ödemelerine ve laboratuvar tetkiki gibi hastanede yatarken dışarıdan sağlanan sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için yapılan ödemeler de enformel ödemelere örnek olarak sayılabilmektedir (Gaal vd., 2006: 257).

Çatışma bölgelerindeki işlerden yetersiz tesislere ve temel ilaç ve sarf malzemelerinin eksikliklerine kadar zayıf çalışma koşullarıyla yetersiz ücret ve kazanımlar, daha az gelişmiş ülkelerde sağlık çalışanlarının karşılaştıkları en acil sorunlar olarak sıklıkla bahsedilmektedir. Örneğin; Bangladeş ve Mısır gibi bazı ülkelerde kamuya açık olan hekimlerin çoğunluğu, özel ödeme yapan hastalarından gelen gelirle, normal işlerinden elde ettiği geliri tamamlamaktadır. Kazakistan'da enformel ödemelerin ulusal sağlık faturasına %30 eklenmesi beklenmektedir. Bazı ülkelerde doktorların kamu kurumlarında özel olarak çalışabilme imkânları, nitelikli personelin kamu sektöründen devam eden beyin göçünü etkisiz hale getirmek için sunulmaktadır. Bahreyn'de bu strateji başarılı olarak kabul edilmesine rağmen Gana ve Nepal'den edinilen tecrübeler, bu gibi teşviklerin kıt kaynakların kamu hizmetlerinden saptırılmasına ve profesyonellerin bağımsız özel uygulamaya yönlendirilmesine neden olabileceğini göstermektedir (WHO, 2000: 78).

Enformel ödemelerin en az düzeye indirilebilmesi için tek tek müdahaleler yetersiz kalmakta bu yüzden uzun dönemli stratejilere gerek olmaktadır. Öncelikli adımlardan biri, hükümetin açıkça belirttiği bir politikayla enformel ödemelere karşı bir tavır sergilemesidir. Ayrıca sağlık insan gücünün bütçe ile orantılı bir şekilde planlanması, sağlık çalışanlarının iş yükünün düzenlenmesi sistem üzerindeki finansal yükü azaltacak ve çalışanları ek gelir elde etme düşüncesinden, yolundan uzaklaştıracağı düşünülmektedir (Çelik, 2011: 197).

1.3.2.3.3. Kullanıcı Katkıları

Thomson ve diğerleri (2009: 21) sağlık hizmetleri kapsamı ile ilgili; kapsam genişliği, kapsam alanı ve kapsam derinliği olarak üç ana boyut ortaya çıkarmaktadır. Bu boyutlar ise sırasıyla kimin, neyin ve nasıl kapsandığı sorularına cevap vermektedir. Sağlık sistemlerinde kullanıcı katkılarının kullanımı kapsam derinliği ile ilişkili olup, derinliği olumsuz yönde etkilen bir politika tercihi olarak ortaya çıkmaktadır.

1980 yıllarından beri kullanıcı katkıları, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sosyal sektörlerinde ve sağlıkta bir finansman kaynağı olarak kabul edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak bireylere sunan devletler sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarını tartışmaya ve kullanmaya başlamıştır (Yalçın ve Yıldırım, 2001: 1649). Kullanıcı katkılarının iki durumda kullanılacağı belirtilmektedir. Birincisi, sağlık

harcamalarının genelde düşük ve düşmekte olduğu durumlarda, daha fazla kaynak yaratmak amacıyla; ikincisi ise ilkinin tersi bir durum olan yani sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda talebi azaltmaya ve verimliliği artırmaya yönelik durumlarda kullanılmasıdır (Çelik, 2011: 195).

Kullanıcı katkılarının ortaya çıkış amacı olarak, sağlık hizmetleri talebini düzenlemek, özellikle de gereksiz talebi engellemek denilebilmektedir. Sağlık sistemlerinde kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini azaltabilmek için bazı muafiyetler getirilebilmekte ülke örnekleri incelendiğinde; diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların, kanser ile ilgili harcamaların ve bazı ülkelerde düşük gelir grubundakilerin katkı paylarından muaf tutulduğu görülmektedir (Tatar, 2011: 114).

Sağlık sektöründe kullanıcı katkılarına yönelik bir tartışmanın söz konusu olduğu görülmektedir (Yıldırım vd., 2011:76). Kullanıcı katkılarını savunan World Bank'a göre (1987: 26) kullanıcı katkıları ile sağlık sektöründeki bazı problemlere çözüm yolu olabilmektedir. Bunlar;

1) Bu kaynakla daha fazla gelir elde edileceğinden daha iyi bir sağlık hizmeti verilebilmektedir,

2) Elde edilen yeni gelikle devlet sağlık hizmetlerini fakir nüfusun yoğunlukta olduğu kırsal kesime aktarabilir ve böylece fakir nüfus sağlık hizmetlerine ulaşabilir hale gelmektedir. Tüketicilerin sağlık hizmetlerine duyarlılığı artırılıp, sevk sisteminin daha uygun kullanılmasını ve gereksiz reçete yazımını engelleyerek kamu hizmetlerinin daha verimli bir şekilde kullanılması sağlamaktadır.

Kullanıcı katkılarına genellikle “hastalıklı bir vergi” adı verilmektedir. Kullanıcı katkılarını savunanlar, sağlık masraflarının bir bölümünü cebinden ödemek zorunda kalmanın, bireylerin sağlık bakımını uygun bir şekilde kullanmalarını sağlayarak, masrafları haklı çıkaracak kadar yeterli değere sahip olmayan bakımdan vazgeçmelerini sağlamaları gerektiği savunulmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bireylerin, kullanıcı katkıları verildiği durumlarda gerçekten daha az sağlık hizmeti 'tükettikleri' konusunda güçlü kanıtlar var. Ancak aynı kanıt kullanıcı ücretlerinin insanların uygunsuz bakımdan değil, aynı zamanda bakımdan vazgeçmesine neden olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla kullanıcı katkıları, sağlık durumu üzerinde olumsuz etkileri

olabilecek kör bir politika aracıdır ve yoksul insanları oransız bir şekilde etkileyen bir yöntemdir (Thomson vd., 2008: 6).

“Arka kapıdan özelleştirme” niteliğinde ortaya çıkan kullanıcı katkıların gerekçeleri olarak ilave gelir elde etmek, elde edilen gelirlerle hizmetlerin yaygınlaştırılması veya ikame bir finans kaynağı olarak kullanılması, hizmetlerin aşırı ve gereksiz olarak kullanımını engellemek olarak ifade edilmektedir (Birch, 1986: 174-175). Kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini en aza indirmek için, kişinin gelirine göre ya da zenginden çok fakirden az veya hiç alınmaması şeklinde olan politikalar tartışma konusu teşkil etmektedir (Sorkin, 1986: 348).

Kullanıcı katkıları sağlık giderleri ve sorumluluklarının daha büyük bir kısmını tüketicilere kaydırmayı içerir. Kullanıcı katkıları konusundaki yakın tarihli kamuoyu tartışması, bir dönüm noktası RAND Sağlık Sigortası Deneyi (RAND Health Insurance Experiment) çalışmasına dikkat çekmektedir. Deney her ne kadar 1982'de tamamlanmış olsa da maliyet paylaşımı ve hizmet kullanımı, bakım kalitesi ve sağlık üzerindeki etkisi üzerine yapılan tek uzun vadeli deneysel çalışma olmayı sürdürmektedir (RAND, 2006: 1).

RAND Sağlık Sigortası Deneyi, 1971 ile 1982 yılları arasında yürütülen büyük çaplı randomize bir deney olmaktadır. Çalışma için RAND, hepsi 65 yaşın altında olan 7,700'den fazla kişiyi kapsayan 2,750 aileyi işe almış ve bu aileler bölgesel ve kentsel/kırsal dengeyi sağlamak Birleşik Devletlerin altı yerinden seçilmiştir. Katılımcılar rastgele deney için spesifik olarak yaratılan beş farklı sağlık sigortası planlarından birine tayin edilmiştir. Deney kapsamında dört temel hizmet başına ödeme planı tipi bulunmaktaydı: Birinci ödeme planı ücretsiz hizmet sağlamakta; diğer üç tür de değişen düzeylerde maliyet paylaşımı içermektedir (yüzde 25, yüzde 50 ya da yüzde 95 (tüketicinin ödemesi gereken tıbbi masrafların yüzdesi). Beşinci sağlık sigortası planı ise kâr amacı gütmeyen, Sağlık Bakım Organizasyonu (HMO - Health Maintenance Organisation) tarzı bir grup kooperatiftir. HMO'ya tahsis edilenler sağlık hizmetlerinden ücretsiz şekilde faydalanmışlardır. Planlamada maliyet paylaşımı içeren yoksul aileler için maliyet paylaşımı miktarı, gelirin %5, %10 veya %15'inden üç seviyeden birine göre ayarlanmıştır. Sağlığa yapılan cepten harcamalar bu gelir yüzdelere göre

sınırlandırılmış veya yılda en fazla 1.000 dolar (1977 yılı için) gibi düşük bir fiyat konulmuştur (RAND, 2006: 2).

RAND Sağlık Sigortası Deneyinin sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki bulgular aşağı özetlenmektedir (RAND, 2006: 2):

- Ortak sigortanın tüm düzeyleri ortalaması, katılımcılar (yetişkinler ve çocuklar dâhil olmak üzere) maliyet paylaşımı ile her yıl bir ila iki daha az hekim ziyareti gerçekleştirdiler ve ücretsiz sağlık hizmeti alanlarla kıyasla %20 daha az hastaneye yatırıldı. Dış ziyaretleri, reçeteler ve zihinsel sağlık tedavisi de dâhil olmak üzere diğer hizmet türleri için de düşüşler benzerlik göstermektedir.
- HMO tarzı kooperatifteki tüketicilerin ücretli hizmet sisteminde ücretsiz bakım olan tüketicilere göre %39 daha az hastaneye yatırılmış olmalarına karşın, ayakta tedavi hizmetleri benzer şekilde kullanılmıştır. HMO planına göre harcamaların azaltılması, hizmet için ücretli sistemde daha yüksek bir eş güvence oranının etkileri ile karşılaştırılabilmektedir.
- Maliyet paylaşımı planlarına katılanlar sağlık bakımından daha az harcama yaptı. Bu tasarruf, daha düşük fiyatlar bulmak yerine daha az hizmet kullanmaktan kaynaklandı. %25'lik bir eş güvenceye sahip olanlar, ücretsiz bakım hizmeti verilen katılımcılardan %20 daha az harcamış ve %95'lik bir eş güvenceye sahip olanlar %30 daha az harcamış olmaktadır.
- Hizmetlerin azaltılması öncelikli olarak katılımcıların bakım vermemeye karar vermesinden kaynaklanmıştır. Hastalar sağlık sistemine girdikten sonra maliyet paylaşımı, bir bakım bölümünün yoğunluğunu veya masrafını hafifçe etkilemektedir.

1.4. Türkiye’de Katılım Payları

Bu bölümde Türkiye’deki mevcut katılım payları ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

1.4.1. Muayene Katılım Payı

Katılım payı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar olarak tanımlanmaktadır.

Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri ise; SUT 1.8 numaralı “Katılım Payı” başlıklı maddesinde belirtilmiştir buna göre; katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri şunlardır (<http://www.sgk.gov.tr>):

- a) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş ve yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı,
- b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- c) Vücut dışı protez ve ortezler,
- d) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60 ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği genel sağlık sigortalısı sayılan (<http://www.sgk.gov.tr>),

- a) Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,
- b) Vatansızlar ve sığınmacılar,
- c) 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler, ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca kendilerine geri ödenir.

1.4.2. Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı

Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı uygulamasına ilişkin usul ve esaslar SUT’un 1.8.1 numaralı maddesinde düzenlenmiştir (<http://www.sgk.gov.tr>). SUT 31/12/2016-29935/ 1 md. değişikliği ve 01/01/2017 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren değişikliklerle aşağıda belirtilmiştir:

- a) *İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında6 (altı) TL*

b) Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde.....7 (yedi) TL

c) Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında.....8 (sekiz) TL

ç) Özel sağlık hizmeti sunucularında15 (onbeş) TL alınmaktadır.

Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonucunda oluşan ve eczanelerce kişilerden tahsil edileceği belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payları kişilerin reçete ile eczaneye ilk müracaatında kişilerden tahsil edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 TL’lik tutar; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için ise eczanelerce kişilerden tahsil edilir. SUT’un 1.7.1 (Yurtdışı sigortalı müracaatları) belirtilen durumlarda muayene katılım payı tahsil edilmesi gerekenler için; resmi ve özel sağlık kurumlarındaki muayenelerine ilişkin katılım payı sağlık hizmeti sunucularınca kişilerden tahsil edilir (www.sgk.gov.tr).

1.4.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler

Katılım payı iş kazasına uğrayan ya da meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan, askeri tatbikatlarda sağlanan sağlık hizmetlerinden gibi durumlarda alınmamaktadır. Ayrıntılı bilgi için ek-3’e bakabilirsiniz.

1.4.4. İlaç Katılım Payı

Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla SUT eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi”nde yer alan hastalıklarda listede belirtilen ilaçlardan katılım payı alınmakta, bunun dışındaki ilaçlardan katılım payı alınmaktadır. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ilaç bedelinin kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla

yükümlü oldukları kişiler için %10'u, diğer kişiler için %20'si oranında katılım payı alınmaktadır (<http://www.sgk.gov.tr>).

Ayaktan tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı (<http://www.sgk.gov.tr>):

- a) Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından mahsup edilmek suretiyle,
- b) Diğer kişiler için ise Kurumla sözleşmeli eczaneler tarafından kişilerden, tahsil edilir.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunun 68. maddesine göre; *kurum, birinci fıkranın (c) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinde, aile hekimlerince yazılan reçeteler dâhil olmak üzere reçetede yer alan üç kaleme/üç kutuya kadar ilaç/ilaçlar için 3 Türk Lirası, ilave her bir kalem/kutu ilaç için 1 Türk Lirası olmak üzere katılım payı uygulamaya yetkilidir. Katılım payına ilişkin kutu hesabında enjekteable formlar, serum ve beslenme ürünleri ile Kurum tarafından belirlenecek ilaçlar dikkate alınmaz* (<http://www.mevzuat.gov.tr>).

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Sınırlama Stratejileri

Sağlık sektörünün maliyetini kontrol altına alma arzusu, 1980'lerde ve 1990'larda bu alanda reformların yapılmasını teşvik edici nitelikte olmuştur. Maliyet sınırlama stratejileri söz konusu kontrolü, sağlık harcamalarının önceden açıklanan limitler içinde yapılması gibi yöntemlerle sağlamaya çalışmaktadır. Bu kavram genellikle harcamaların kesilmesi veya verimliliğin artırılması ile karıştırılmaktadır. Maliyet sınırlaması harcamayı kontrol etmeyi amaçlar, düşürmesi şart değildir. Aynı şekilde verimlilik önlemleri maliyetleri sınırlamaya ilişkin bir çaba olarak görülebilir. Maliyet sınırlamasının, maliyetin düşürülmesine ve aynı zamanda verimsizliğin daha fazla artmasına neden olması mümkün olarak görülmektedir. Maliyet sınırlamasına yönelik önlemlerin çoğu yalnızca kamu finansmanı ile gerçekleştirilen sağlık harcamaları üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Avrupa Sağlık Reformu, 1998: 79).

Ülkeler artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak, ek gelir sağlamak ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımlarını önlemek amacıyla çeşitli stratejiler kullanmaktadır (Yıldırım vd., 2011: 74). Maliyet sınırlama stratejileri ya da yöntemleri ülkelerin sağlık sistemlerini finanse etme ve organize etme biçimlerine göre farklılıklar

gösterir. Sağlık reformlarında öngörülen stratejiler daha ziyade arz-yönlü ya da talep-yönlü stratejiler olarak ortaya çıkmaktadır (Saltman ve Figueras, 1999: 390).

Talep yönlü maliyet sınırlama stratejileri temelde tartışmalı iki alana yoğunlaşmaktadır. Bunlar; maliyet paylaşım düzenlemeleri ve kamusal olarak finanse edilen hizmetler için önceliklerin belirlenmesi konularıdır. Talep yönlü maliyet sınırlama stratejilerinin temel özelliği, sağlık sektöründeki maliyetlerin belli bir oranının bireye yüklenmesi suretiyle kamusa olarak finanse edilen hizmetlere olan talebi düşürmeyi amaçlamak olarak nitelendirilmektedir (Saltman ve Figueras, 1999: 390). Talep yönlü stratejiler çeşitli kullanıcı katkıları düzenlemelerini de içermektedir (Yıldırım, 2011: 74).

Maliyet sınırlama stratejilerinin büyük çoğunluğu arz yönlü olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar; hekim ve hastane yatağı üretiminin sınırlandırılması ve/veya düşürülmesi, işgücünün maliyetlerini kontrol etme (örneğin maaşlar), toplam harcamanın üst sınırlarını belirleme, hizmet sunucuları için toplam bütçe belirleme, profesyonellere ödeme yöntemlerinde değişme, teknolojinin kullanımının optimizasyonu, daha etkili olan hizmet sunum biçimlerini benimseme (örneğin pahalı olan yatarak tedavi hizmetleri yerine temel sağlık hizmetlerinin ve ayaktan bakım hizmetlerinin kullanılması gibi), hekimlerin kullandığı kaynakların değerlendirilmesi ve kamu hizmet sağlayıcıları arasında rekabeti sağlama. Bu stratejilerin uygulamaları farklı derecelerde başarılı olmuşlardır. Şimdiye kadar ki deneyimler amaçlara yönelik olarak sağlık bakım sistemi için veya her bir temel alt sektörler için oluşturulan bütçeler ve personelde sınırlamalara gitme gibi maliyet sınırlama stratejileri arasında en etkili olanlar olarak kabul edilmektedir (Saltman ve Figueras, 1999: 391).

Sağlık hizmetlerinde finansman problemlerini azaltmak amacıyla, aynı zamanda maliyet sınırlamaları için mikro ve makro anlamda yönetim stratejileri de geliştirilmelidir. Alternatif maliyet sınırlama stratejileri Tablo 1.2’de gösterilmektedir (Reinhard, 1995: 130).

Tablo 1.2. Makro ve Mikro Anlamda Maliyet Sınırlama Stratejileri

Amaç	Mikro yönetim	Makro yönetim
Arz yönlü stratejiler	• Ekonomik teşviklerle sağlık hizmetleri üretiminde etkinliğin ve verimliliğin teşvik edilmesi • Sağlık kuruluşlarının sahipleri veya kontrol edenleri üzerindeki yasal zorlamalar ve ya düzenlemeler	• Sağlık sisteminin fiziksel ve altyapı kapasitesiyle bölgesel planlama yapılarak, bölgeler ve çeşitli sosyal gruplar arasında hedeflenen dağıtımın gerçekleştirilmesi
Talep yönlü stratejiler	• "Hastaların" maliyet paylaşımı yoluyla "tüketicilere" dönüştürülmesi • Doktorların hastalar üzerindeki kararlarının denetlenmesi	• Hastaneler ve hekimlerin harcama sınırları için önceden belirlenmiş global bütçeleme yönteminin kullanılması
Bir bütün olarak piyasayı hedef alan stratejiler		• Fiyat kontrolleri

Kaynak: Reinhard, 1995: 131.

II. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI VE İLAÇ SEKTÖRÜ

2.1. Sağlık Harcamalarının Tanımı

Sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar “Sağlık Harcaması” olarak nitelendirilmektedir (www.tuik.gov.tr).

Ülkelerdeki sağlık harcamasının değerlendirmesinde harcamanın miktarı, kaynakları ve nereye/nasıl harcandığına ilişkin ölçekler olmak üzere başlıca üç grup ölçek kullanılmaktadır. Sağlık harcamasında paranın miktarını değerlendirmek için iki temel ölçek vardır. Bunlardan birincisi sağlık harcamasının ulusal gelir ya da gayri safi milli hasıla (GSMH) içindeki payı, ikincisi ise kişi başına yıllık sağlık harcaması olarak tanımlanmaktadır. Harcamalarının kaynaklarını irdelemede kullanılan genel ölçek; toplam harcama içindeki kamu ve özel kaynağın payının ne kadar olduğudur. Sağlık harcamalarını değerlendirmede kullanılan üçüncü grup ölçek paranın hangi tip hizmetlere harcandığını gösteren ölçeklerdir. Bu bağlamda en çok kullanılan ölçek, harcanan paranın ne kadarının koruyucu hizmetlere ne kadarının ise tedavi edici hizmetlere yapıldığını gösteren orandır. Ayrıca harcamalar içinde ilaç harcamalarının payı, insan gücünün payı, teknolojinin payı gibi ölçekler de kullanılmaktadır. Uluslararası kıyaslamalarda genellikle bu üç grup ölçekten yararlanıldığı görülmektedir (Akdur, 2008: 14).

Sağlık harcamalarındaki artıştan ötürü Sosyal Güvenlik Kurumu giderleri kontrol altına alabilmek için bütçe sınırlandırılmasına gitmektedir. İlaç sektörünü de kapsayan bu yeni bütçeye “Global Bütçe” adı verilmektedir. Global bütçede temel amaç sağlık riskinin süreci finanse eden kurumdan alınarak hizmeti veren kuruma devredilmesi olmaktadır. SGK tarafından uygulamaya konulan global bütçe mali yıl başlarında sağlık kurumlarına ve ilaç firmalarına ödenecek toplam tutarın belirlenmesi ve yıl içinde bu rakamın aşılacağına anlaşılmaması durumunda giderek artan oranlarda iskonto uygulanması temeline dayanmaktadır (Aytekin ve Aytekin, 2010: 164).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, ulusal gelirden (GSMH) sağlık alanına ne kadar para harcanacağını belirleyen çeşitli etmenler vardır. Bunlar iki grup altında toplanabilmektedir: Birinci grup olan Sosyo-Kültürel Yapıya Bağlı Etmenler; toplumun gelişmişlik ve gelir düzeyi ve toplumun sağlık kültüründen oluşmaktadır. İkinci grup olan Sağlık Politikasına İlişkin Etmenler ise; sağlık hizmeti sunma biçimi(örgüt yapısı), sağlık hizmetleri için para toplama biçimi (finansman), toplanan parayı harcama biçiminden oluşmaktadır (Akdur, 2008: 15).

2.2. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık harcamaları merkezi yönetim bütçe giderleri içinde yer almaktadır. Sağlık harcamaları; genel tedavi ve sağlık malzemeleri giderlerinden, genel ilaç giderlerinden, yeşil kartlıların tedavi ve sağlık malzemeleri giderlerinden, yeşil kartlıların ilaç giderlerinden oluşmaktadır (Akar, 2014: 316). Türkiye’de sağlık harcaması yapan kamu kurumları ise SGK, Genel ve katma bütçeli kuruluşlar (Sağlık Bakanlığı, diğer genel bütçeli kuruluşlar, katma bütçeli kuruluşlar), Maliye Bakanlığıdır (Çelik, 2011: 74).

Tablo 2.1. Toplam Sağlık Harcamaları

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (milyon TL)
2002	18.774
2003	24.279
2004	30.021
2005	35.359
2006	44.069
2007	50.904
2008	57.740
2009	57.911
2010	61.678
2011	68.607
2012	74.189
2013	84.390
2014	94.750
2015	104.568

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr>

Türkiye’de 2002-2013 döneminde sağlık harcamalarında bir artış görülmektedir.

Tablo 2.2. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (milyon TL)	Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (milyon TL)
2002	18.774	3.725
2003	24.279	4.482
2004	30.021	5.775
2005	35.359	8.049
2006	44.069	9.684
2007	50.904	11.105
2008	57.740	10.036
2009	57.911	8.142
2010	61.678	10.062
2011	68.607	10.590
2012	74.189	11.750
2013	84.390	14.156
2014	94.750	16.819
2015	104.568	17.315

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr>

Özel sağlık harcamalarının önemli bir kısmı olan hane halkı sağlık harcamasının (cepten yapılan sağlık harcamaları) toplam sağlık harcaması içindeki payı Tablo 2.2’ de görülmektedir. Hane halkları tarafından tedavi, ilaç vb. amaçlı yapılan cepten sağlık harcaması, 2015 yılında %3 artarak 17 milyar 315 milyon TL’ye ulaşmıştır. Hane halkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2015 yılında %16,6 olarak gerçekleştiği görülmektedir.

Tablo 2.3. Kamu İlaç Harcaması ve Reçete Verileri

Yıllar	İlaç Bütçe (milyon TL)	Kamu İlaç Harcaması (milyon TL)	Reçete Başı Maliyet (TL)	Reçete Sayısı (milyon adet)
2010	14.600	15.347	49.1	312.7
2011	15.562	15.868	47.7	332.5
2012	16.669	14.484	42.8	338.8
2013	15.728	15.753	47.2	333.7
2014	17.049	17.628	52.0	339.0
2015	18.020	19.352	56.4	339.0
2016	21.666	22.250	64.9	342.8
2017	24.002			
2018	25.993			
2019	28.192			

Kaynak: www.ieis.org.tr

2017-2019 seneleri için açıklanan Orta Vadeli Program (OVP) çerçevesinde geçici kamu ilaç bütçeleri açıklanmıştır. Bu açıklamaya göre, 2016 yılı için kamu ilaç

harcamaları 22.250 milyon TL olarak tahmin edilmekte olup, bu tutar öngörülen bütçeden yaklaşık 584 milyon TL kadar fazla olduğu görülmektedir. Reçete sayısındaki değişim incelendiğinde ise 2011 yılındaki %6 oranındaki artıştan sonra reçete miktarındaki büyümenin durduğu gözlemlenmektedir. Reçete başı maliyet ise 2016 yılında yaklaşık %15 seviyesinde büyüme göstermiştir. 2017 yılı için öngörülen kamu ilaç bütçesi 24.002 milyon TL olarak belirlenmiş olup, 2016 yılı tahmini ilaç harcamasına göre %7,9 oranında bir büyümeye işaret etmektedir (www.ieis.org.tr).

Sağlık Bakanlığı harcamaları içinde en az harcama payının ilaç harcaması olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak Sağlık Bakanlığı kurumlarında tüketilen ilaçların bedelleri ya SGK ya da Maliye Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığına ödemesi gösterilebilmektedir (Çelik, 2011: 75).

2.2. İlaç Piyasasının Temel Konuları

2.2.1. Sektörün Tanımı ve Temel Özellikleri

İlaç sanayi; beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve besleyici olarak kullanılan sentetik, standartlara göre belirli dozlarda basit veya bileşik farmasötik şekiller haline getiren ve seri olarak üreterek tedaviye sunan bir sanayi dalı olarak nitelendirilmektedir. Kimya sanayii üretimi içinde incelenen dönemde (1995-1998) yaklaşık %20' lik bir paya sahip olan ilaç sanayii, yıllık yaklaşık 100 milyon ABD doları ilaç ve ilaç hammaddesi ihracatı ve batı ülkeleri seviyesine ulaşmış yüksek teknoloji düzeyi ile ülke ekonomisinde dikkat çeken sektörlerden biri olarak görülmektedir (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001: I).

Sektörün temel amacı; uluslararası ölçüde rekabet gücüne sahip, yaşam kalitesini arttırıcı ve ülke ilaç ihtiyacının büyük kısmını karşılayan ilaç sanayinin bulunması olarak belirlenmiştir. Bu amaçlar doğrultusunda belirlenen hedefler ise (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2001: II); fon yaratmak ve üretimin devamlılığını sağlamak, ithalat/ihracat dengesinde ülke ve sektör yararına iyileştirmeler gerçekleştirmek, ilaç hammaddesi üretiminde çeşitlendirme, gelişme ve uluslararası rekabette etkinlik, hekim ve eczacıların katkıları ile tüketici bilincinin oluşturulması, sektör/üniversite işbirliği ile yeni ilaç Ar-Ge adımlarını atmak, olmaktadır.

İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ilacı, “*Kodekste muharrer şekil ve formül haricinde ve fenni kaidelere muvafık muayyen ve sabit bir şekilde yapılacak amilinin ismiyle veya hususi bir nam altında ticarete çıkarılan tababette müstamel her nevi basit ve mürekkep devai tertiplere ispençiyari ve tıbbi müstahzarlar*” olarak tanımlamaktadır.

Gerçekte ilaç geniş anlamli olarak kullanılan bir terimdir. Eski tanımlamayla şifa, deva aracı olarak bilinmektedir. Tarih boyunca, bitkisel, hayvansal kökenli madde ve karışımlar ve mineraller, deva-i madde olarak kullanılmıştır. Günümüzde de tıbbi etkinliklerde kullanılan, biyolojik etkinliğe sahip saf kimyasal bir madde veya saf madde ile eşdeğer olan bitkisel, hayvansal kaynaklı standart madde karışımı genelde ilaç olarak tanımlanabilmektedir (Abacıoğlu, 2010: 24).

İlaçlar özgün kimyasal yapılara ve farmakolojik özelliklere sahiptir. Bozulan sağlığın düzeltilmesinde, yani hastalıkların tanı ve tedavisinde ve hastalıklardan korunmada kullanılırlar. Buluş süreçlerinden başlayarak ilacın üretiminden tüketimine bir dizi bilimsel ve hukuki kural, onları ayrıcalıklı bir ürün konuma oturtur. Hasta için ilaç vazgeçilmezdir; can kurtarıcıdır; devadır. Tüm bu özellik ve işlevler bir yana konduğunda, ilaçlar da değişim için üretilen herhangi bir meta, mal veya üründen farklı değildir. Dolayısıyla ilacın tıbbi uygulamalardaki özel rolünün dışında, üretim ilişkilerinin biçimine özgü bir iktisadi bir ürün olma dışında, başkaca bir özelliğinin bulunmadığı söylenebilmektedir (Abacıoğlu, 2009: 34).

İktisat açısından "meta, en yalın biçimiyle, değişim için üretilen bir emek ürünü" olarak tanımlanmaktadır ve ilaç da, kullanım değerine sahip, değişim için üretilen herhangi diğer bir meta veya maldan farklılık göstermemektedir. Kısaca, tüm metalarda olduğu gibi ilacın kullanım ve değişim olmak üzere iki değeri bulunmaktadır. Bu bakımdan ilacı ekonomi-politik açısından da yerine oturtmak gerekir. Bu anlamda yapılan tanımlamalar da bulunmaktadır. Buna göre ilaç; "fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, kullananın yararına değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen, bu nedenle değişim için üretilen, 'onsuz olunmaz nitelikte', 'toplumsal' bir madde ya da ürün olarak ifade edilmektedir. "Onsuz olunmazlık" özelliği ilacın talebiyle ilgilidir. Bu çerçevede ilacın farmakolojik tanımı, onun görünen ön yüzünü oluştururken, iktisadi içsel özellikleri tıbbi değerine başka

özellikler de katmaktadır. Ekonomi-politik olarak ilacın nasıl bir meta olduğu kavramı, emek ürünlerindeki değer, malın cinsi ve mala olan talebi bakımından verilecek yanıtla da açıklık kazanabilmektedir (Abacıoğlu, 2010: 24-25).

İlacın meta özelliği aşağıdaki gibi özetlenebilir (Abacıoğlu: 2010: 27-28):

1. İlaç, maddi bir nesne olarak değer üretme özelliklerine sahip bir maldır.
2. İlacı diğer mal veya metalarda eşitleyen değerler, kullanım ve değişim değerleridir.
3. İlacın kullanım değeri, onun etkililik, kalite, emniyet ve geçerlilik özellikleriyle ilgilidir.
4. İlacın kullanım değeri, diğer mal veya metarlardan farklılık gösterir. Mal olarak ilaç yerine başka bir meta ikame edilemediği gibi, ilaçlar da kendi aralarında endikasyon farkına bağlı ikame edilemez özellik gösterirler.
5. İlaçtaki değişim değeri onun fiyatında belirlenmektedir.
6. İlaç, değişim değeri bakımından her zaman ve her yerde edinilebilir ve ulaşılabilir olmak durumundadır.
7. Bir meta olarak ilacın değişim değeri, bir talep elastikiyeti içermez.
8. İlaç bir istek ve beğeni malı değildir. Seçimini başka eller yapar.

İlacın meta özellikleri dışından ilaç sektörünü diğer sektörlerle ayıran bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkları ise Giuffrida (2001: 3) aşağıdaki şekilde belirlemiştir:

- Hastalıklara ve buna bağlı olarak tüketilecek ilaçlara ilişkin belirsizliklerin bulunması, yani hastalıkların zamanlamasının önceden bilinmemesi ve buna bağlı olarak tüketilecek ilaç miktarının hesaplanamaması,
- Üçlü talep yapısından (hasta, doktor ve sağlık sigortası) kaynaklanan farklı tüketim yapısı,
- Üreticiler tarafından patent koruması ve marka bağlılığı gibi pazar gücünü artıran unsurların ön plana çıkarılması,
- Sanayi politikası ile sağlık politikası arasında politika uygulayıcıların yapmak zorunda bulunduğu tercihler.

2.2.1.1. Jenerik ve Orijinal ilaç

Uzun araştırmalar ve klinik çalışmalar sonucu belli bir hastalık üzerinde olumlu etki yaptığı kanıtlanmış, temeli, patentli bir moleküle dayanan ve daha önceden benzeri olmayan, yeni ilaçlar için kullanılan bir uluslararası terimdir. Orijinal ilaçlar, dünyanın birçok ülkesinde güçlü yasalarla, patent ve veri koruma hakları şemsiyesi altında belli bir süre boyunca korunmaktadırlar. Bu süre içinde, başka bir ilaç şirketinin, bu ilacın benzerini üretmesine izin verilmemektedir. Böylece orijinal ilaç reticileri AR-GE yatırımlarını karşılayabilmekte ve yeni araştırmalar için kaynak yaratabilmektedirler. Orijinal ilacın yasal koruma sresinin dolması ile birlikte ilaç şirketleri, orijinal ilacın benzerlerini piyasaya sürebilirler. Bu ilaçlar “Jenerik İlaç” olarak adlandırılmaktadır (www.aifd.org.tr).

Patent, buluş sahibinin buluş konusu ürünü belirli bir süre rekabetten koruyarak üretme, kullanma veya satma hakkı olarak bilinmektedir. Yeni buluşların belirli bir süre fikri ve sınai mülkiyet hakları kapsamında korunması anlamını taşıyan patent süresi tüm dünyada 20 yıldır. İlaç sektöründe patentler, geliştirilen orijinal ilaçlar için alınmaktadır. İlaç şirketlerinin rekabet gücü, büyük lde geliştirilmiş orijinal ilaçlar ile bu ilaçlar için alınmış olan patentlerle belirlenmektedir. İlaç piyasasında, orijinal ilaçların yanı sıra jenerik (eşdeğer) ilaçlar da üretilmektedir. Jenerik ilaçlar, orijinal ilaçların koruma süreleri bittikten sonra üretilerek satışa sunulan ürünler olarak bilinmektedir. Jenerik ilaçların, orijinal ilaçlarla aynı farmakolojik etkilere sahip olması gerekmektedir. Dünya ilaç pazarının yaklaşık dörtte birini tutan jenerik ilaçlar, dünya ilaç pazarının önemli bir kısmını oluştırmaktadır ve gelişmekte olan pazarlarda daha yüksek üretim ve satış paylarına sahiptir (Dünya’da ve Türkiye’de İlaç Sektörü, 2010: 2).

2.2.2. İlaçta Ruhsatlandırma

İlaç, diğer ürünlere benzemeyen sosyal boyutu da olan önemli bir ürün olarak bilinmektedir. Bu niteliğini ve konumunu, sağlık açısından vazgeçilmez olmasına borçlu olmaktadır. Bu nedenledir ki ruhsat alarak piyasaya sunulacak ilaçlar devlet otoritelerinin izniyle belirlenir. Ayrıca, lkeler patent kanunlarında ve işlemlerinde ilaca daima süre ve şartlar bakımından bazı ayrıcalıklar getirilmektedir (Acar ve Yeğenoğlu, 2004: 270).

Bir ilacın sağlık hizmetlerine sunulabilmesi için resmi bir otorite tarafından onaylanmış ruhsatlandırma alması gerekmektedir. Avrupa Birliğinde ve ABD’de ilaçların ruhsatlandırılması EMA (European Medicines Agency) ve FDA’nın (Food and Drug Adminstation) belirlediği hükümlere göre yapılmaktadır (Şahin, 2012: 86). Ülkemizde ilaçların ruhsatlandırma işlemleri, AB mevzuatına uyum çalışmaları çerçevesinde hazırlanan ve 19.01.2005 tarihinde yürürlüğe giren “Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği” hükümlerine göre yapılmaktadır (Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 17).

02.11.2011 tarihli ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname” kapsamında Türkiye’de ilaçların ruhsatlandırılması, üretimi, depolanması, satışı, ithalatı, ihracatı, piyasaya arzı, dağıtımı, hizmete sunulması, toplatılması ve kullanımları ile ilgili kural ve standartları oluşturmak, bu faaliyetleri yürütecek kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere izin vermek, ruhsatlandırmak, denetlemek ve gerektiğinde yaptırım uygulamak, laboratuvar analizlerini yapmak veya yaptırmak üzere yetkili makam “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” dur (<http://www.titck.gov.tr>).

Beşeri tıbbi ürünler, beşeri tıbbi ürün üretiminde kullanılan etkin ve yardımcı maddeler ile ilgili uluslararası gelişmeleri de takip etmek amacıyla mevzuat çalışmalarını yürütmek, beşeri tıbbi ürünlerin ruhsat başvurusuna ilişkin ön değerlendirme süreci ile etkinlik, güvenlik ve kalite verileri doğrultusunda bilimsel olarak değerlendirilmesi, ruhsatlandırılması, ruhsat, askıya alma ve ruhsat iptali işlemlerini yürütmek, ruhsatlı ilaçlara devir ruhsat, varyasyon işlemine bağlı ruhsat değerikliği sonrası imal ya da ithal ruhsat ve zayii ruhsat düzenlenmesi işlemlerini yürütmek, beşeri tıbbi ürünlerin kalitesi ile ilgili olan bilgiler ve varyasyonları içeren teknolojik, farmakolojik ve biyoyarlanım/biyoeşdeğerlik değerlendirmeleri ile idari değerlendirmelerin yapılmasını sağlamak, orijinal/referans beşeri tıbbi ürünlerin kısa ürün bilgisi ve kullanma talimatlarının farmakolojik değerlendirme işlemlerinin yapılmasını sağlamak, pazara arz edilen ilaçların ambalajı içeriğinde yer alan kullanma talimatı metinlerini güncel olup olmadığının kontrol edilmesi amacıyla piyasa gözetim denetim işlemlerinin yapılmasını sağlamak ve gerektiğinde katkıda bulunmakla görevli olmaktadır (2016 Yılı İdare Faaliyet Raporu, 2017: 45-46).

Bir ilacın araştırma, geliştirme ve klinik araştırma sonuçlarının kabul görmesi durumu ruhsatlandırma safhasında Sağlık Bakanı tarafından değişik komisyonlarda görevlendirilmiş uzmanlar tarafından belirlenmektedir. Pazarlama zamanlaması ve planları ruhsatlandırma ile doğrudan ilişkili olmaktadır. Ürünün keşfi ve/veya geliştirilmesi ve pazara sunulacak duruma getirilmesi için yapılan tüm harcamaların karşılanabilmesi, ilacın beklenen süre içinde ruhsat alabilmesi, gecikmeden ve rekabette geri kalmadan pazara verebilmesi ile mümkündür. Bu çerçevede ruhsatlandırmada yaşanan sorunların çözülmesi sektör için çok önemli bir durumdadır (Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 17).

2.2.3. İlaçta Fiyatlandırma

Türkiye’de ilaç fiyatları 30.06.2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı “Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar” hükümleri gereğince belirlenmektedir (Türkiye’de ve dünyada ilaç sanayi, 2009: 2).

Kararnamenin 2. maddesine göre fiyatlandırma; *Avrupa Birliği (AB) üyeleri arasından her yıl en az 5, en fazla 10 ülke “referans ülke” olarak Sağlık Bakanlığınca belirlenir ve bir tebliğle duyurulur. Belirlenen “referans ülkeler” ancak dört ay önceden ilan edilmek şartıyla değiştirilebilir. Referans fiyat “depocuya satış fiyatı”dır. Bu fiyat, belirlenen ülkeler içinde ruhsatlı ve piyasada satışı olan orijinal ürünün depocuya iskonto hariç en düşük satış fiyatıdır. Ancak, ilgili ürünün imal veya ithal edildiği ülkeler, referans ülkelerin dışında olup bu ülkelerde referans ülke fiyatlarının altında belirlenmiş bir depocuya satış fiyatı var ise, depocuya satış fiyatı düşük olan ülkedeki fiyat, referans fiyat olarak kabul edilir. Referans fiyat para birimi olarak Avro kullanılır. Sağlık Bakanlığı, referans fiyat takibinde ulusal ya da uluslararası veri tabanları kullanabilir; bu hususta hizmet alabilir. Süreç içinde, denetim ve gözetim esnasında kullandığı verilerin doğrulanması ve düzeltilmesi yönünde kararlar alabilir (www.resmigazete.gov.tr).*

Kararnamenin 3. Maddesine göre; *Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı temsilcilerinin katılımıyla ilaçların fiyatlarını değerlendirmek amacıyla "Fiyat Değerlendirme Komisyonu" oluşturulur. Komisyon, üç ayda bir olağan, gerektiği hâllerde Sağlık Bakanlığının daveti üzerine olağanüstü*

toplanarak bu Kararın uygulanmasına ilişkin usullerle ilgili veya ilaç fiyatlarının artırılması, azaltılması ya da aynı kalması yönünde kararlar alır; ilaç fiyatlarının tespitinde kullanılacak olan “dönemsel Avro değeri”ni belirler. Komisyonun sekretarya hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülür (www.resmigazete.gov.tr).

Kararnamenin 7. maddesine göre; depocu ve eczacı kâr oranları Tablo 2.4’de gösterilmiştir:

Tablo 2.4. Depocu ve Eczacı Kar Oranları

<u>Referans İlaçlar</u>	<u>Eşdeğer İlaçlar</u>
Referans Fiyat	Referans Fiyatın %80’i
+	+
Depocu ve Eczacı Kar Oranları	Depocu ve Eczacı Kar Oranları
+	+
%8 KDV	%8 KDV

Depocuya satış fiyatı	Depocu Karı (%)	Eczacı Karı (%)
0-10 TL’ye kadar	9	25
10-50 TL	8	24
51-100 TL	7	23
101-200 TL	4	16
200 TL üzeri	2	12

Kaynak: Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 19, resmigazete.gov.tr

Ülkemizdeki ilaç fiyatları, ürünün Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan olmak üzere her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen AB’ye üye beş ülkedeki fabrika satış fiyatlarından en ucuzunun referans fiyat olarak kabul edilmesiyle belirlenmektedir. Söz konusu fabrika satış fiyatına depocu ve eczacı kâr oranları ile %8 KDV eklenerek perakende satış fiyatları bulunmaktadır (Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 18).

İlaç fiyatlarındaki değişiklik, kur ve referans fiyat değişikliğine bağlı olarak yapılabilmektedir. Kararnameye göre öngörülen fiyat değişimlerinde bir şeffaflık bulunmamaktadır. Kur değişimlerine göre ilaç fiyatlarındaki indirimler re’sen ve derhal uygulanırken, kur değişikliklerine bağlı olarak gerçekleştirilecek fiyat artışlarında

uygulamada belirsizlik ve gecikmeler olabilmektedir. İlaç fiyat artışı, yalnızca kur değişikliği halinde söz konusu olabilirken birlikte uygulamada kura bağlı fiyat artış kararı alınmasında da bugüne kadar mevzuatta belirtilen sürelerle ve artış oranı hesaplamalarına uyulmayarak ortaya çıkan oranın tam olarak fiyatlara yansıtılmasına izin verilmemiştir. Referans fiyatın artması halinde ürün fiyatında bir artışa izin verilmemesi durumu da sektörün aleyhine olan başka bir uygulamadır (Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 19).

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen fiyatlar maksimum fiyat niteliğinde olmasına rağmen perakende satış fiyatının sabit fiyat olarak kabul edilmesinden kaynaklanan uygulama, üreticilerin bu seviyedeki satışlar için gerektiği durumda, fiyatlarını indirmesine imkân tanımamaktadır. Fiyatlandırma konusunda ortaya çıkan belirsizlikler ve üreticilerin fiyatlandırma ile ilgili inisiyatiflerinin bulunmaması, ilaç fiyatlarının sektör dinamikleri tarafından belirlenmesi ilkesini ortadan kaldırarak birer veri haline gelmesine neden olduğu görülmektedir. Bu durum, sektördeki rekabet unsurunun fiyat çerçevesinden tamamen uzaklaşmasına ve genellikle tanıtım ile promosyon çerçevesinde gelişmesine neden olmaktadır. Sorunun çözümü için ilk olarak yapılması gereken düzenleme, üreticilerin ürünlerinin fiyatları ile ilgili olarak inisiyatif alabilmelerinin sağlanmasıdır. Diğer bir ifade ile merkezi fiyat tespitinin sona erdirilmesi gerekmektedir (Karakoç, 2005: 66).

Katı fiyat kontrollerinin söz konusu olduğu Fransa, İspanya ve İtalya gibi ülkelerde dahi reçetesiz ilaçların fiyatları serbestçe belirlenebilmesine rağmen Türkiye’de bu serbestinin bulunmaması, sektörün diğer örnek ülkelere oranla daha ağır şartlar altında faaliyet gösterdiğinin en önemli göstergelerinden biri olarak görülmektedir (Karakoç, 2005: 60).

2.2.4. İlaçta Geri Ödeme

Tüm nüfusu kapsayan tek bir emeklilik ve tek bir sağlık sistemi ile sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesini hedefleyen kapsamlı reform çalışmaları kapsamında, 5487 sayılı “Sosyal Güvenlik Kanunu”, 13.04.2006 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu kanun çerçevesinde ülkemizde bulunan üç kuruluşun (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur), Sosyal Güvenlik Kurumu’na

devredilerek, tek çatı altında toplanması kararlaştırılmıştır (Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 20).

2004/6781 sayılı “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar” Kararnamesiyle ile ayrıca “Geri Ödeme Komisyonu” oluşturulmuştur. 13 Kasım 2007 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu’nca Geri Ödeme Komisyonu’nun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yönerge 8 Ağustos 2008 ve 16 Mart 2009 tarihlerinde değişikliğe uğramıştır. (Türkiye’de ve Dünya’da İlaç Sanayi, 2009: 2).

İlaçların kamu tarafından bedelinin ödenmesini belirleyen Geri Ödeme Komisyonu’nun kararları doğrultusunda, Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan tedavi yardımına ilişkin uygulama tebliğ ve genelgeleri, Devletin sağlık yardımı ve ilaç alımlarının usul ve esaslarını düzenlemektedir. Geri ödeme kapsamında eşdeğer ilaç gruplarında yer alan en ucuz ilacın, en fazla %22 üstünde fiyatı olan ilaçların ödemesi yapılmaktadır. Uygulama, 2005 yılında ilk olarak 77 etkin madde ile başlamış, daha sonra yıl içinde 333’e çıkarılmıştır. 2007 yılı içindeki düzenlemelerle söz konusu sayı 384’ü bulduğu görülmektedir (Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 20-21).

Ayrıca, ilaç sanayi ile ilgili düzenlemelerde AB standartlarına uyum ve şeffaflık sağlanması ivmeyi hızlandıracağı düşünülmektedir. İlaç sanayine yönelik işlemlerle ilgili veriler ne kadar fazla mevcut bulunur ve bu veriler ilgili tarafların erişimine ne kadar açık tutulursa şeffaflık ve dolayısıyla bilgilendirme düzeyi artacak, bu da sektörün gelişimine pozitif yönde bir katkı sağlayacaktır. Ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme konularında alınan kararların şeffaf kriterlere dayandırılması sektörün ileriye görmesini sağlayacak ve dolayısıyla gelişmeyi teşvik edecektir. Nitekim ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme süreçlerinde Türkiye’de son yıllarda yapılan düzenlemeler AB ile uyumu hedeflemektedir. İşlem süreleri ile ilgili olarak tam uyum sağlandığı zaman büyük ilerleme kaydedilmiş olacağı öngörülmektedir (Türkiye’de ve Dünya’da İlaç Sanayi, 2009: 3).

2.3. Türkiye’de İlaç Geri Ödeme Sistemi

Devletin geri ödemesini gerçekleştirdiği tüm sistemlerde (başlıca SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Yeşil Kart ve devlet memurları) maliyet paylaşımı söz konusu olmaktadır. Buna göre, aktif çalışanlar ve Yeşil Kartlılar, ilaç fiyatının %20’si, emekliler ise yaşlarına bakılmaksızın %10’u oranında katılım payı ödemektedirler. Sosyal güvenlik kurumları ise fiyatın geri kalan %80-90’ını karşılamaktadırlar. Çoğu ülkede olduğu gibi katılım payı ödenmesini gerektirmeyen istisnalar da söz konusudur. Sigortalı nüfusun yatan hasta masraflarının tamamı ilgili sosyal güvenlik kurumları tarafından ödenmektedir (Kanavos vd., 2005: 23).

Türkiye’de ise SGK’nın kuruluşundan önce sosyal güvenlik sistemi Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK adı altında yürütülmüştür. Bundan dolayı, bu kurumların üyeleri tarafından yapılan ilaç harcamalarının geri ödemeleri üç farklı sisteme göre yapılmıştır. Dolayısıyla geri ödeme konusundaki önemli mevzuat ve politika değişikliklerini bu kurumların SGK çatısı altında toplandığı dönemden itibaren ele almak mümkündür. Fakat öncelikle, bahsedilen üç kurumun SGK öncesi uygulamalarına bu çalışma kapsamında kısaca değinmenin gerekli olacağı düşünülmektedir (Gülgün vd.,2013: 71).

2.3.1. Bağ-Kur İlaç Geri Ödeme Politikası

Bağ-Kur esas itibarıyla kendi işyerine sahip kişilere hizmet vermekte ve değer bazında ilaç piyasasının yaklaşık %20’sini temsil etmektedir. 2001 yılı sonuna kadar Bağ-Kur hastaları kendilerine reçete edilen ilaçları herhangi bir sınırlama olmaksızın serbest eczanelerden alabilmekteydiler. Bağ-Kur, Şubat 2002’de, belli sayıda molekül için eşdeğer ilaç uygulaması başlatarak, sadece aynı eşdeğer ilaç grubuna dahil ilaçlardan en ucuzunun %30 fazlasına kadar olanlar için geri ödeme yapma uygulamasını kullanmaya başlamıştır. Bazı firmalar gelir kaybını telafi etmek ve reçete kısıtlamalarını aşmak için, mevcut ürünlerin farklı ambalaj boyutlarını ve formüllerini piyasaya sürmüştür. Hastanın, reçete edilen ve referans fiyatın üstünde bir fiyata sahip olan ilacı almak istemesi durumunda, referans fiyat ile söz konusu ilacın fiyatı arasındaki farkı ek katkı payı olarak cebinden ödemesi gerekmektedir (Kanavos vd., 2005: 23-24).

2.3.2. SSK İlaç Geri Ödeme Politikası

SSK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olup, özel sektör çalışanlarına ve kamu sektöründeki işçilere hizmet vermektedir. SSK, emeklileri dâhil, yaklaşık olarak 33 milyon kişiye sosyal sigorta kapsamı sağlamakta ve toplam nüfusun %48'ini kapsamaktadır. Fakat sağlık sigortası bakımından bu rakamın 2004 yılında %34 olduğu görülmektedir. 2003 yılında SSK'nın ilaç harcaması 1,4 milyar dolara yaklaşmış ve bu rakamın önemli bir bölümü (2002'de %14) antibiyotikler için gerçekleştirilmiştir. SSK, 19 Şubat 2005'e kadar, kendi hastanelerini ve bu hastanelerde faaliyet gösteren eczanelerini işletmekte ve ilaç ihtiyacının büyük bölümünü depoculardan ihale yoluyla doğrudan temin ederek ayakta hizmet alan hastalarına büyük oranda kendi hastanelerindeki eczanelerden sunmaktaydı (Kanavos vd., 2005: 24).

SSK'nın 1993'te başladığı ve Şubat 2005'e kadar sürdürdüğü geri ödeme politikasına göre, aynı aktif maddeye veya aynı tedavi sınıfına sahip olan ürünlerden en ucuz alternatifi satın alınmaktaydı ve her molekülün en ucuz alternatifi (jenerik veya orijinal) SSK eczanelerinde hastalara sunulmaktaydı. SSK eczanesinin olmadığı durumlarda, hasta reçete edilen ilacı sözleşmeli serbest eczanelerden, “en ucuz + %30” formülüne göre alabilmekteydi. Bu politikanın esası olan “en ucuz + %30” formülü aşağıda değinilen bazı değişikliklerle birlikte uygulanmaktaydı. 19 Şubat 2005 sonrası en önemli değişiklik, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle, SSK mensuplarının ayakta hasta bakımı için reçete edilen ilaçlarını serbest eczanelerden de temin edebilmeleridir. SSK, kullanımda olan 748 ilaçlık bir pozitif ilaç listesine sahip olup ilaç geri ödeme kararları, yani ilaçların geri ödeme listesine dâhil edilip edilmeyeceği ve dâhil edileceklerse hangi koşullarla reçetelenip ödenecekleri, SSK ilaç komitesi tarafından belirlenmekteydi. Bu listeye ek kriterler; tedavi ihtiyacı, ek tedavi değeri ve mali yükü içermektedir. İlaç geri ödeme işlemleri ile ilgili teknik ilkeler ve prosedürlerden sorumlu olan bu komite yılda en az iki kez toplanmakta ve komite farklı uzmanlık dallarına mensup hekimlerden ve Kurum eczacılarından oluşmaktadır. Bu Komitenin, Genel Sağlık Sigortası Uygulaması çerçevesinde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde yeniden kurgulanacağı anlaşılmaktadır (Kanavos vd., 2005: 25).

SSK ilaç geri ödeme komitesi 2007 yılından itibaren yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nda Geri Ödeme Komisyonu adı altında görevini sürdürmektedir.

2.3.3. Emekli Sandığı Geri Ödeme Politikası

Emekli Sandığı, devlet memurluğundan emekli olan kişilere ve bakmakla yükümlü olduklarına hizmet vermekteydi. Emekli Sandığı'nın geri ödeme sistemi, Bağ-Kur'un 2002 yılında değişiklik yapılmadan önceki geri ödeme sistemiyle tamamen aynı olup hekimin reçetelenmesi kaydıyla, jenerik ve orijinal ürünlerin tümü geri ödenmekteydi. Fakat 2003 Mart tarihinde Emekli Sandığı da, ruhsatlı bütün jenerik ürünlerin fiyatları ve orijinal ürün fiyatının aritmetik ortalamasına dayalı bir jenerik geri ödeme politikasını uygulamaya koymuştur. Bu sistem "ortalama referans fiyatı" olarak adlandırılıp aşağıdaki örnekte sistemin nasıl çalıştığı gösterilmektedir (Kanavos vd., 2005: 25):

Orijinal ürün fiyatı 100, Jenerik A ürünü fiyatı 50, Jenerik B ürünü fiyatı 30
Emekli Sandığı'nın geri ödeyeceği maksimum tutar: $(100+50+30)/3 = 60$.

Burada, referans fiyatlandırma sistemi uygulamasının, reçetelerin sistem tarafından kapsanmayan ürünlere geçişe (kayma/göç) yol açabileceği; bu sayede harcama artış hızını kontrol etmekten çok harcamayı önemli ölçüde arttırmak şeklinde beliren bir tehlike her zaman mevcut olup buna yönelik kesin kanıtlar bulunmamaktadır. Emekli Sandığı'nın referans fiyat uygulaması, mahkeme kararı üzerine Mart 2004 tarihinde durdurulmuş; ancak daha sonra 2005 yılı başından itibaren, benzer bir uygulamaya, diğer bütün kamu geri ödeme sistemleri ile birlikte yeniden başlanmıştır. Devlet memurları ilaç geri ödeme sistemi de yukarıda bahsedildiği üzere Bütçe Uygulama Talimatına tabidir ve finansmanı ilgili bakanlıkların bütçesi aracılığıyla Maliye Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır (Kanavos vd., 2005: 26).

2.3.4. Sosyal Güvenlik Kurumu Geri Ödeme Politikası

Tek bir sağlık sistemi ve tüm nüfusa yönelik tek bir emeklilik ile sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında olmasını hedefleyen reform çalışmaları yapılmıştır. Bu kapsamda, 5487 sayılı "Sosyal Güvenlik Kanunu", 2006 tarihinde yürürlüğe girmiş, bu kanun çerçevesinde ülkemizde bulunan üç kuruluş (SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur),

Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilerek, tek çatı altında toplanmıştır. Bu düzenlemelerden sonra ilaçların kamu tarafından bedelinin ödenmesini belirleyen Geri Ödeme Komisyonu'nun kararları doğrultusunda, devletin sağlık yardımı ve ilaç alımlarının usul ve esaslarını Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan tedavi yardımına ilişkin uygulama tebliğ ve genelgeleri belirlemektedir (Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, 2008: 20).

Sağlık Bakanlığı'nın, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu'na göre (2010, 225); kamu maliyesinin yükünü hafifletmek üzere Maliye Bakanlığının başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturarak, "Tek Geri Ödeme Sistemi" imkânı sağlanmıştır. Geri ödeme kurumlarının ortak kararı ile reçetelenen ilaçlar için en ucuz eş değer ilâcın %10 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir. Bu uygulama sayesinde bazı ilaç firmaları kamunun ödeme kapsamına girebilmek için fiyatlarını düşürmüşlerdir. İlacın KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür. 2009 yılında Beşerî İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Kararname'de "Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %60'sını geçemez (hem orijinal hem de jenerik ürün için)" kuralını getirilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilaç alımlarında sağladığı iskontolar da kamunun ilaç için yaptığı ödemeleri önemli ölçüde azaltmıştır. 2004-2011 yılları arasında 250 kez fiyat düşüşü sağlanmıştır. Yapılan değişikliklerle vatandaşın ilaca erişimi kolaylaşmıştır.

Sağlık Bakanlığının yukarıda bahsedilen bazı değişikliklerin olumsuz yönlerine bakıldığı zaman yıllar içerisinde yapılan ilaç fiyatlandırma değişiklikleri vatandaşın eczacıya olan güven duygusunu zedelemiştir. Şöyle ki fiyatların hızlı bir şekilde yükselip alçalmasıyla, halk üzerinde eczacının yalan söylediği kanısı oluşmaya başlamıştır. Ayrıca fiyatların hızlı düşüşüyle de yüksek kâr edemeyen bazı ilaç firmaları piyasaya kamu ilaçlarını sürmemeye başlamışlardır. Bu da özellikle sürekli ilaç kullanan kanser hastası gibi bireyler için kullandığı ilacı hiçbir yerde bulamaması sorununu beraberinde getirmiştir.

2.4. Türkiye'de İlaç Sektörü

Türkiye İlaç Sektörü 60 yılı aşkın bir süredir Türk sanayisinde yer edinmiş köklü bir sektör olarak bilinmektedir (Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu, 2012: 53) ve bu sektör 1990'lı yılların başından bu yana bir büyüme trendi içerisinde. Ülkemizde

ilaç pazarındaki büyüme özellikle 2001 krizinden sonra hızlanmıştır. AKP hükümeti döneminde devletin kamu hastanelerine ilaç temininden çekilmesi, SSK İlaç Fabrikası'nın kapatılması ve düzenlenen yeni ilaç protokolleri gibi uygulamalar, ilaç pazarındaki büyüme ile sağlık ve ilaç alanında özel sektörün etkinliğini giderek arttırmıştır. Aynı yıllarda, ilaç sektöründe faaliyet gösteren şirketler hem cirolarını yükseltmişler hem de kârlılıklarını arttırmışlardır (Dünyada ve Türkiye'de İlaç Sektörü, 2010: 8).

Ülkemizde ilaç sanayii; beşeri mamul ilaç üretimi ve pazarlaması, veteriner mamul ilaç üretimi ve pazarlaması, ilaç etkin maddeleri üretimi ve pazarlaması, diyagnostik ve diğer farmasötik ürünler üretimi bölümlerinde faaliyet göstermektedir. SSK'ya ait ilaç fabrikası 2005 yılında faaliyetini durdurmuştur. Sektörde her bölümün faaliyetini tek olarak yürüten firmalar yanında iki veya üç bölüm faaliyetlerini birlikte yürüten firmalarda yer almaktadır. Etkin madde ve türevleri olarak 54 çeşit ürün üretilmekte, pazarda ithal ve ülkede üretilen yaklaşık 5000 çeşit mamul ilaç sunum şekli bulunmaktadır (Dokuzuncu Kalkınma Planı, 2006: 1-2).

Türkiye İlaç Endüstrisi çok özel üretim teknolojisi gerektiren ürünler (biyoteknoloji vb.) dışında her türlü ürünü Dünya Sağlık Örgütü'nün "İyi İmalat Uygulamaları" kurallarına ("Good Manufacturing Practice"–"GMP") uygun üretebilecek teknolojik düzeye ulaştığı görülmektedir (Türkiye'de ve Dünyada İlaç Sanayi, 2009: 8).

Sektörde faaliyet gösteren firmalar incelendiğinde 2010'da toplam 441 olan firma sayısı 2016'da 496'ya ulaştığı görülmektedir. Yerli-yabancı sermaye ayırımına bakıldığında 2010'da sektörde 109 tane yabancı firma faaliyet gösteriyor iken 2016'da yabancı firma sayısı 124'e ulaşmıştır. Bununla birlikte ilgili dönemde 40 yerli firma pazara girmiş ve yerli firma sayısı 2016'da 372'ye ulaşmıştır. Böylelikle yabancı firmaların değer ölçeğinde pazar payı son 6 sene içinde 2 puan azalarak %65'e gerilemiştir. Diğer yandan, 2010'da pazarın %90'ını 50 firma oluşturmaktaydı. 6 yıllık süre içerisinde pazarda başı çeken firmaların pazar payları giderek azalmış ve pazarın %90'ını oluşturan firma sayısı 2016'da 66'ya yükselmiştir. Bu firmalar içinde yabancı sermayeli şirketlerin payı %68'dir (<http://www.ieis.org.tr>).

Türkiye ilaç pazarı 2016’da hastane ve eczane kanalında toplam %16,5 büyüme ile 20,67 milyar TL’ye ulaşmıştır. Kutu ölçeğinde ise %4,7 büyüme ile 2,23 milyar kutu satış gerçekleşmiştir (<http://www.ieis.org.tr>).

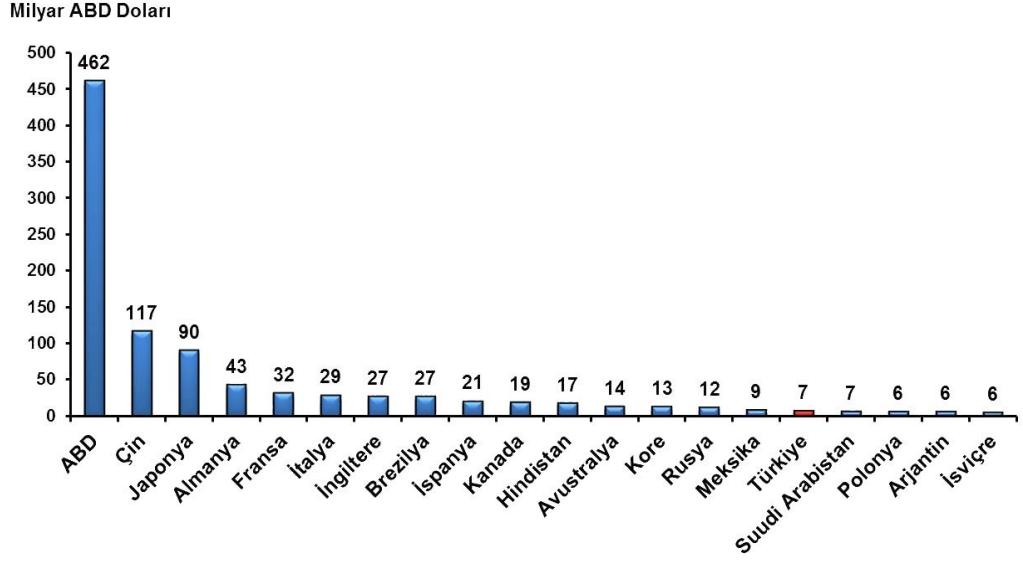
Tablo 2.5. Türkiye İlaç Pazarı

Yıllar	Toplam Satış Değeri TL (milyar)	Toplam Satış Miktarı Kutu (milyar)
2010	13.33	1.62
2011	13.64	1.81
2012	12.95	1.86
2013	13.83	1.91
2014	15.22	1.98
2015	17.74	2.13
2016	20.67	2.23

Kaynak: <http://www.ieis.org.tr>

2010-2016 arasındaki 6 yıllık dönem incelendiğinde ilaç pazarının 2010’daki 13,33 milyar TL düzeyinden %55 artışla 2016’da 20,67 milyar TL düzeyine ulaştığı görülmektedir. Bu büyüme, bileşik bazda yıllık (CAGR) %7,6 düzeyinde bir artış ifade ederken, aynı dönemdeki %53,5 düzeyindeki üretici fiyatları enflasyonu göz önüne alındığında sadece %1 oranında reel bir artışı ifade etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde kamu sağlık hizmetlerine ve hekime erişimdeki artış, ortalama yaşam süresindeki yükselme, artan ve yaşlanan nüfus gibi dinamiklerin etkisiyle ilaç pazarı 2010’daki 1,62 milyar kutuluk seviyeden 6 yıllık dönemde %38 artarak 2,23 milyar kutuya ulaşmıştır. Bu genişleme bileşik bazda yıllık (CAGR) %5,5 düzeyindedir (<http://www.ieis.org.tr>).

Grafik 1.1. Dünya İlaç Pazarı (2016)



Kaynak: <http://www.ieis.org.tr>.

Dünya ilaç pazarı 2016 yılında 1,10 trilyon dolara ulaşmıştır. Türkiye 2016 yılında dünyada 16. sıradadır.

2.4.1. İlaç Üretimi

Türk ilaç sanayiinin başlangıcını Tıp ve Eczacılık tarihi yazarları 20. Yüzyılın başları olarak belirlemiş, eczane ve laboratuvarlarda 30 kadar ilaç üretildiğini yazmışlardır. 1930'lu yıllarda 306 yerli ve 915 yabancı ilaca ruhsat verildiği bilinmektedir. 1950'ye kadar laboratuvarlar düzeyinde gerçekleşen yerli ilaç üretimi 1952 yılında kurulan Eczacıbaşı ve İbrahim Ethem fabrikaları ile modern tesislerine kavuşmuş, Bakanlar Kurulu kararı ile ülkemizde yatırım yapması onaylanan ilk yabancı sermaye kuruluşu E.R Squibb & Sons İlaçları A.Ş.'nin fabrikası aynı yıllarda kurulup faaliyete geçmiştir. 23 Ocak 1954 tarihli 6224 sayılı yabancı sermayeyi teşvik kanunun kabulünden sonra da yabancı sermayeli yatırımlar artarak devam etmiş yeni yerli ve yabancı ilaç fabrikaları faaliyete geçmiştir (Turgut, 2001: 1021). 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, ülkemizde ilaç üretiminin, ilaç üretimi yapan imalatçıların bu faaliyetlerinin ve üretilen ilaçların Devlet iznine tabi olduğuna ilişkin hükümler içermektedir.

Türkiye’de ilaç sektörüne ilişkin düzenlemeler, 1928 tarihli ve 1262 sayılı İspençiyarı ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. 1262 sayılı Kanuna göre, ilaç sektöründe ruhsatlandırma aşamasından fiyatlama aşamasına kadar hemen hemen tüm faaliyetlerin düzenlenmesi ve denetlenmesi Sağlık Bakanlığı’nın yetkisindedir. Sağlık Bakanlığı, bu yetkisini, bağlı birimi olan İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (İEGM) aracılığıyla gerçekleştirmektedir. 1262 sayılı Kanuna göre Sağlık Bakanlığı’nın ilaç sektörü ile ilgili yetkileri; Türkiye’de üretilen ve ithal edilecek ilaçlara ruhsat düzenlemek, ilaç ve kozmetik ürünlerin başvurularını değerlendirmek, eczane ve ecza depolarının ruhsatlarını düzenlemek, ilaç, ilaç hammaddesi ve kozmetik ürünler ile ilgili denetimleri yapmak, ilaç fiyatlarını belirlemek, olarak sıralanabilmektedir (Karakoç, 2005: 56).

1987/3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” nun Madde 3, k bendine göre; “Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamülleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psikik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontroluna, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir. Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.” (<https://www.ttb.org.tr>)

Sektör sahip olduğu ölçek ile 25.000 kişilik istihdam yarattığı görülmektedir. Mevcut üretim kapasitesi çoğunlukla Türkiye’deki talebi karşılamaktadır. 2005 yılında Türkiye’de tüketilen yaklaşık 500 milyon kutu orijinal ilacın %74’ü Türkiye’de üretilmişken, 2011 yılında tüketilen yaklaşık 810 milyon kutu orijinal ilacın %57’si Türkiye’de üretilmiştir. 2005 yılında tüketilen yaklaşık 700 milyon kutu jenerik ilacın yaklaşık %92’si ve 2011’de tüketilen yaklaşık 900 milyon kutu jenerik ilacın da aynı

şekilde yaklaşık %92'si Türkiye'de üretilmiştir. Türk ilaç sektörü ağırlıklı olarak yerel talebi karşılamak üzere üretim yapmaktadır. Ancak 0,57 milyar dolar olarak gerçekleşen sektör ihracatı, sektörün cari açığını kapatmaya yetmemektedir. (Türkiye Sektörü Vizyon 2023 Raporu, 2012: 53-54).

2.4.2. İlaç Tüketimi

İlaç tüketimi; nüfus, kişi başına gelir, şehirleşme oranı, yeni hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, sağlık ve sosyal güvenlikle yaşanan gelişmeler, refah düzeyinin artmasına bağlı alışkanlıklar gibi birçok etkene bağlı olarak her geçen gün arttığı görülmektedir. Üreticiler artan talebi karşılamak için tedbirler alırken, sağlık güvencesi sağlayan kurum ya da kuruluşlar artan tüketimden kaynaklanan finansman yükünün üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar. İlaç sektörünün ekonomik dalgalanmalardan fazlasıyla etkilendiği ve ülkemizde yapılan sağlık ve sosyal güvenlik reformlarının ilaç tüketimini artırdığı yönündedir. Ayrıca beklendiği üzere nüfusta meydana gelen artışın da ilaç tüketiminde önemli ölçüde rol aldığı görülmektedir (Ayyıldız ve Özkan, 2011: 71).

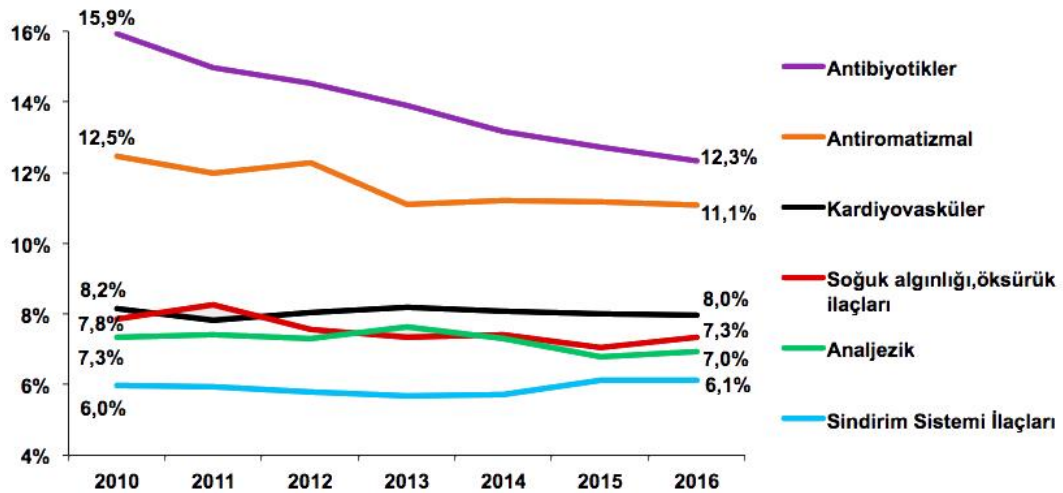
Türkiye'deki kişi başına ilaç tüketiminin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun bir sebebi olarak ülkemizde ilaç pazarının henüz doygunluğa erişmediğidir. Kişi başı ilaç tüketiminde AB ülkelerinin oldukça gerisinde olan Türkiye, son yıllarda yabancı ilaç şirketlerinin Türkiye'de ilaç pazarına artan ilgisiyle birlikte ciddi bir büyüme potansiyeli taşımaktadır. Ülkemizde sektöre yabancı sermaye girişi ve ilaç tüketiminin genel olarak artışı ile birlikte, kişi başına ilaç tüketiminin artması beklenmektedir. Ancak ifade edilmek istenen, kişi başına ilaç tüketimi artışının ekonomide mamul ilaç için yapılan harcamaların artması demek olduğudur. Bu artış, daha fazla sayıda kişinin ilaca ulaşması ya da ilaç tüketiminin daha adil hale gelmesi anlamına gelmemektedir (Dünyada ve Türkiye'de İlaç Sektörü, 2010: 10).

İlaç tüketiminin belirlenmesinde esas olarak sağlık sigortasının veya devletin ilaç maliyetinin ne kadarını karşıladığı ön plana çıkmaktadır. Eğer nihai tüketici olan hastalar ilaç maliyetinin tamamını kendileri karşılarılarsa fiyatlara karşı duyarlı olacaklarından ilaç tüketimi ve harcamalarının azalacağı düşünülmektedir. İlaç maliyetinin tamamının sağlık sigortası tarafından karşılanması durumunda ise

tüketicilerin fiyat duyarlılıkları ortadan kalkacağından ilaç tüketimi ve harcamalarında bir artış gözlemlenmektedir (Karakoç, 2005: 8).

Birçok gelişmekte olan ülke olduğu gibi Türkiye’de de antibiyotikler en çok tüketilen ilaç grubudur. Değişen yıllar süresince ilaç tüketim modelinde büyük değişimlerin yaşanmadığı görülmektedir. 1999-2002 döneminde antibiyotikler, ağrı kesiciler, romatizmal ilaçlar, soğuk algınlığı ve öksürük şurupları ülke ilaç tüketiminin yaklaşık %50’sini oluşturmaktadır. Bugün Türkiye’de ilaç tüketiminin yaklaşık %30’unu antibiyotiklerin ve ağrı kesicilerin oluşturması akut hastalıkların yoğun bir şekilde yaşandığının bir belirtisi olarak değerlendirilmektedir (Top ve Tarcan, 2004: 183-184). 2011 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 2002 yılına göre %146 artarak 1 milyar 720 milyon kutuya ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010: 28).

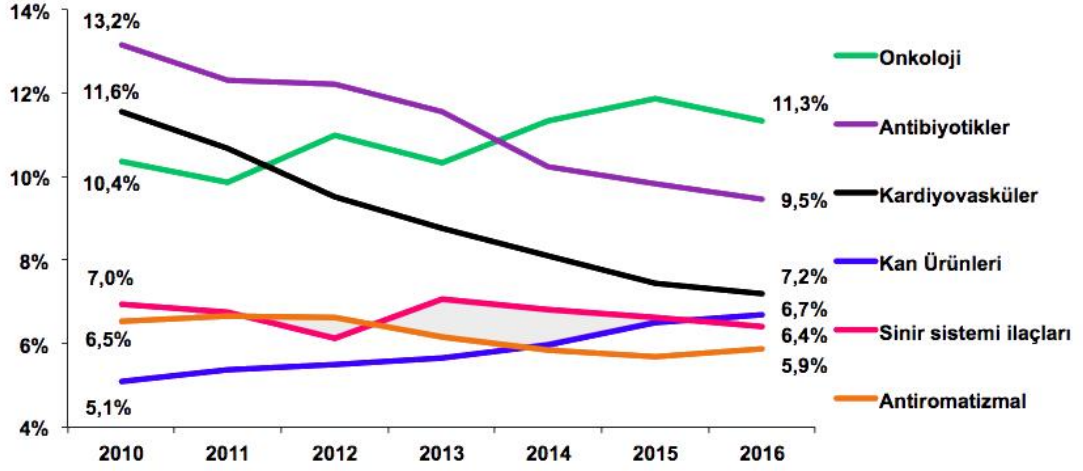
Grafik 1.2. Tedavi Gruplarına Göre Kutu Ölçeğinde İlaç Tüketimi



Kaynak: <http://www.ieis.org.tr>.

Antibiyotik tüketimi genellikle koruyucu sağlık hizmetleri yeterli olmayan ülkelerde birinci sırada görülmektedir (Eczacıbaşı, 2001: 1013). 2016’da kutu bazında en çok tüketime sahip ilaçlar %12.3 pay ile antibiyotikler olmuştur.

Grafik 1.3. Tedavi Gruplarına Göre Tutar Ölçeğinde İlaç Tüketim



Kaynak: <http://www.ieis.org.tr>.

Onkoloji ilaçları, %11.3 pay ile 2016'da pazarda değer bazında en çok satışa sahip olan tedavi grubu olmuştur.

2.4.3. İlaçta Yatırım

Türkiye'de ilaç sektöründe yapılan yatırımlar oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. 1984 yılında uygulamaya giren yasal düzenlemeler ve getirilen teşvikler sayesinde ilaç sektöründe yapılacak yatırımlarda önemli kolaylıklar sağlanmıştır. İlaç sektöründe son yapılan yatırımlarda bir artış yaşanıyor olsa da bu yatırım seviyeleri çok düşük düzeyde görülmektedir. Yatırımların düşük seviyesi, ülkemiz ilaç sanayinin gelişmiş ülkelerdeki ilaç sanayileriyle rekabet etmesinin imkânsız olduğunu açıkça göstermektedir. Rekabet gücünün Ar-Ge yatırımları ve beraberinde alınan patentlerle sağlandığı ilaç sektöründe, Ar-Ge yatırımı yapmak yerli ilaç sanayicileri açısından son derece maliyetli bulunduğundan yerli sanayi, rekabet edebilmek için başka yollar aramıştır. Üretim maliyetlerinin düşürülerek rekabet etme tercihi, yerli ilaç sektöründe hâkimdir. Bu tercihin bir yönü, üretilmesi daha az maliyetli olan jenerik ilaçların üretimini belirleyen kuralların gevşetilmesi talebinin devlete ısrarla götürülmesidir. İkinci bir yönü ise işçilik maliyetlerinin alabildiğine kısılarak üretim maliyetlerinin düşürülmesi stratejisidir. Bu stratejiyle; işçi ücretleri reel olarak düşürülerek, işten çıkarmalar yoluyla işçi sayısını azaltarak, aynı zamanda işinden atılmamış işçileri ise daha yoğun çalıştırarak yapılmaktadır. Sektörde çalışanların haklarına yönelik yapılan bu saldırıların arkasında, sanayicilerin rekabet gücünü arttırma niyetiyle maliyetleri

düşürme hedefi bulunmaktadır. Bu strateji hem yatırım açığı bulunan sektörün yapısal zaafılarını derinleştirmekte hem de ilaç sektöründe çalışan işçilerin haklarını ve çalışma koşullarını giderek kötüleştirmektedir (Dünyada ve Türkiye'de İlaç Sektörü, 2010: 10).

Ülkemizdeki yerli ilaç şirketleri birer birer çokuluslu ilaç tekelleri tarafından satın alınmıştır. Eczacıbaşı İlaç önce Zentiva ardından da Sanofi-Aventis'in bünyesine katılmıştır. Ülkemizde ilaç sektörünün yaşadığı yapısal zaafın, her türlü korumanın kaldırılmış olduğu, tamamen dışa açılmış bir piyasada, sektöre ciddi bir yabancı sermaye girişine yol açtığını da söylemek mümkün olmaktadır. Türkiye ilaç pazarı yalnızca ithalata bağımlı hale gelmemekte, aynı zamanda yapısal yatırım açığını yabancı sermaye ile karşılamaktadır. Bu dinamikler ilaç sektöründe hem önemli bir üretici hem de önemli bir tüketici olarak yer alan devletin, yerli ve yabancı sermayenin tercihiyle sektörden hızla tasfiye edilmesi sürecine yol açmaktadır. Yerli ilaç sermayesi, jenerik ilaç üretimine Gümrük Birliği'ne uyum için getirilen yeni kurallar ve yabancı sermaye ile giderek güçleşen rekabet koşullarının basıncından kurtulmak için, kamunun sektördeki her türlü üretici faaliyetinin sona erdirilmesini dayatmıştır. Ancak piyasadaki yerli ve yabancı ilaç üreticilerinin üretilen piyasaya sürdüğü eşdeğer ilaçlara göre ortalama olarak ise %159 daha ucuz satan kamunun SSK İlaç Fabrikası'nın 2005 yılı sonunda kapatılması da rekabet şansı zayıflayan yerli üreticileri tasfiye olmaktan kurtaramadığı görülmektedir (Dünyada ve Türkiye'de İlaç Sektörü, 2010: 11).

III. BÖLÜM

KULLANICI KATKILARINI İLAÇ TÜKETİMİNE ETKİSİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı, Türkiye'de mevcut katılım payı uygulamalarına (muayene ve ilaç katılım payı) dair hastaların genel değerlendirmelerini, kullanıcı katkısı alınmasıyla ilgili hastaların sağlık hizmeti kullanımları ve ilaç tüketme durumları ayrıca eczacıların katılım payı ile ilgili görüşlerinin tespitini araştırmaktır. Çalışma, Türkiye’de konuya ilişkin yeterli çalışma bulunmamasından dolayı oldukça önem arz etmektedir.

3.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini “Hastalardan alınan kullanıcı katkıların ilaç tüketimine etkisi var mıdır?” ve “Eczacıların kullanıcı katkıları ile ilgili görüşleri nelerdir? Soruları oluşturmaktadır.

3.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma 2017 yılının Haziran ve Temmuz aylarında Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaşından büyük bireyleri kapsamaktadır. Araştırmanın evrenindeki değişiklikler göz ardı edilerek mevcut nüfus üzerinden hesaplamalar yapılmış olup, sonuçlar sadece bu evrenin özelliklerini yansıttığı için genellenemez.

3.1.4. Varsayımlar

Araştırma kapsamında Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin bilgi toplama aracı olarak anket sorularına verdikleri cevaplar gerçek durumu yansıtmaktadır.

3.1.5. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen iki anket kullanılmıştır. Anketlerin biri hastalara biri eczacılara yöneliktir. Geliştirilen bu anketler

uzman görüşü de alınarak düzenlenmiş ve katılımcılara yöneltilen anketler meydana gelmiştir. Eczacılara yönelik olan anketteki amaç çalışmaya ek bir görüş katmak için olup çalışmanın ana amacı hastalara yapılan anketten yararlanılan sonuç oluşturmaktadır.

Veri toplama aracı olarak kullanılıp hastalara yönelik olan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm muayene katılım payı ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. İlk bölüm içerisinde 11 soru bulunurken, ikinci bölüm içerisinde 10 soru bulunmaktadır. Anketin üçüncü kısmı ise, bireylerin demografik bilgilerini ölçmeyi amaçlayan toplam 9 sorudan oluşmaktadır. Eczanelere yönelik uygulanan anket ise 15 likert, 4 demografik sorudan meydana gelmektedir.

3.1.6. Evren ve Örneklem

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının ilaç tüketimine etkisinin araştırıldığı araştırmanın evrenini Isparta’da yaşayan 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. Isparta nüfus müdürlüğü 2016 yılı verilerine göre araştırmanın evreni 217.308 kişidir. Bir araştırma kapsamında örneklemin ne kadar olacağı konusunda tam bir sayı vermek mümkün değildir. Evrenin belli olduğu durumlarda, mevcut sayı göz önüne alındığında hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığında 383 kişilik bir örneklem yeterli bulunmaktadır (Kan, 1998). Araştırmada kolayda örnekleme yöntemiyle, 410 hastaya ulaşılmıştır. Isparta eczacı odası 2017 verilerine göre araştırmanın evrenini 110 eczane oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında 45 eczacıya ulaşılmıştır.

3.1.7. Analiz Yöntemi

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anketten elde edilen veriler aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiş ve istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Bunun yanı sıra istatistiksel değerlendirmeler; 1.00-1.79 “Hiç Katılmıyorum”, 1.80-2.59 “Kısmen Katılmıyorum”, 2.60-3.39 “Kararsızım”, 3.40-4.19 “Çoğunlukla Katılıyorum”, 4.20-5.00 “Tamamen Katılıyorum” şeklinde yapılmıştır.

Veriler normallik testine tabi tutulmuş olup, çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılarak normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Hastaların farkındalık sorularına

ilişkin ifadelerle ilaç tüketimi sorularının karşılaştırılmasında parametrik varsayımlar yerine getirildiği durumlarda iki grubu karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) kullanılmıştır. İlaç tüketimi sorularının demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında parametrik varsayımlar yerine getirildiği durumlarda iki grubu karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), ikiden fazla gruplar karşılaştırıldığında ise varyans analizi (F testi) kullanılmıştır. Kullanıcı katkıları ifadelerinin birbirleriyle ilişkisi için de korelasyon analizi uygulanmıştır.

3.2. BULGULAR

3.2.1. Hastalara Yönelik Demografik Bulgular

Tablo 3.1. Yaş, Cinsiyet Gibi Demografik Bulgular

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
29 ve altı	151	36.8
30-39	107	26.1
40 ve üstü	152	37.1
Cinsiyet		
Erkek	249	60.7
Kadın	161	39.3
Eğitim Düzeyi		
İlköğretim	65	15.9
Lise	92	22.4
Ön Lisans	63	15.4
Lisans	170	41.5
Lisansüstü	20	4.9
Düzenli Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu		
Evet	252	61.5
Hayır	115	28.0
Emekli	43	10.5
Meslek Grubu		
İşçi	44	17.3
Esnaf	14	5.5
Memur	98	38.4
Sağlık Personeli	6	2.4
Özel Sektör	58	22.7
Akademisyen	5	2.0
Polis Memuru	30	11.8
Gelir Düzeyi		
1500 ve altı	62	19.4
1501-2500	90	28.2
2501-3500	85	26.6
3501 ve üstü	82	25.7
Toplam	319	100.0

Tablo 3.1’de görüleceği üzere katılımcıların en yoğun olduğu yaş grubu %37.1 ile 40 yaş ve üstü, 2. sırada %36.8 ile 29 yaş ve altı grup, en az yoğunluğun olduğu grup ise %26.1 ile 30-39 yaş arası olmaktadır. Ankete katılanların % 60.7’si erkek iken, %

39.3'ü bayanlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde %41.5 ile lisans mezunu olanların yoğunlukta olduğu tespit edilmiştir. Lise mezunları %22.4 ile katılımcıların ikinci olarak yoğun olduğu gruba girmektedir.

Çalışmaya katılanlara düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz sorusu sorulduğunda %61.5'i evet, % 28.0'ı hayır cevabını verirken, % 10.5'i emekli olduğunu belirtilmiştir. Katılımcıların meslek grupları incelendiğinde % 38.4 ile memur katılımcıların yoğunluğu gözlenirken, %22.7 ile özel sektör çalışanları ikinci yoğunluğun olduğu grup olarak devam etmektedir. Gelir dağılımları ele alındığında 410 katılımcının 319'u gelir getiren bir işi olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların ağırlıkta olduğu gelir grubu %28.2 ile 1501-2500 TL gelir ile birinci sırada yer alırken, yoğunluğun az olduğu grup %19.4 ile 1500 TL altı geliri olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.2. Sağlık Sigortası, Kronik Rahatsızlık Gibi Demografik Bulgular

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Sağlık Sigortası Durumu		
Sigortam Yok	50	12.2
SSK	176	42.9
BAĞ-KUR	29	7.1
Emekli Sandığı	135	32.9
Yeşil Kart	6	1.5
Özel Sigorta	8	2.0
Diğer	6	1.5
Özel Sağlık Sigortası Durumu		
Evet	49	12.0
Hayır	361	88.0
Kronik Hastalık Sahibi Olma Durumu		
Evet	80	19.5
Hayır	330	80.5
Hastalık Çeşitleri		
Astım	17	21.0
Şeker	13	16.0
Sinir Hastası	5	6.2
Tansiyon	18	22.2
Migren	4	4.9
Romatizmal Hastalıklar	5	6.2
Kanser	1	1.2
Kalp	9	11.1
Behçet Hastalığı	2	2.5
Bronşit	2	2.5
Panik Atak	2	2.5
Deri Hastalıkları	3	3.7
Raporlu İlaç Kullanma Durumu		
Evet	56	13.7
Hayır	354	86.3
Toplam	410	100.0

Ankete katılan bireylerin, sağlık sigortasına sahip olma durumlarına bakıldığında % 12.2'si sigortasının olmadığını belirtirken, %42.9'u SSK, %7.1'i BAĞ-KUR, % 32.9'u emekli sandığı, % 1.5'i yeşil kart, %2.0'ı özel sağlık sigortası, % 1.5'i de diğer grubunda olduğunu belirtilmiştir. Özel sağlık sigortanız var mı sorusuna evet cevabını veren katılımcılar % 12.0 iken, hayır cevabını veren katılımcılar % 88.0 olmaktadır.

Katılımcıların kronik rahatsızlığı olup olmama durumları incelendiğinde, 410 katılımcının verdiği yanıtlara göre % 19.5'inin kronik bir rahatsızlığı olduğu, % 80.5'inin ise kronik bir rahatsızlığı olmadığı belirtilmiştir. Kronik bir rahatsızlığa sahip olanlara ne tür bir hastalığa sahip olduğu sorusu yöneltildiğinde ise, en çok %21.0 ile astım, ikinci olarak %16.0'lık yüzde ile şeker, üçüncü olarak ise %6.2'lik yüzde katılımcıların sinir hastalıklarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Son olarak katılımcıların raporlu ilaç kullanma durumları sorulduğunda %13.7 sinin raporlu ilaç kullandığı tespit edilmişken, % 86.3'ünün raporlu ilaç kullanmadığı görülmüştür.

3.2.2. Muayene ve İlaç Katılım Payı Farkındalık Sorularına İlişkin Bulgular

Aşağıdaki tabloda katılımcıların muayene ve ilaç katılım payı alındığının farkında olup olmadıklarına dair bulgular verilmiştir.

Tablo 3.3. Muayene ve İlaç Katılım Payı Farkındalık Sorularına İlişkin Bulgular

Sorular	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Bir sağlık kurumunda muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz?	282	68.8	128	31.2
Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?	276	67.3	134	32.7
Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?	210	51.2	200	48.8
Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?	287	70.0	123	30.0
Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz?	206	50.2	204	49.8
İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödediğinizi biliyor musunuz?	245	59.8	165	40.2
Eczaneye ödediğiniz ücret içerisinde ilaç katılım payı haricinde muayene katılım payını da ödediğinizi biliyor musunuz?	276	67.3	134	32.7
Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?	162	39.5	248	60.2

Tablo 3.3'ye bakıldığında, 410 katılımcının bir sağlık kurumunda muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz sorusuna % 68.8 çoğunluğuyla muayene katılım payı alındığını bildikleri, %31.2'sinin ise muayene katılım payı alındığını bilmedikleri görülmüştür. Aynı şekilde katılımcılara gitmiş oldukları sağlık kurumlarına göre farklı katılım payı alındığı alındığını biliyor musunuz diye sorulduğunda %67.3'ü evet, %32.7'si ise hayır cevabını vermişlerdir. Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu sorusuna ise katılımcıların %51.2 evet cevabı ile ücret alındığından dolayı hastaneye gitmedikleri gözlenirken, %48.8'inin ise hayır cevabı ile ücret alınımından dolayı hastaneye gitmeme durumlarının olmadığı anlaşılmıştır. Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz sorusu katılımcılara yöneltildiğinde %70'i muayene katılım payını eczaneye ödediklerini bildikleri, %30'unun ise bilmedikleri ortaya çıkmıştır.

Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz sorusuna katılımcıların %50.2'si reçete katkı payı ödediğinin farkındayken, % 49.8'inin farkında olmadığı görülmüştür. Katılımcılara ilaç kullanımında, ilaç katılım payı ödediğinizi biliyor musunuz sorusu yöneltildiğinde %59.8'si ilaç katılım payı ödediklerinin farkındayken, % 40.2'si farkında olmadıklarını ortaya çıkarmıştır. Eczaneye ödediğiniz ücret içerisinde ilaç katılım payı haricinde muayene katılım payını da ödediğinizi biliyor musunuz sorusuna ise % 67.3'ü evet derken, %32.7'si hayır demişlerdir. Son olarak eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu sorusuna % 39.5'i ödemesi gereken muayene katılım payından dolayı ilacını alamadığı ortaya çıkarken, % 60.5'inin ilaç alma durumlarını etkilemediği görülmüştür.

3.2.3. Muayene ve İlaç Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılım

Araştırmaya katılan hastaların muayene ve ilaç katılım payları ile ilgili sorulara verilen cevaplara katılma düzeyleri aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo3.4. Muayene Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılım

İfadeler	Katılma Düzeyi									
	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	58	14.1	44	10.7	42	10.2	99	24.1	167	40.7
Özel bir hastaneden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	51	12.4	59	14.4	56	13.7	98	23.9	146	35.6
Üniversite hastanesinden (Tıp fakültesi) aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	42	10.2	47	11.5	55	13.4	99	24.1	167	40.7
Özel bir hastaneye gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum.	31	7.6	36	8.8	54	13.2	66	16.1	223	54.4
Üniversite hastanesine (Tıp fakültesi) gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum.	33	8.0	35	8.5	52	12.7	75	18.3	215	52.4
Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum.	34	8.3	42	10.2	44	10.7	82	20.0	208	50.7
Muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değilim.	58	14.1	44	10.7	58	14.1	72	17.6	178	43.4

“Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum” ifadesine katılımcıların % 40.7’si tamamen katılıyorum, % 24.1’i katılıyorum, 14.1’i hiç katılmıyorum ifadelerini kullanmışlardır. Bu ifadelere göre katılımcıların en yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır. Bundan da devlet hastanesinden sağlık hizmeti karşılığında alınan ücreti doğru bulmadıkları gözlenmektedir. “Özel bir hastaneden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru

bulmuyorum” ifadesine katılımcıların % 35.6’sı tamamen katılıyorum ifadesini kullanırken, %23.9’u katılıyorum, 14.4’ü katılmıyorum ifadelerini kullanmışlardır. Bu ifadelere göre katılımcıların en yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır bundan da özel hastaneden sağlık hizmeti karşılığında alınan ücreti doğru bulmadıkları gözlenmektedir. “*Üniversite hastanesinden (Tıp fakültesi) aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum*” ifadesine katılımcıların %40.7 si tamamen katılıyorum cevabını vermişken, %24.1’i katılıyorum, 13.4’ü kararsızım cevabını vermişlerdir. Bu ifadelere göre katılımcıların en yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır bundan da üniversite hastanesinden sağlık hizmeti karşılığında alınan ücreti doğru bulmadıkları anlaşılmaktadır.

Katılımcılara “*özel bir hastaneye gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum*” ifadesine katılım düzeyleri sorulduğunda %54.4’ ü tamamen katılıyorum ifadesini kullanmış, %16.1’i de katılıyorum, %13.2’si kararsızım ifadesini kullanmışlardır. Bu ifadelere göre katılımcıların en yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır bundan da özel hastaneden doktor seçimi için alınan ek ücreti doğru bulmadıkları anlaşılmaktadır. “*Üniversite hastanesine (Tıp fakültesi) gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum*” ifadesine katılım düzeyleri sorulduğunda ise %52.4 ‘ü tamamen katılıyorum dedikleri görülürken, %18.3’ünde katılıyorum, %12.7’si kararsızım dediği gözlenmiştir. Bu ifadelere göre katılımcıların en yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır bundan da üniversite hastanesinden doktor seçimi için alınan ek ücreti doğru bulmadıkları anlaşılmaktadır. “*Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum*” ifadesine katılımcıların %50.7’si tamamen katılıyorum, %20.0’ı katılıyorum, 10.7’si kararsızım ifadesini kullanmışlardır. Bu ifadelere göre katılımcıların en yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır bundan da özel hastaneden tahlil ve tetkikler için alınan ek ücreti doğru bulmadıkları anlaşılmaktadır. Son olarak katılımcılara “*muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değilim*” ifadesi sorulduğunda %43.4’ü tamamen katılıyorum, %17.6’sı katılıyorum, %14.1 kararsızım ifadelerini kullandıkları görülmüştür. Bu ifadelere göre katılımcıların en

yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır bundan da muayene katılım payının eczaneye ödemek istemedikleri görülmektedir.

Tablo3.5. İlaç Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılım

İfadeler	Katılma Düzeyi									
	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum.	71	17.3	46	11.2	41	10.0	91	22.2	161	39.3
İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor.	109	26.6	79	19.3	62	15.1	90	22.0	70	17.1
İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor.	132	32.2	77	18.8	59	14.4	83	20.2	59	14.4
Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.	123	30.0	80	19.5	72	17.6	79	19.3	56	13.7
Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.	106	25.9	91	22.2	51	12.4	85	20.7	77	18.8
İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum.	36	8.8	56	13.7	76	18.5	94	22.9	148	36.1

“İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum” ifadesi katılımcılara yöneltildiğinde %39.3’ü tamamen katılıyorum, %22.2’si katılıyorum, %17.3’ü hiç katılmıyorum ifadelerini kullanmışlardır. Bu ifadelerle göre katılımcıların en yoğun olarak tamamen katılıyorum ifadesine puan verdikleri ortaya çıkmaktadır yani katılımcıların çoğunluğu ilaç alımında ilaç katılım payı ödemek istememektedir. “İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesi katılımcılara sorulduğunda %26.6’sı hiç katılmıyorum, %22.0’si katılıyorum, 19.3’ü katılmıyorum ifadesini kullanmışlardır. “İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesine verilen katılma düzeylerine göre %32.2’si hiç katılmıyorum, %20.2’si katılıyorum, %18.8’si katılmıyorum şeklinde sıralanmaktadır.

“Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor” ifadesine verilen katılma düzeylerine göre %30.0’ı hiç katılmıyorum, 19.5’i hiç katılmıyorum, 19.3’ü katılıyorum

şeklinde sıralanmaktadır. “*Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum*” ifadesine verilen katılma düzeylerine göre %25.9’i hiç katılmıyorum, %22.2’si katılmıyorum, %20.7’i katılım şeklinde düzeyleri sıralanmaktadır. “*İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum*” ifadesinin katılma düzeylerine bakıldığında % 36.1’i tamamen katılıyorum, %22.9’u katılıyorum, %18.5’i kararsızım ifadelerini kullanmışlardır.

3.2.4. Hastaların İlaç ve Muayene Katılım Payı Algılarına İlişkin Bulgular

Tablo 3.6. Hastaların İlaç ve Muayene Katılım Payı İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

İfadeler	Sıklık	
	$\bar{X}$	S
Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	3.6659	1.45110
Özel bir hastaneden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	3.5585	1.41343
Üniversite hastanesinden (Tıp fakültesi) aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	3.7366	1.36275
Özel bir hastaneye gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum.	4.0098	1.30820
Üniversite hastanesine (Tıp fakültesi) gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum.	3.9854	1.31189
Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum.	3.9463	1.33123
Muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değilim.	3.6537	1.47084
İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum.	3.5488	1.51724
İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor.	2.8366	1.46186
İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor.	2.6585	1.46366
Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.	2.6707	1.42502
Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.	2.8439	1.48176
İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum.	3.6390	1.32548

Hastalar “*Özel bir hastaneye gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum*” ifadesine en yüksek (4.009) puanı vermişlerdir. Bu da katılımcıların özel hastaneye gidildiği zaman zaten bir ücret verildiğini, doktor seçimi yapmak istediklerinde ise ek olarak alınan ücrete karşı olduklarını göstermektedir. “*Üniversite hastanesine (Tıp fakültesi) gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan*

ücreti doğru bulmuyorum” ifadesi ikinci en yüksek (3.985) puan alınan ifadedir. Bundan da hastaların üniversite hastanesinde doktor seçimi yapmak istediklerinde ek ücret talep edilmesini istemedikleri ortaya çıkmaktadır. “*Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum*” ifadesi (3.946) puan alınmıştır ve hastaların özel hastaneye gittiklerinde zaten bir ücret verdiklerini tahlil ve tetkikler için ek ücret vermek istemediklerini ortaya koymaktadır.

“*Üniversite hastanesinden (Tıp fakültesi) aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum*” ifadesi (3.736) puan alınmıştır. Katılımcıların üniversite hastanesine gittiklerinde muayene katılım payı vermek istemediklerini görülmektedir “*Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum*” ifadesi (3.665) puan almıştır ve hastalar devlet hastanesinde muayene olduklarında muayene katılım payı ödemek istemedikleri ortaya çıkmaktadır.

“*Muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değilim*” ifadesi (3.653) puanı almıştır ve hastalar muayene katılım paylarını eczaneye ödememek istedikleri görülmektedir. “*İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum*” ifadesi (3.639) puan almıştır. Katılımcıların bu ifadesine göre, ilaç fiyatının değişikliklerinde ki artış ve azalışın değişimlerinde ötürü bir güvensizlik ortamının bulunduğu düşünülebilmektedir.

“*Özel bir hastaneden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum*” ifadesi (3.558) puan almıştır. Hastaların bu ifadesine göre özel bir hastanede muayene oldukları için ücret ödemek istemedikleri düşünülebilmektedir. “*İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum*” ifadesi (3.548) puan almıştır. Hastaların ilaç katılım payı ödememek istedikleri bu ifadeden çıkarılabilmektedir.

“*Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum*” ifadesi (2.843) puan almıştır. Bu ifade de katılımcıların muadil ilaca razı olmadıklarını doktorun reçete üzerine yazdığı ilacı istedikleri sonucu çıkartılabildiği düşünülmektedir.

“*İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor*” ifadesi (2.836), “*Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor*” ifadesi (2.670),

“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesi (2.658) puanları almışlardır. Bu puanlamaya göre hastaların kutu başına ek ücret, ilaç katılım payı ya da fiyat farkı alındığından dolayı ilaç alımını azaltmadıkları görülmektedir. Bunun yanı sıra hastalandıklarında da ilaç kullanma mecburiyetlerinden ötürü fiyat ve ek ücret ne olursa olsun ilacı kullanmaya devam etmek durumunda kaldıkları düşünülebilmektedir.

Tablo 3.7. İlaç Tüketimi Sorularının Basıklık ve Çarpıklık Değerleri

İfadeler	Skewness	Kurtosis
İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor.	0.102	-1.405
İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor.	0.263	-1.370
Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.	0.253	-1.295
Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.	0.139	-1.433

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenerek, her bir boyutun basıklık ve çarpıklık değerleri bulunmuş ve değerlerin ise 1.96 ile +1.96 aralığında kaldığı tespit edilmiştir. Bundan dolayı verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Can,2014: 85).

Tablo 3.8. Muayene Katılım Payının İlaç Tüketiminde Kutu Başına Ödenen Ek Ücretten Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz?				
Evet	282	2.868	1.525	t=0.662
Hayır	128	2.765	1.313	p=0.509
Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?				
Evet	276	2.909	1.528	t=1.450
Hayır	134	2.686	1.305	p=0.148
Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?				
Evet	210	3.119	1.460	t=4.085
Hayır	200	2.540	1.406	p=0.000
Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?				
Evet	287	2.871	1.505	t=0.729
Hayır	123	2.756	1.357	p=0.466

Katılımcıların “ilaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.868 ± 1.525 puan, hayır ise 2.765 ± 1.313 puan almıştır. Muayene katılım payı alındığı bilenlerin bilmeyenlere göre kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu azalttığı görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmamıştır ($t=0.662$, $p=0.509$).

“İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.909 ± 1.528 puan, hayır ise 2.686 ± 1.305 puan almıştır. Sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını bilenlerin bilmeyenlere göre kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu azalttığı görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmamıştır ($t=1.450$, $p=0.148$).

“İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapların “Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 3.119 ± 1.460 puan, hayır ise 2.540 ± 1.406 puan almıştır. Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmeyenlerin gidenlere göre kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu azalttığı görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmuştur ($t=4.085$, $p=0.000$). Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih eden hastaların kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı da kutu azalttıkları ortaya çıkmaktadır.

“İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapların “Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.871 ± 1.505 puan, hayır ise 2.756 ± 1.357 puan almıştır. Muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini bilenlerin bilmeyenlere göre kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu azalttığı görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmamıştır ($t=0.729$, $p=0.466$).

Tablo 3.9. Muayene Katılım Payının İlaç Almamaya Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz?				
Evet	282	2.648	1.497	t= -0.197 p= 0.844
Hayır	128	2.679	1.391	
Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?				
Evet	276	2.637	1.501	t= -0.414 p= 0.679
Hayır	134	2.701	1.387	
Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?				
Evet	210	2.895	1.463	t=3.398 p=0.001
Hayır	200	2.410	1.425	
Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?				
Evet	287	2.672	1.506	t=0.294 p=0.769
Hayır	123	2.626	1.363	

“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.648±1.497 puan, hayır ise 2.679±1.391 puan almıştır. Muayene katılım payı alındığı bilmeyenlerin bilenlere göre ilaç katılım payından dolayı ilaç almadığı görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (t= -0.197, p= 0.844).

“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.637±1.501 puan, hayır ise 2.701±1.387 puan almıştır. Sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını bilmeyenlerin bilenlere göre ilaç katılım payından dolayı ilaç almadığı görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (t= -0.414, p= 0.679).

“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.895±1.463 puan, hayır ise 2.410±1.425 puan almıştır. Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmeyenlerin gidenlere göre ilaç katılım payından ötürü ilaç almadığı görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmuştur

($t=3.398$, $p=0.001$). Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih eden hastaların ilaç katılım payı ödediklerinden ötürü ilaç almadığı ortaya çıkmaktadır.

“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları *“Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?”* ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.672 ± 1.506 puan, hayır ise 2.626 ± 1.363 puan almıştır. Muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini bilenlerin bilmeyenlere göre ilaç katılım payından ötürü ilaç almadığı görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0.294$, $p=0.769$).

Tablo 3.10. Muayene Katılım Payının İlaç Tüketiminde Fiyat Farkından Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz?				
Evet	282	2.709	1.468	t=0.811
Hayır	128	2.585	1.325	p=0.418
Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?				
Evet	276	2.710	1.483	t=0.803
Hayır	134	2.589	1.299	p=0.422
Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?				
Evet	210	2.976	1.429	t=4.554
Hayır	200	2.350	1.351	p=0.000
Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?				
Evet	287	2.717	1.462	t=1.021
Hayır	123	2.561	1.331	p=0.290

“Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.” ifadesindeki cevapları *“bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz”* ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.709 ± 1.468 , hayır ise 2.585 ± 1.325 puan almıştır. Muayene katılım payı alındığı bilenlerin bilmeyenlere göre fiyat farkından dolayı kutu azalttıkları görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0.811$, $p=0.418$).

“Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.” ifadesindeki cevapları *“Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?”* ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.710 ± 1.483 puan, hayır ise 2.589 ± 1.299 puan almıştır. Sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını bilenlerin bilmeyenlere göre fiyat

farkından dolayı kutu azalttıkları görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0.803$, $p=0.422$).

“Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.” ifadesindeki cevapları “Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.976 ± 1.429 puan, hayır ise 2.350 ± 1.351 puan almıştır. Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmeyenlerin gidenlere göre fiyat farkından dolayı kutu azalttıkları görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmuştur ($t=4.554$, $p=0.000$). Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih eden hastaların fiyat farkından ötürü kutu azalttıkları düşünülmektedir.

“Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.” ifadesindeki cevapları “Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.717 ± 1.462 puan, hayır ise 2.561 ± 1.331 puan almıştır. Muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini bilenlerin bilmeyenlere göre fiyat farkından dolayı kutu azalttıkları görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1.021$, $p=0.290$).

Tablo 3.11. Muayene Katılım Payının İlaç Tüketiminde Eşdeğer İlaç Kullanımına Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz?				
Evet	282	2.875	1.521	t=0.648 p=0.517
Hayır	128	2.773	1.392	
Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?				
Evet	276	2.913	1.532	t=1.357 p=0.175
Hayır	134	2.701	1.365	
Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?				
Evet	210	3.138	1.459	t=4.203 p=0.000
Hayır	200	2.535	1.445	
Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?				
Evet	287	2.867	1.547	t=0.494 p=0.621
Hayır	123	2.788	1.319	

“Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.” ifadesindeki cevapları *“bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz”* ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.875 ± 1.521 , hayır ise 2.773 ± 1.392 puan almıştır. Muayene katılım payı alındığını bilenlerin bilmeyenlere göre muadil ilaca razı oldukları görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0.648$, $p=0.517$).

“Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.” ifadesindeki cevapları *“Gitmiş olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?”* ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.913 ± 1.532 puan, hayır ise 2.701 ± 1.365 puan almıştır. Sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını bilenlerin bilmeyenlere göre muadil ilaca razı oldukları görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=1.357$, $p=0.175$).

“Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.” ifadesindeki cevapları *“Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?”* ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 3.138 ± 1.459 puan, hayır ise 2.535 ± 1.445 puan almıştır. Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmeyenlerin gidenlere göre muadil ilaca razı oldukları görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t=4.203$, $p=0.000$). Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih eden hastaların eczanenin önerdiği muadil ilaca razı oldukları düşünülmektedir.

“Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.” ifadesindeki cevapları *“Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?”* ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında, evet 2.867 ± 1.547 puan, hayır ise 2.788 ± 1.319 puan almıştır. Muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini bilenlerin bilmeyenlere göre muadil ilaca razı oldukları görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($t=0.494$, $p=0.621$).

Tablo 3.12. İlaç Katılım Payının İlaç Tüketiminde Kutu Başına Ödenen Ek Ücretten Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	206	2.907	1.532	t= 0.991 p=0.322
Hayır	204	2.764	1.387	
İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	245	2.955	1.510	t= 2.008 p=0.045
Hayır	165	2.660	1.372	
Eczaneye ödediğiniz ücret içerisinde ilaç katılım payı haricinde muayene katılım payını da ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	276	2.905	1.483	t= 1.377 p=0.169
Hayır	134	2.694	1.410	
Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?				
Evet	162	3.376	1.396	t= 6.327 p=0.000
Hayır	248	2.483	1.396	

Katılımcıların “ilaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz?” ifadesindeki cevaplarına göre karşılaştırıldığında, evet 2.907±1.532 puan, hayır ise 2.764±1.387 puan almıştır. Reçete katkı payı ödediğini bilenlerin bilmeyenlere göre kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu azalttığı görülmektedir. Fakat gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (t= 0.991, p=0.322).

Katılımcıların “ilaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında evet 3.376±1.396 puan, hayır ise 2.483±1.396 puan almıştır. Ödemesi gereken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların, ödemesi gereken muayene katılım payına bakmaksızın ilacını alan hastalara göre kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu azalttıkları görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=6.327, p=0.000). Ödemesi gereken ya da biriken muayene katılım payından dolayı ilacını

alamayan hastaların kutu başına ödedikleri ek ücretten ötürü kutu azalttıkları düşünülmektedir.

Tablo 3.12’de diğer yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 3.13. İlaç Katılım Payının İlaç Almamaya Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	206	2.737	1.536	t= 1.103 p=0.271
Hayır	204	2.578	1.385	
İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	245	2.710	1.490	t= 0.871 p=0.384
Hayır	165	2.581	1.423	
Eczaneye ödediğiniz ücret içerisinde ilaç katılım payı haricinde muayene katılım payını da ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	276	2.710	1.475	t= 1.025 p=0.306
Hayır	134	2.552	1.438	
Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?				
Evet	162	3.166	1.445	t= 5.913 p=0.000
Hayır	248	2.326	1.425	

“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları “Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında evet 3.166±1.445 puan, hayır ise 2.326±1.425 puan almıştır. Ödemesi gereken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların, ödemesi gereken muayene katılım payına bakmaksızın ilacını alan hastalara göre ilaç katılım payından dolayı ilaç almadıkları görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t= 5.913, p=0.000). Ödemesi gereken ya da biriken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların ilaç katılım payından ötürü ilaç almamayı tercih ettikleri düşünülmektedir.

Tablo 3.13’de diğer yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 3.14. İlaç Katılım Payının İlaç Tüketiminde Fiyat Farkından Dolayı Kutu Azaltmaya Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	206	2.776	1.467	t= 1.515 p=0.130
Hayır	204	2.563	1.375	
İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	245	2.763	1.451	t=1.605 p=0.109
Hayır	165	2.533	1.377	
Eczaneye ödediğiniz ücret içerisinde ilaç katılım payı haricinde muayene katılım payını da ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	276	2.746	1.434	t=1.545 p=0.123
Hayır	134	2.514	1.396	
Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?				
Evet	162	2.993	1.425	t= 3.770 p=0.000
Hayır	248	2.459	1.387	

Katılımcıların “*Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor*” ifadesindeki cevapları “*Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?*” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında evet 2.993±1.425 puan, hayır ise 2.459±1.387 puan almıştır. Ödemesi gereken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların, ödemesi gereken muayene katılım payına bakmaksızın ilacını alan hastalara göre fiyat farkından dolayı kutu azalttıkları görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmuştur (t= 3.770, p=0.000). Ödemesi gereken ya da biriken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların fiyat farkından dolayı kutu azalttıkları düşünülmektedir.

Tablo 3.14’de diğer yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 3.15. İlaç Katılım Payının İlaç Tüketiminde Eşdeğer İlaç Kullanımına Etkisi

Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	206	2.951	1.551	t=1.479 p=0.140
Hayır	204	2.735	1.403	
İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	245	2.926	1.510	t= 1.377 p=0.169
Hayır	165	2.721	1.433	
Eczaneye ödediğiniz ücret içerisinde ilaç katılım payı haricinde muayene katılım payını da ödediğinizi biliyor musunuz?				
Evet	276	2.855	1.521	t= 0.219 p=0.827
Hayır	134	2.820	1.402	
Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?				
Evet	162	3.049	1.477	t= 2.281 p=0.023
Hayır	248	2.709	1.471	

“Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum” ifadesindeki cevapları “Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınız oluyor mu?” ifadesindeki cevaplara göre karşılaştırıldığında evet 3.049±1.477 puan, hayır ise 2.709±1.471 puan almıştır. Ödemesi gereken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların, ödemesi gereken muayene katılım payına bakmaksızın ilacını alan hastalara göre muadil ilaca razı oldukları görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmuştur (t= 2.281, p=0.023). Ödemesi gereken ya da biriken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların muadil ilaca razı oldukları düşünülmektedir.

Tablo 3.15’de diğer yapılan karşılaştırılmada anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 3.16. İlaç Tüketimi Sorularının Raporlu İlaç Kullanma ve Kronik Hastalık Durumu Gibi Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Raporlu İlaç Kullanma Durumu					
İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor.	Evet	56	3.000	1.489	t=0.900 p=0.369
	Hayır	354	2.810	1.457	
İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor.	Evet	56	2.732	1.470	t=0.405 p=0.686
	Hayır	354	2.646	1.464	
Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.	Evet	56	2.821	1.550	t=0.851 p=0.395
	Hayır	354	2.646	1.405	
Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.	Evet	56	3.053	1.611	t=1.140 p=0.255
	Hayır	354	2.810	1.459	
Kronik Hastalık Sahibi Olma Durumu					
İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor.	Evet	80	3.225	1.475	t=2.669 p=0.008
	Hayır	330	2.742	1.445	
İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor.	Evet	80	2.912	1.502	t=1.734 p=0.084
	Hayır	330	2.597	1.449	
Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.	Evet	80	2.950	1.525	t=1.961 p=0.051
	Hayır	330	2.603	1.393	
Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.	Evet	80	3.075	1.548	t=1.558 p=0.120
	Hayır	330	2.787	1.461	

“İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları kronik hastalık sahibi olma durumu değişkeni ile karşılaştırıldığında evet 3.225±1.475 puan, hayır ise 2.742±1.445 puan almıştır. Kronik

hasta olanların kronik hasta olmayanlara göre kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı kutu azalttıkları görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan ise anlamlı bulunmuştur ($t= 2.269$, $p=0.008$). Kronik hasta olup sürekli ilaç kullanan hastalar kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı kutu azalımı yoluna gittikleri düşünülmektedir.

Raporlu ilaç kullanma durumu ilaç tüketimi sorularıyla karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç istatistiksel açıdan ortaya çıkmamaktadır.

Tablo 3.17. İlaç Tüketimi Sorularının Gelir Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		N	$\bar{X}$	S	Test Değerleri
Aylık Gelir (TL)					
İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor.	1500 TL ve altı	62	3.322	1.479	F=4.275 p=0.006
	1501-2500	90	2.955	1.413	
	2501-3500	85	2.741	1.536	
	3501 ve üzeri	82	2.463	1.492	
İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor.	1500 TL ve altı	62	3.064	1.469	F=3.258 p=0.022
	1501-2500	90	2.766	1.414	
	2501-3500	85	2.505	1.394	
	3501 ve üzeri	82	2.353	1.566	
Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor.	1500 TL altı	62	2.967	1.448	F=1.459 p=0.226
	1501-2500	90	2.655	1.462	
	2501-3500	85	2.635	1.307	
	3501 ve üzeri	82	2.463	1.541	
Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.	1500 TL altı	62	2.967	1.469	F=1.216 p=0.304
	1501-2500	90	2.655	1.517	
	2501-3500	85	2.635	1.398	
	3501 ve üzeri	82	2.463	1.664	

“İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları aylık gelir değişkeni ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=4.275$, $p=0.006$). Aylık gelir gruplarında ki gelir düşüşüne bağlı olarak kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı kutu azalttıkları görülmektedir.

“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ifadesindeki cevapları aylık gelir değişkeni ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($F=3.258$, $p=0.022$).

Aylık gelir gruplarındaki gelir düşüşüne bağlı olarak ilaç katılım payı ödediklerinden dolayı ilaçlarını almadıkları düşünülmektedir.

Tablo 3.18. Kullanıcı Katkıları İfadelerinin Birbirleriyle İlişkisi

İfadeler	İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum	İlaç almında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor	İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar	Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor	Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum	İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum
Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum	r=0.351 p=0.000	r=0.113 p=0.023	r=0.107 p=0.030	r=0.098 p=0.047	r=0.069 p=0.164	r=0.374 p=0.000
Özel bir hastaneden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum	r=0.266 p=0.000	r=0.192 p=0.000	r=0.207 p=0.000	r=0.195 p=0.000	r=0.086 p=0.082	r=0.223 p=0.000
Üniversite hastanesinden (Tıp fakültesi) aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum	r=0.303 p=0.000	r=0.212 p=0.000	r=0.215 p=0.000	r=0.173 p=0.000	r=0.087 p=0.077	r=0.221 p=0.000
Özel bir hastaneye gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum	r=0.277 p=0.000	r=0.089 p=0.072	r=0.124 p=0.012	r=0.083 p=0.093	r=0.138 p=0.005	r=0.274 p=0.000
Üniversite hastanesine (Tıp fakültesi) gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum	r=0.226 p=0.000	r=0.068 p=0.172	r=0.094 p=0.057	r=0.080 p=0.107	r=0.092 p=0.063	r=0.215 p=0.000
Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum	r=0.295 p=0.000	r=0.076 p=0.125	r=0.107 p=0.030	r=0.090 p=0.069	r=0.065 p=0.188	r=0.238 p=0.000
Muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değilim	r=0.243 p=0.000	r=0.200 p=0.000	r=0.123 p=0.013	r=0.021 p=0.670	r=0.351 p=0.000	r=0.235 p=0.000

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları sorularının ilaç tüketim soruları arasındaki ilişki Tablo 3.18’de gösterilmektedir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda anketin birinci bölümündeki likert ifadeler ile ikinci bölümdeki likert ifadeler birbirleriyle arasındaki ilişkiyi bulmak amacıyla karşılaştırılmıştır. Karşılaştırma sonrası anlamlı ilişki bulunan değerler açıklanmıştır.

“Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum” ifadesi ile *“İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum”* ($r=0.351$, $p=0.000$), *“İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum”* ($r=0.374$, $p=0.000$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Devlet hastanesine muayene katılım payı ödemeyi doğru bulmayan hastalar, ilaç katılım payı ödemeyi ve ilaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri de doğru bulmadığı düşünülmektedir.

“Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum” ifadesi ile *“İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor”* ($r=0.113$, $p=0.023$), *“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor”* ($r=0.107$, $p=0.030$) *“Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor”* ($r=0.098$, $p=0.047$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Devlet hastanesine muayene katılım payı ödemeyi doğru bulmayan hastaların kutu azalttıkları, ilaçları bitse de ilaç almadıkları düşünülmektedir.

“Özel bir hastaneden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum” ifadesi ile *“İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum”* ($r=0.266$, $p=0.000$), *“İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor”* ($r=0.192$, $p=0.000$), *“İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor”* ($r=0.207$, $p=0.000$), *“Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor”* ($r=0.195$, $p=0.000$), *“İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum”* ($r=0.223$, $p=0.000$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Özel hastaneye muayene katılım payı ödemeyi doğru bulmayan hastaların ilaç katılım payını doğru bulmadıkları, kutu azalttıkları, ilaçları bitse de ilaç almadıkları, ilaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmadıkları düşünülmektedir.

“Üniversite hastanesinden (Tıp fakültesi) aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim muayene katılım payını doğru bulmuyorum” ifadesi ile “İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum” ($r=0.303$, $p=0.000$), “İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor” ($r=0.212$, $p=0.000$), “İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ($r=0.215$, $p=0.000$), “Fiyat farkından dolayı kutu azalttığım oluyor” ($r=0.173$, $p=0.000$), “İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum” ($r=0.221$, $p=0.000$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Üniversite hastanesine muayene katılım payı ödemeyi doğru bulmayan hastaların, ilaç katılım payını doğru bulmadıkları, kutu azalttıkları, ilaçları bitse de ilaç almadıkları, ilaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmadıkları düşünülmektedir.

“Özel bir hastaneye gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum” ifadesi ile “İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum” ($r=0.277$, $p=0.000$), “İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor” ($r=0.124$, $p=0.012$), “Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum” ($r=0.138$, $p=0.005$), “İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum” ($r=0.274$, $p=0.000$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Özel hastanede doktor seçimi için ödedikleri ek ücreti doğru bulmayan hastaların, ilaç katılım payı ödemeyi doğru bulmadıkları, ilaçları bitse de ilaç almadıkları, muadil ilaca razı oldukları, ilaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmadıkları düşünülmektedir.

“Üniversite hastanesine (Tıp fakültesi) gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum” ifadesi ile “İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum” ($r=0.226$, $p=0.000$), “İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum” ($r=0.215$, $p=0.000$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Üniversite hastanesinde doktor seçimi için ödedikleri ek ücreti doğru bulmayan hastaların, ilaç katılım payı ödemeyi doğru bulmadıkları, ilaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmadıkları düşünülmektedir.

“Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum” ifadesi ile “İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru

bulmuyorum” ($r=0.295$, $p=0.000$), “*İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor*” ($r=0.107$, $p=0.030$), “*İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum*” ($r=0.238$, $p=0.000$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Özel hastanede tahlil ve tetkikler için ödedikleri ek ücreti doğru bulmayan hastaların, ilaç katılım payı ödemeyi doğru bulmadıkları, ilaçları bitse de ilaç almadıkları, ilaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmadıkları düşünülmektedir

“*Muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değilim*” ifadesi ile “*İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödememi doğru bulmuyorum*” ($r=0.243$, $p=0.000$), “*İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor*” ($r=0.200$, $p=0.000$), “*İlaç katılım payından dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor*” ($r=0.123$, $p=0.013$), “*Fiyat farkından dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum*” ($r=0.351$, $p=0.000$), “*İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum*” ($r=0.235$, $p=0.000$) ifadeleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun olmayan hastaların, ilaç katılım payı alınmasını doğru bulmadıkları, kutu azalttıkları, ilaçları bitse de ilaç almadıkları, muadil ilaca razı oldukları, ilaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmadıkları düşünülmektedir

3.2.4.1. Eczacılara Yönelik Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan eczacıların demografik değişkenlere göre dağılımı tablo 3.19’da gösterilmektedir.

Tablo 3.19. Demografik Bulgular

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
39 ve altı	25	55.6
40 ve üstü	20	44.4
Cinsiyet		
Erkek	19	42.2
Kadın	26	57.8
Eğitim Düzeyi		
Lisans	35	77.8
Lisansüstü	10	22.2
Eczacı Olma Süresi		
10 yıl ve daha az	22	48.9
11 yıl ve daha fazla	23	51.1
Toplam	45	100.0

Araştırmaya katılan eczacıların yaş dağılımlarına bakıldığında %55.6'sının 39 yaş ve altı, %44.4'ünün 40 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların %42.2'sinin erkeklerde, %57.8'inin kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Eczacıların eğitim düzeyi değerlendirildiğinde %77.8'inin lisans, 22.2'sinin lisansüstü oldukları tespit edilmiştir. Eczacı olma süreleri ise %48.9'u 10 yıl ve daha az süredir eczacı iken, %51.1'i 11 yıl ve daha fazla süredir eczacıdır.

Tablo 3.20. Eczacıların Muayene ve ilaç Katılım Payı Sorularına Verilen Cevaplara Göre Dağılımı

İfadeler	Katılma Düzeyi									
	Tamamen Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastalar genel olarak alınan ücret içerisinde muayene katılım payının da olduğundan haberdarlar.	5	11.1	7	15.6	4	8.9	13	28.9	16	35.6
Hastalardan alınan muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	8	17.8	9	20.0	3	6.7	9	20.0	16	35.6
Hastalar muayene katılım payına tepki gösteriyor.	0	0.0	0	0.0	1	2.2	11	24.4	33	73.3
Biriken muayene katılım payından dolayı hastaların ilacını alamadığı durumlar oluyor.	0	0.0	1	2.2	4	8.9	10	22.2	30	66.7
Muayene katılım payının eczaneden tahsil edilmesinden memnun değilim.	1	2.2	0	0.0	2	4.4	3	6.7	39	86.7
İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikler nedeniyle hastaların ilaç alımını azalttıklarını düşünüyorum.	10	22.2	11	24.4	12	26.7	7	15.6	5	11.1
İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişikliklere hastalar tepki gösteriyor.	3	6.7	5	11.1	6	13.3	13	28.9	18	40.0
İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum.	13	28.9	6	13.3	7	15.6	9	20.0	10	22.2
Hastalardan alınan ilaç katılım payını doğru bulmuyorum.	14	31.1	8	17.8	8	17.8	7	15.6	8	17.8
Hastalar ilaç katılım payına tepki gösteriyor.	4	8.9	11	24.4	6	13.3	11	24.4	13	28.9
Hastalar ilaç katılım payından dolayı ilaçları bitse bile yeni ilaç almıyor.	12	26.7	15	33.3	6	13.3	8	17.8	4	8.9

Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı ilaç almama durumu oluyor.	9	20.0	12	26.7	2	4.4	17	37.8	5	11.1
Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu adedini azaltıyor.	4	8.9	9	20.0	6	13.3	17	37.8	9	20.0
Fiyat farkı çıktığı için hastalar muadil ilaca razı oldukları durumlar oluyor.	6	13.3	7	15.6	8	17.8	17	37.8	7	15.6
Hastalar muadil ilaç almaktan memnun olmuyor.	4	8.9	3	6.7	6	13.3	11	24.4	21	46.7

“Hastalar genel olarak alınan ücret içerisinde muayene katılım payının da olduğundan haberdarlar” ifadesine eczacıların %35.6’sı tamamen katılıyorum, 28.9’u katılıyorum, %15.6’sı katılmıyorum şeklinde cevap vermişlerdir. Eczacılara “Hastalardan alınan muayene katılım payını doğru bulmuyorum” ifadesine katılım düzeyi sorulduğunda %35.6’sı tamamen katılıyorum, %20.0’ı katılıyorum, %20.0’ı ise katılmıyorum cevabını vermişlerdir. “Hastalar muayene katılım payına tepki gösteriyor” ifadesi eczacılara yöneltildiğinde %73.3’ü tamamen katılıyorum, %24.4’ü katılıyorum ifadesini kullanmışlardır. “Biriken muayene katılım payından dolayı hastaların ilacını alamadığı durumlar oluyor” ifadesine katılımcıların % 66.7’si tamamen katılıyorum, %22.2’si katılıyorum cevabını vermişlerdir. “Muayene katılım payının eczaneden tahsil edilmesinden memnun değilim” ifadesi katılımcılara yöneltildiğinde %86.7’si tamamen katılıyorum, %6.7’si katılıyorum ifadesini kullanmışlardır. “İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikler nedeniyle hastaların ilaç alımını azalttıklarını düşünüyorum” ifadesine katılımcıların ‘26.7’si kararsızım, 24.4’ü katılmıyorum, %22.2’si hiç katılmıyorum ifadelerini kullanmışlardır. “İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişikliklere hastalar tepki gösteriyor” ifadesine katılımcıların %40.0’ı tamamen katılıyorum, %28.9’u katılıyorum ifadesini kullanmışlardır. “İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum.” ifadesi katılımcılara yönlendirildiğinde %28.9’u hiç katılmıyorum demişken , %22.2’si tamamen katılıyorum demişlerdir.

“Hastalardan alınan ilaç katılım payını doğru bulmuyorum” ifadesine katılımcıların %31.1’i hiç katılmıyorum demiş, %17.8’i katılmıyorum, %17.8’i

kararsızım demişlerdir. “*Hastalar ilaç katılım payına tepki gösteriyor*” ifadesine katılma düzeyleri sorulduğunda %28.9’u tamamen katılıyorum, 24.4’ü katılıyorum cevabını vermişlerdir. “*Hastalar ilaç katılım payından dolayı ilaçları bitse bile yeni ilaç almıyor*” ifadesine katılımcıların %33.3’ü katılmıyorum, %26.7’si hiç katılmıyorum, ifadelerini kullanmışlardır. “*Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı ilaç almama durumu oluyor*” ifadesi katılımcılara yöneltildiğinde % 37.8’i katılıyorum, %26.7’si katılmıyorum cevabını vermişlerdir. “*Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu adedini azaltıyor*” ifadesine katılma düzeyi sorulduğunda %37.8’i katılıyorum, %20.0’ı tamamen katılıyorum, %20.0’ı katılmıyorum ifadesini kullanmışlardır. “*Fiyat farkı çıktığı için hastalar muadil ilaca razı oldukları durumlar oluyor*” ifadesine katılımcıların % 37.8’i katılıyorum, % 15.6’sı tamamen katılıyorum yanıtı alınmıştır. “*Hastalar muadil ilaç almaktan memnun olmuyor*” ifadesine katılımcıların %46.7’si tamamen katılıyorum, %24.4’ü katılıyorum demişlerdir.

3.2.5. Eczacıların İlaç ve Muayene Katılım Payı Algılarına İlişkin Bulgular

Tablo 3.21. Eczacıların İlaç ve Muayene Katılım Payı İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

İfadeler	Sıklık	
	$\bar{X}$	S
Hastalar genel olarak alınan ücret içerisinde muayene katılım payının da olduğundan haberdarlar.	3.62	1.403
Hastalardan alınan muayene katılım payını doğru bulmuyorum.	3.36	1.569
Hastalar muayene katılım payına tepki gösteriyor.	4.71	0.506
Biriken muayene katılım payından dolayı hastaların ilacını alamadığı durumlar oluyor.	4.53	0.757
Muayene katılım payının eczaneden tahsil edilmesinden memnun değilim.	4.76	0.743
İlaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikler nedeniyle hastaların ilaç alımını azalttıklarını düşünüyorum.	2.69	1.294
İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişikliklere hastalar tepki gösteriyor.	3.84	1.261
İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum.	2.93	1.558
Hastalardan alınan ilaç katılım payını doğru bulmuyorum.	2.71	1.502
Hastalar ilaç katılım payına tepki gösteriyor.	3.40	1.372
Hastalar ilaç katılım payından dolayı ilaçları bitse bile yeni ilaç almıyor.	2.49	1.308
Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı ilaç almama durumu oluyor.	2.93	1.388
Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu adedini azaltıyor.	3.40	1.268
Fiyat farkı çıktığı için hastalar muadil ilaca razı oldukları durumlar oluyor.	3.27	1.286
Hastalar muadil ilaç almaktan memnun olmuyor.	3.93	1.304

Eczacılar “*Muayene katılım payının eczaneden tahsil edilmesinden memnun değilim*” ifadesine en yüksek puanı (4.76) vermişlerdir. Eczacıların hastalara ilaç ücreti dışında, muayene katılım payı ödediklerini söylemek istemedikleri ve aynı zamanda bu payın eczaneden tahsil edilmesini istemedikleri düşünülmektedir. İkinci en yüksek puanı (4.71) “*Hastalar muayene katılım payına tepki gösteriyor*” ifadesi almıştır. Eczacılar muayene katılım payının eczaneden tahsil edilmesinden dolayı hastaların yoğun tepkisine maruz kaldıkları hastaların bu payı ödemek istemedikleri düşünülmektedir. Katılımcılar “*Biriken muayene katılım payından dolayı hastaların ilacını alamadığı durumlar oluyor*” ifadesine en yüksek üçüncü puanı (4.53) vermişlerdir. Birden fazla ya da farklı hastanelerde muayene olan hastaların önceki muayenelerinde ilaçlarını almadıklarından dolayı bir muayene katılım payı birikimi olduğundan ve hastaların bir anda toplam parayı ödeyemediklerinden dolayı ilaçlarını alamadıkları kanısına varılmaktadır.

“*Hastalar muadil ilaç almaktan memnun olmuyor*” ifadesinden (3.93) puan alınmıştır. Hastaların muadil ilacı istemedikleri reçete üzerinde yazan ilacı istediklerini düşünülmektedir. “*İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişikliklere hastalar tepki gösteriyor*” ifadesi (3.84) puan alınmıştır. Değişikliklerdeki artış ve azalış durumundan hastaların fiyat konusunda kafalarının karıştığı ve değişikliğin eczanelere göre değiştiği algısı olduğu düşünülmektedir. “*Hastalar genel olarak alınan ücret içerisinde muayene katılım payının da olduğundan haberdarlar*” ifadesi (3.62) ortalamaya sahiptir. Bu puan ortalaması 4.00’e yaklaştığında eczacıların hastalar muayene katılım payı alındığından farkındalar kanısı ortaya çıkmaktadır.

“*Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu adedini azaltıyor*”, “*Hastalar ilaç katılım payına tepki gösteriyor*” ifadeleri (3.40) puan almışlardır. Hastaların ilaç katılım payına tepki gösterdiği ve ek ücret ödediklerinden kutu adedini azalttıkları söylenebilmektedir. “*Hastalardan alınan muayene katılım payını doğru bulmuyorum*” ifadesi (3.36) puan, “*Fiyat farkı çıktığı için hastalar muadil ilaca razı oldukları durumlar oluyor*” ifadesinden ise (3.27) puan alınmıştır.

“*İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri uygun bulmuyorum*” ve “*Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı ilaç almama durumu oluyor*” ifadesi (2.93) puan almışlardır. “*Hastalardan alınan ilaç katılım payını doğru bulmuyorum*”

ifadesi (2.71) puan almıştır. Yani eczacıların hastalardan alınan ilaç katılım payına karşı olmadıkları düşünülmektedir. “*İlaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikler nedeniyle hastaların ilaç alımını azalttıklarını düşünüyorum*” ifadesi ise (2.69) puan almışlardır. Eczacılar hastaların ilaç fiyatlandırması değişikliklerinden dolayı ilaç alımı azaltmadıklarını düşünmektedirler. “*Hastalar ilaç katılım payından dolayı ilaçları bitse bile yeni ilaç almıyor*” ifadesi en düşük puanı (2.49) alan ifade olmaktadır. Eczacılar ilaç katılım payı alındığından hastaların ilaç alımını azaltmadıklarını düşünmektedir.



TARTIŞMA

Literatürde kullanıcı katkılarının kapsamında olan muayene ve ilaç katılım paylarının değerlendirilmesi ve ilaç tüketime etkisinin araştırılması ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bundan dolayı bu bölümde kullanıcı katkısına ilişkin yapılan çalışmaların dolaylı olarak alakalı olduğu düşünülen çalışmalara atıf yapılmıştır.

Kullanıcı katkılarına ilişkin ilk deneysel araştırma ABD’de 1971-1982 yılları arasında gerçekleştirilen RAND sağlık sigortası deneyi olmaktadır. Bu araştırma kapsamında 65 yaş altı 7700 bireyden oluşan toplam 2750 aile alınmıştır. Katılımcılar, bedava sağlık hizmetinin sağlandığı, alınan sağlık hizmetinin %25’ini, %50’sini, %95’ini ödediği farklı gruplara rastgele dâhil edilmiştir. Bu deneyin bulgularına bakıldığı zaman, maliyet paylaşımının nerdeyse tüm sağlık hizmetlerinin kullanımını azalttığı görülmüştür ve bedava sağlık hizmeti alan grup ücret ödeyen gruba göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmıştır (RAND, 2006: 1-2). Hsu ve arkadaşları (2006: 1801) tarafından yarı deneysel olan ve 1999 Ocak ayında başlayan, acil servis kullanımının maliyet paylaşımıyla ilişkisini inceleyen bir çalışmada acil servise 20-35 dolar ödeme yapanlarla, 50-100 dolar ödeme yapanların hiç ödeme yapmayanlarla sırasıyla %4 ve %10 oranında acil servis kullanımını azalttıkları görülmektedir. Yapılan çalışmada ise “*Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?*” sorusuna hastaların %51.2’si evet cevabını vererek ceplerinden ücret ödeyen bir kesimin katkı payından ötürü hastaneye gitme durumunu azalttıkları görülmektedir. Ayrıca katılımcıların %39.5’i eczaneye ödemeleri gereken muayene katılım payından dolayı ilaçlarını alamadıkları ortaya çıkmaktadır. Benzer bir şekilde biriken muayene katılım payından dolayı ilacını alamayan hastaların, kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı ilaç kullanımını azalttıkları, ilaç katılım payından dolayı ilaçları bitse de yeni ilaç almadıkları, fiyat farkı çıktığı için kutu azalttıkları ve fiyat farkı çıktığı için muadil ilaca razı oldukları da görülmektedir.

Katkı paylarının hasta davranışlarına etkisinin araştırıldığı ve toplam 932 katılımcısının bulunduğu bir çalışmada katılımcıların %82’si acil servis hizmetleri için (5 ile 100 dolar arasında değişen) bir ek ödeme yaparken, sadece % 41’i bu ek ödeme miktarını doğru bir şekilde bildikleri ortaya çıkmıştır (Reed vd., 2006: 810). Bu

çalışmada ise katılımcıların % 68.8'inin muayene katılım payı ödediklerinin farkındayken, %67.3'ünün farklı sağlık kurumlarına farklı muayene katılım payı ödediklerini bilmektedir. 410 katılımcının %50.2'sinin reçete katılım payı, %59.8'inin ilaç katılım payı alındığını bildikleri ortaya çıkmaktadır.

Başara ve Şahin (2008: 319) “Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler” adlı çalışmasında anlamlı bulunan sonuçlara göre cepten sağlık harcaması yapma durumu; kadınlarda, 0-4 yaş grubunda, doğu bölgesinde, kırdan, hanedeki kişi sayısı arttıkça, evlilik çağına olmayan kişilerde, bir işte çalışmayanlarda, SSK’lılarda, 5. gelir diliminde olanlarda daha fazla görülmüştür.

Hastaların muayene ve ilaç katılım payını doğru bulup bulmadıklarına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında en fazla tıp fakültesine daha sonra devlet hastanesine gidildiği zaman muayene katılım payı ödenmesini doğru bulmadıkları ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda hastalar ilaç kullanımında ilaç katılım payı ödemek istemedikleri de ortaya çıkmaktadır. Eczacıların muayene ve ilaç katılım payını doğru bulup bulmadıklarına ilişkin ifadelerin ortalamalarına bakıldığında eczacılar hastalardan alınan muayene katılım payını doğru bulup bulmadıkları konusunda kararsız kalırken, hastaların muayene katılım payı alındığından dolayı tepki gösterdiklerini ve muayene katılım payını doğru bulmadıklarını düşünmektedirler. Yine eczacılar hastalardan ilaç katılım payı alınmasından kararsızken, hastaların ilaç katılım payı alınmasından dolayı tepki gösterdikleri konusunda da kararsız kalmışlardır. Genel olarak hastaların muayene ve ilaç katılım payı ödemek istemedikleri ortaya çıkmaktadır. Eczacılar hastalardan muayene ve ilaç katılım payı alınmasından kararsız fakat muayene katılım payı alındığından dolayı tepkilidirler. Ayrıca eczacılar çok yüksek (4.76) puan ortalamasıyla muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değillerdir. Hastalarda da aynı şekilde muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değillerdir.

Sezer (2017) tarafından yapılan “Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma” adlı çalışmada katılımcıların çoğunun kullanıcı katkısı hakkında bilgisi olmadığı ve katılımcıların ödeme yaptıklarını ancak ne kadar ödeme yaptıklarını bilmedikleri tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada ise, hastaların %68.8’i muayene katılım payı alındığını, %67.3’ü ise farklı sağlık kurumundan farklı ücret alındığını bilmektedir. Diğer yandan Sezer (2017)

çalışmasında katılımcıların sağlık hizmetine en çok özel hastanenin acil hizmet biriminden alınan kullanıcı katkısı tutarına katlanamadığı bulunmuştur. Bunun sebebi özel hastanelerde kullanıcı katkısı dışında ekstra muayene ve tetkik için alınan tutarlardan kaynaklandığı söylenebilmektedir. Benzer şekilde bu çalışmada da “*Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti doğru bulmuyorum*” ifadesi (3.946) puan almıştır ve hastaların özel hastaneye gittiklerinde zaten bir ücret verdiklerini tahlil ve tetkikler için ek ücret vermek istemediklerini ortaya koymaktadır. Sezer’in (2017) araştırmasına göre, bireylerin en fazla katlandığı kullanıcı katkısı tutarı ise devlet hastanesinden alınan kullanıcı katkısı tutarıdır. Bu durumun devlet hastanesinden alınan kullanıcı katkısı tutarının daha az tutarda olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu çalışmada ise hastalar devlet hastanesinde muayene olduklarında muayene katılım payı ödememek istedikleri ortaya çıkmaktadır.

Şahin ve arkadaşlarının (2013) “Türkiye’de Hane halkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması” adlı çalışmasında ailelerin %26’sı sağlık harcamaları nedeniyle aile bütçelerinin çok zorlandığını belirtirken, %6,5’i sağlık harcamaları nedeniyle aile bütçelerinin hiç zorlanmadığını belirtmiştir. Cepten sağlık harcamaları aile bütçemizi çok zorladı diyenlerin ağırlıklı olarak kırsal alan ve Ortadoğu Anadolu bölgesinde yaşayanlar, ≤ 800 gelir diliminde olanlar ve 1601+ harcama diliminde olanlar olduğu görülmektedir. Ayrıca sağlık sorunu yaşayan bireylerin %10,7’sinin kendi kendine tedavi, %3,5’inin geleneksel sağlıkçılara başvurduğu ve %9,2’sinin ise bu sorunu gidermek için hiçbir şey yapmadığı ve hiçbir şey yapmamanın arkasındaki en önemli nedenlerin ise “küçük, önemsiz bir sorun” olarak görülmesi ile “param yoktu” olduğu belirlenmiştir.

Kullanıcı katkısının aile hekimliği hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkiyi ölçmek isteyen Litwack ve Bodart (1993) Kamerun Cumhuriyetinin Adamaoua eyaletinde 25 köy 800 hane üzerinde aylık gözlemlerle sıkı bir şekilde kontrol edilen bir deney gerçekleştirmişlerdir. Sonucunda ise gelir düzeyi düşük bireylerin daha çok ilaç yazdırdıkları ve sağlık hizmeti kullanımını arttırdıkları gözlemlenmiştir. Yoder (1989) ise sağlık hizmetleri kullanımında kullanıcı katkı ödemesi yapma konusunda istekli olup olmadıklarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada bireylerin sağlık hizmeti kullanımında ödeme yapma konusunda istekli olmadıklarını ve yüksek tutardaki

kullanıcı katkısı düşük gelir gruplarının sağlık hizmeti kullanım oranını düşürdüğü bulunmuştur. Yapılan çalışmada da geliri düşük olan bireylerin kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı kutu azalttıkları ve ilaç katılım payından dolayı ilaçlarını alamadıkları bulunmuştur.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlıkta bir finansman kaynağı olarak görülmektedir. Kullanıcı katkılarının olumsuz yanlarını savunanlar olduğu kadar gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçtiğinden dolayı savunucularının elinde güçlü bir kanıt olduğu düşünülmektedir. Kullanıcı katkılarına yönelik tartışmanın süregeldiği dönemde uygulamanın hastalar ve eczacılar açısından değerlendirilmeleri önem arz etmektedir. Bu çalışmada Türkiye’de kullanıcı katkısı olan muayene ve ilaç katılım paylarının değerlendirilmesi, alınan payların ilaç tüketimine etkisi, hastaların alınan bu paylardan haberdar olup olmadıkları ve doğru bulup bulmadıkları ayrıca da eczacıların bu paylar hakkındaki görüşleri incelenmiştir.

Bu kapsamda Isparta merkezde yaşayan 410 hasta ve 45 eczacıya ulaşılmıştır. Hastalara ve eczacılara ayrı iki anket oluşturulmuştur. 21 soru ve iki bölümden oluşan hastalara yönelik olan anketin birinci bölümünde genel olarak ödedikleri muayene katılım payı hakkında bilgilerinin olup olmadığı ve doğru bulup bulmadıkları, ikinci bölümde ise ilaç katılım payı hakkında bilgilerinin olup olmadığı ve katılım payından ötürü ilaç kullanımını azaltıp azaltmadıkları ölçülmüştür. 15 sorudan oluşan eczacılara yönelik ankette ise eczacıların katılım paylarını doğru bulup bulmadıkları ayrıca bu katılım paylarına hastalardan nasıl tepkiler geldiği ölçülmüştür.

Yapılan çalışmada hastaların çoğunluğu muayene ve ilaç katılım payı alındığından ve farklı sağlık kurumunda farklı muayene katılım payı ödediklerinden haberdarlardır. Hastalar alınan muayene ve ilaç katılım payını doğru bulmamaktadır. Ayrıca özel hastanede devletin aldığı muayene katılım payından hariç hastaneye ek olarak ücret de ödediğinin farkında olan hastalar; doktor seçimi, tahlil ve tetkikler için ek ödedikleri ücreti doğru bulmadıkları ortaya çıkmaktadır.

Diğer yandan ilaç katılım payı ödemelerini doğru bulmayan hastalar, kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı kutu azaltan hastalar, ilaç katılım payından dolayı ilaçları bitse de ilaç almayan hastalar ve fiyat farkı çıktığı için kutu azaltmaya giden hastalar genel olarak aldıkları sağlık hizmeti karşılığında ödedikleri muayene katılım payını doğru bulmamaktadır.

Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih eden ve biriken muayene katılım payından ötürü ilacı alamayan bir kesimin olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Diğer bir sonuç ise, ücret alındığından dolayı hastaneye gitmeyen hastalarla ve biriken muayene ücretlerinden dolayı ilacını alamayan hastaların, kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı kutu azalttıkları, ilaç katılım payından dolayı ilaçları bitse de ilaç almadıkları, fiyat farkı çıktığı için kutu azalttıkları ve daha uygun fiyatlı muadil ilaca razı oldukları görülmüştür.

Eczacılara yapılan ankette ise; hastalarla karşı karşıya gelen ve hastaların verdiği tepkiye maruz kalan eczacılar, muayene katılım payının eczaneye ödenmesini istemediklerini ve hastaların biriken muayene ücretlerinden dolayı ilaçlarını alamadıkları sonucu ortaya çıkmaktadır.

Kronik hasta olup sürekli ilaç kullanan hastalar ve geliri düşük olan hastaların kutu başına ödedikleri ek ücretten dolayı kutu azalttıkları görülürken geliri düşük olan hastaların ilaç katılım payından dolayı ilaçlarını alamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

1. Hastaların ücret alındığından dolayı hastaneye gitmedikleri saptanmıştır. Gidilen sağlık kurumuna göre değişen ücretlerin aynı zamanda belirli bir gelir seviyesinin altında kalan hastalar için de değişmesi daha faydalı olacaktır.
2. Benzer bir şekilde sağlık hakkının ulaşılabilir olması için yoksul, yaşlı, engelli ve bakıma muhtaç kimseler belirlenerek bu kimselere devlet kurumundan sağlık hizmeti aldıklarında kullanıcı katkısı almamaları gerekmektedir.
3. Kullanıcı katkılarının etkilerini inceleyen çalışmaların artması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı bu konuda anket ve benzeri çalışmalar yaparak halkın nabzını ölçmeli ve sonucunda da bir değişim yoluna gidilmelidir.
4. Kitle iletişim araçları kullanılarak halkın sağlık kurumuna gidişinden eczaneden çıkana dek olan süreçte hangi katkıları ne için ödediği konusunda bilgilendirmeler yapılmalıdır.
5. Hastalar Bakanlık tarafından bilgilendirilerek eczacıların üstünde bulunan bu yükün kaldırılması gerekmektedir. Bu sayede halkın eczacısına duyduğu güven de artacaktır.

6. Düzensiz artış ve azalış gösteren ilaç fiyatlarına devlet tarafından bir periyod getirilmedir ve hastalar bu konuda bilgilendirilmelidir. Bu sayede hastalar aldıkları ilacın fiyatının neden değiştiği ya da değişmesi gerektiği konusunda düşünceleri net olacaktır.
7. Yaşlıların ve kronik hastalar sağlık hizmetini daha çok kullandıklarından dolayı onları koruyacak şekilde kullanıcı katkısı koruma mekanizmaları geliştirilmelidir.
8. Biriken muayene katılım payından dolayı bir kesimin ilaçlarını alamadıkları ortaya çıkmıştır. Eczaneden tahsil edilen muayene katılım payına devletin bir düzenleme getirmesi şiddetle gerekmektedir.



KAYNAKÇA

- Abacıoğlu, N., (2009), Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, (4-6 Aralık 2009 – İzmir).
- Abacıoğlu, N., (2010), *Türkiye İlaç Sanayii*, 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.
- Acar, A. ve Yeğenoğlu, S., (2004), “Türkiye’de İlaçta Patent”, *Ankara Ecz. Fak. Dergisi*, 33(4): 269 – 285.
- Akar, S., (2014), “Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, *Yönetim ve Ekonomi*, 21(1): 311-322.
- Akdur, R., (2008), “Sağlık Harcamaları”, *Bilim ve Ütopya*, 14(170): 14-19.
- Avrupa Sağlık Reformu, (1998), “Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi”, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Kopenhag.
- Aytekin, S. ve Aytekin, A. G., (2010), “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı”, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 2:164-184.
- Ayyıldız, H. ve Özkan, K., (2011), “Türkiye İlaç Endüstrisi Satış Tahmini Araştırması”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi iibf Dergisi*, 6(1): 71- 102.
- Başara, B. B. ve Şahin, İ., (2008), “Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler”, *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2): 319-340.
- Belek, İ., (2000), “Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III Sigorta Değil, Genel Vergi”, *Toplum ve Hekim*, 15(2): 92-108.
- Besley, T., Hall, J. and Preston, I., (1999), “The Demand For Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter?”, *Journal of Public Economics*, 72: 155–181.

- Birch, S., (1986), “Increasing Patient Charges in the National Health Service: A Method of Privatizing Primary Care”, *Journal of Social Policy*, 15(2): 163-184.
- Can, A., (2014), *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*, 3. Baskı , Ankara: Pegem Akademi.
- Cichon, M. and Normand, C., (1994), “Between Beveridge and Bismarck – Options For Health Care Financing in Central and Eastern Europe”, *World Health Forum*, 15: 323-328.
- Cutler, D. M., (2002), “Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform”, *Journal of Economic Literature*, XL: 881-906.
- Çelik, Y., (2011), “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1: 62-80.
- Dixon, A., (2002), “Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care?”, *Croatian Medical Journal*, 43(4): 408-416.
- Dixon, A., Langenbrunner, J. and Mossialos, E., (2004), “Facing The Challenges Of Health Care Financing”, J. Figueras., M. McKee, et al. (Ed.), *Health Systems In Transition: Learning From Experience*, (ss. 51-84), Scherfigsvej: World Health Organization.
- DPT (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, DPT, Ankara.
- DPT (2006), Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), DPT, Ankara.
- Dünyada ve Türkiye’de İlaç Sektörü, (2010), Petrol-İş Araştırma.
- Eczacıbaşı, B., (2001), “İlaç Sanayii ve Sorunları”, *Yeni Türkiye*, 40: 1011-1020.
- Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M. and Szócska, M., (2006), “Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2): 251-293.

- Giuffrida, A., (2001), *Learning from the Experience: The Inter-American Development Bank and Pharmaceuticals*, Washington: Inter-American Development Bank.
- Güvercin, A., Mil, H.İ. ve Tarım, B., (2016), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)”, *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13): 80-94.
- Hsu, J., Price, M., Brand, R., Thomas Ray, G., Fireman, B., Newhouse, J., Selby, J., (2006), “Costsharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study”, *Health Services Research*, 41(5):1801-1820.
- İspençiyari Ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (Kanun Numarası: 1262, Kabul Tarihi: 14.5.1928, Resmi Gazete 26.5.192).
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R., (2010), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2): 86-99.
- Kanavos, P., Üstel, İ. and Costa-Font, J., (2005), *Türkiye’de İlaç Geri Ödeme Politikası*, Sağlıkta Umut Vakfı (SUVAK).
- Karakoç, H. D., (2005), *İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti*, Ankara.
- Korucu-Sezer, K., (2017), *Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Kutzin, J., (2001), “A Descriptive Framework For Country-Level Analysis Of Health Care Financing Arrangements”, *Health Policy*, 56: 171–204.
- Litwack, J.I., Bodart, C., (1993), “User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results of a Field Experiment in Camoron”, *Social Science and Medicine*, 37(3), 369-383.

- Massialos, E. ve Dixon, A., (2002), "Funding health care: an introduction", içinde E. Mossialos and A. Dixon. et al. (Ed.), *Funding health care: options for Europe*, (ss.1-30), First Published, Philadelphia: Open University Press.
- Murray, C. J. L. and Frenk, J., (2000), "A framework for assessing the performance of health systems", *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6): 717-731.
- Normand, C. and Busse, R., (2002), "Social Health Insurance Financing" ", içinde E. Mossialos and A. Dixon. et al. (Ed.), *Funding health care: options for Europe*, (ss.59-79), First Published, Philadelphia: Open University Press.
- Özgen, H., "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2): 201-228.
- RAND, (2006), "The Health Insurance Experiment. A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate", Rand Health.
- Reed, M., Fung, V., Brand, R., Fireman, B., Newhouse, J.P., Selby, J.V., Hsu, J., (2005), "Careseeking behavior in response to emergency department copayments", *Medical Care*, 43(8): 810-816.
- Reinhard, U. E., (1995), "The Health System of the United States: Lessons for Other Countries", içinde D. W. Dunlop. and J. M. Martins (Ed.), *An International Assessment of Health Care Financing Lessons for Developing Countries*, (ss. 115-148), First Published, Washington: The World Bank.
- Ron, A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G., (1990), *Health Insurance In Developing Countries The Social Security Approach*, First published, Geneva: International Labour Organisation.
- Saltman, R. B. and Figueras, J., (1999), "Avrupa ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi", *Toplum ve Hekim*, 14(5): 384-396.
- Sorkin, A. L., (1986), "Financing Health Development Projects: Some Macro-Economic Considerations", *Social Science and Medicine*, 22(3): 345-349.

- Şahin, B., Tatar, M., Karabulut, E., Ergin, Oğuzhan, G. ve Çınaroğlu, S., (2013), “Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması”, Nihai Rapor.
- Şahin, E. B., (2012), Kamu Harcamaları İçinde İlaç Harcamalarının Yeri ve Ekonomik Büyümeye Etkisi , Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.
- Şeref, B., (2001), “Sağlık Ekonomisi- Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet Kavramı- Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye”, *Yeni Türkiye*, 40: 1622-1633.
- Tatar, F., (1996), “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, *Toplum ve Hekim*, 11(72): 43-50.
- Tatar, M., (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1: 103-133.
- Tatar, M., Özgen, H., Şahin, B., Belli, P. and Berman, P., (2007), “Informal Payments In The Health Sector: A Case Study From Turkey”, *Health Affairs*, 26(4): 1029-1039.
- Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E., (2008), *Health Care Financing in The Context of Social Security (IP/A/EMPL/ST/2006-208)*, Policy Department Economic and Scientific Policy, European Parliament, Strazburg.
- Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G. and Bryndová, L., (2009), *Addressing Financial Sustainability In Health Systems*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Tokat, M., (2001), “Türk Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanmasının Ekonomik Boyutu”, *Yeni Türkiye*, 40: 1676-1691.
- Top, M. ve Tarcan, M., (2004), “Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi”, *Liberal Düşünce Dergisi*, 9(35): 177-200.
- Turgut, K., (2001), “21. Yüzyılda Türkiye İlaç Sanayii”, *Yeni Türkiye*, 40: 1021-1041.

- Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, (2008), Türkiye Odalar Ve Borsalar Birliği Türkiye İlaç Sanayi Meclisi, TOBB.
- Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu, (2012), Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD).
- Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2016 Yılı İdare Faaliyet Raporu, (2016), Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu.
- Türkiye’de ve dünyada ilaç sanayi Gelişme potansiyelleri, (2009), Sağlık ve İlaç Endüstrisi.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H., (2008), “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2): 133-160.
- WB, (1987), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, The World Bank, Washington D.C.
- WHO, (1993), *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*, Report of a WHO Study Group, Geneva.
- WHO, (2000), *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*, Geneva.
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H. H.,(2001), “Sağlık Hizmetleri Finansmanı”, *Yeni Türkiye*, 40: 16421-1656.
- Yenimahalleli-Yaşar, G., (2007), *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T. ve Erdem, R., (2011), “ Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2): 71-98.
- Yoder, R. A., (1989), “Are People Willing and Able to Pay for Health Services?”, *Social Science and Medicine*, 29(1): 35-42.

http://www.ieis.org.tr/ieis/assets/media/BD/TR_Pazari_192016.pdf Erişim Tarihi: 09.10.2017.

http://www.ieis.org.tr/ieis/assets/media/Raporlar/TR_Sektor_raporu_2016.pdf Erişim Tarihi: 09.10.2017.

<http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/32/dunya-ilac-pazari> Erişim Tarihi: 10.09.2017.

<http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari> Erişim Tarihi: 10.09.2017.

<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf> Erişim Tarihi: 19.09.2017.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/06/20070630-8.htm> Erişim Tarihi: 29.05.2017.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/ilac_ve_eczacilik Erişim Tarihi: 19.09.2017.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi Erişim Tarihi: 19.09.2017.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/katilim_payi_alinmaya_cak_haller_saglik_hizmetleri_ve_kisiler Erişim Tarihi: 19.09.2017.

<http://www.titck.gov.tr/Ilac/IlactaRuhsatlandirma> Erişim tarihi: 24.05.2017.

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 Erişim Tarihi: 06.10.2017.

<https://www.aifd.org.tr/yenilikcilik/orijinal-ilac-nedir/> Erişim Tarihi: 18.09.17.

https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1060:3359-salik-hzmetler-temel-kanunu&catid=1:yasa&Itemid=28 Erişim Tarihi: 01.06.2017.

EKLER

EK-1

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARININ İLAÇ TÜKETİMİNE ETKİSİ ANKETİ

Değerli Katılımcılar,

Bu anket yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar yalnızca **bilimsel amaçlı** kullanılacaktır. Anketten elde edilen veriler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve **kesinlikle gizli** tutulacaktır. Anket doldururken **isim belirtmenize gerek yoktur**. Sorulara vereceğiniz cevapların objektifliği araştırma sonucunu pozitif yönde etkileyecektir. Gerekli hassasiyeti gösterdiğiniz için teşekkür ederim. (İletişim:ceylanbegum@outlook.com)

I.BÖLÜM:

1. Bir sağlık kurumun da muayene olduğunuzda, muayene katılım payı alındığını biliyor musunuz?

1.Evet () 2.Hayır ()

2. Gittiğiniz olduğunuz sağlık kurumuna göre farklı ücret alındığını biliyor musunuz?

1.Evet () 2.Hayır ()

3. Ücret alındığından dolayı hastaneye gitmemeyi tercih ettiğiniz durumlar oluyor mu?

1.Evet () 2.Hayır ()

4. Bir hastaneye muayene olmak için başvurduğunuzda, muayene katılım payının eczaneden tahsil edildiğini biliyor musunuz?

1.Evet () 2.Hayır ()

Hiç Katılmıyorum	1	2	3	4	5	Tamamen Katılıyorum	Katılma Düzeyi
<i>Bu maddelerde yansıtılan düşüncelere ne ölçüde katıldığınızı düşünerek işaretleyiniz.</i>							
5.Devlet hastanesinden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim <u>muayene katılım payını</u> <i>doğru bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		
6. Özel bir hastaneden aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim <u>muayene katılım payını</u> <i>doğru bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		
7. Üniversite hastanesinden (Tıp fakültesi) aldığım sağlık hizmeti karşılığında ödediğim <u>muayene katılım payını</u> <i>doğru bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		
8.Özel bir hastaneye gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti <i>doğru bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		
9.Üniversite hastanesine (Tıp fakültesi) gittiğimde doktor seçimi için ek olarak alınan ücreti <i>doğru bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		
10. Özel bir hastaneye gittiğimde tahlil ve tetkikler için ek olarak alınan ücreti <i>doğru bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		
11.Muayene katılım payının eczaneye ödenmesinden memnun değilim.	1	2	3	4	5		

II. BÖLÜM:

12. Doktorunuzun size ilaç yazması halinde reçete katkı payı ödediğinizi biliyor musunuz?

1.Evet () 2.Hayır ()

13. İlaç kullanımında, ilaç katılım payı ödediğinizi biliyor musunuz?

1.Evet () 2.Hayır ()

14. Eczaneye ödediğiniz ücret içerisinde ilaç katılım payı haricinde muayene katılım payını da ödediğinizi biliyor musunuz?

1.Evet () 2.Hayır ()

15. Eczanede ödediğiniz veya ödemeniz gereken muayene katılım payından dolayı ilacınızı alamadığınızı oluyor mu?

1.Evet () 2.Hayır ()

Hiç Katılmıyorum	1	2	3	4	5	Tamamen Katılıyorum	Katılma Düzeyi
							
<i>Bu maddelerde yansıtılan düşüncelere ne ölçüde katıldığınızı düşünerek işaretleyiniz.</i>							
16. İlaç kullanımında, <u>ilaç katılım payı</u> ödememi <i>doğru bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		
17. İlaç alımında kutu başına ödediğim ek ücretten dolayı kutu azalttığım durumlar oluyor.	1	2	3	4	5		
18. <u>İlaç katılım payından</u> dolayı ilacım bitse de almamayı tercih ettiğim durumlar oluyor.	1	2	3	4	5		
19. <u>Fiyat farkından</u> dolayı kutu azalttığım oluyor.	1	2	3	4	5		
20. <u>Fiyat farkından</u> dolayı muadil (eşdeğer) ilaca razı oluyorum.	1	2	3	4	5		
21. İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri <i>uygun bulmuyorum.</i>	1	2	3	4	5		

III. DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz:

1. Erkek () 2. Kadın ()

3. Eğitim Durumunuz:

1. İlköğretim () 2. Lise () 3. Ön lisans () 4. Lisans () 5. Lisansüstü () 6. Diğer () (Lütfen belirtiniz.).....

4. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet () (Lütfen belirtiniz.) 2. Hayır ()
3. Emekli ()

5. Aylık bireysel geliriniz (TL):

.....

6. Sağlık sigortanız var mı? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

1. Sigortam yok () 2. SSK () 3. BAĞ-KUR () 4. Emekli Sandığı ()
5. Yeşil Kart () 6. Özel Sağlık Sigortası () 7. Diğer ()

7. Özel sağlık sigortanız var mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

8. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

1. Evet () (Lütfen Belirtiniz.).....

2. Hayır ()

9. Raporlu olarak kullandığınız ilaç var mı?

1.Evet ()

2. Hayır()



SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARININ İLAÇ TÜKETİMİNE ETKİSİ ANKETİ

Değerli Katılımcılar,

Bu anket yüksek lisans tezi kapsamında hazırlanmış olup, vereceğiniz cevaplar yalnızca **bilimsel amaçlı** kullanılacaktır. Anketten elde edilen veriler bu alandaki çalışmalara ışık tutacak ve **kesinlikle gizli** tutulacaktır. Anket doldururken **isim belirtmenize gerek yoktur**. Sorulara vereceğiniz cevapların objektifliği araştırma sonucunu pozitif yönde etkileyecektir. Gerekli hassasiyeti gösterdiğiniz için teşekkür ederim. (İletişim: ceylanbegum@outlook.com)

I. BÖLÜM:

Hiç Katılmıyorum	1	2	3	4	5	Tamamen Katılıyorum	Katılma Düzeyi
							
<i>Bu maddelerde yansıtılan düşüncelere ne ölçüde katıldığınızı düşünerek işaretleyiniz.</i>							
1.Hastalar genel olarak alınan ücret içerisinde <u>muayene katılım payının</u> da olduğundan haberdarlar.	1	2	3	4	5		
2.Hastalardan alınan <u>muayene katılım payını doğru bulmuyorum.</u>	1	2	3	4	5		
3.Hastalar <u>muayene katılım payına</u> tepki gösteriyor.	1	2	3	4	5		
4.Biriken <u>muayene katılım payından</u> dolayı hastaların ilacını alamadığı durumlar oluyor.	1	2	3	4	5		
5. <u>Muayene katılım payının</u> eczaneden tahsil edilmesinden memnun değilim.	1	2	3	4	5		
6.İlaç fiyatlandırmasında yapılan değişiklikler nedeniyle hastaların ilaç alımını azalttıklarını düşünüyorum.	1	2	3	4	5		
7.İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişikliklere hastalar tepki gösteriyor.	1	2	3	4	5		
8.İlaç fiyatlandırılmasında yapılan değişiklikleri <u>uygun bulmuyorum.</u>	1	2	3	4	5		
9.Hastalardan alınan <u>ilaç katılım payını doğru bulmuyorum.</u>	1	2	3	4	5		
10.Hastalar <u>ilaç katılım payına</u> tepki gösteriyor.	1	2	3	4	5		
11.Hastalar <u>ilaç katılım payından</u> dolayı ilaçları bitse bile yeni ilaç almıyor.	1	2	3	4	5		
12. Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı ilaç almama durumu oluyor.	1	2	3	4	5		
13. Hastalar kutu başına ödediği ek ücretten dolayı kutu adedini azaltıyor.	1	2	3	4	5		
14.Fiyat farkı çıktığı için hastalar muadil ilaca razı oldukları durumlar oluyor.	1	2	3	4	5		
15.Hastalar muadil ilaç almaktan memnun olmuyor.	1	2	3	4	5		

II. BÖLÜM: DEMOGRAFİK BİLGİLER

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

1. Erkek () 2. Kadın ()

3.Eğitim Durumunuz:

1.Lisans () 2.Yüksek Lisans () 3. Diğer () (Lütfen belirtiniz.).....

4.Kaç yıllık eczacısınız?.....

Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler şunlardır (<http://www.sgk.gov.tr>):

1. İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan sigortalıdan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1 (ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı), 1.8.2 (ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı) ve 1.8.3 (tıbbi malzeme katılım payı) numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.
2. Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.
3. 5510 sayılı Kanunun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerde tanımlanan katılım payları alınmaz.
4. 5510 sayılı Kanunun 94 üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayenelerinden SUT'un 18.1 numaralı maddede tanımlanan katılım payı alınmaz.
5. Acil servislerde verilen SUT eki EK-2/B Listesi'nde yer alan 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT'un 1.4.3 numaralı maddesinde belirtilen sağlık kurumları/ kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde SUT'un 1.8.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.
6. Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
7. Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki "Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi" nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili branştaki ayaktan muayenelerinde SUT'un 1.8.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz. Ancak; aynı muayenede

Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanının da tespit edilmesi ve/veya bu tanıya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde SUT'un 1.8.1 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınır.

8. Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla SUT Eki (EK-4/D) Listesinde yer alan ilaçlardan SUT'un 1.8.2 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.
9. Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT'un 1.8.3 numaralı maddesinin (1) numaralı fıkrasında yer almayan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.
10. Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
11. 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Ayılığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref ayılığı alan kişiler ile bunların eşlerinden, SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
12. 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
13. 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 (yardımcı üreme yöntemi katılım payı) numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
14. 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
15. Harp malûllüğü ayılığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

16. Vazife malûllerinden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
17. Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden katılım payı alınmaz.
18. Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
19. Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylardan SUT'un 1.8.1, 1.8.2 ve 1.8.3 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
20. 19/5/2011, 23/10/2011 ve 9/11/2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedelleri için SUT'un 1.8.3 numaralı maddesinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
21. 3713 sayılı Kanunun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinde, bu kişilerden SUT'un 1.8.1, 1.8.2, 1.8.3 ve 1.8.4 numaralı maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Begüm CEYLAN

Doğum Yeri ve Yılı : Balçova/1993

Medeni Hali : Bekar

Yabancı Dili : YDS: 52.5

E-posta : ceylanbegum@outlook.com

Eğitim Durumu : Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi (2014)

İş Deneyimi : 2016-2017: Sözleşmeli Öğretim Görevlisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

Bilimsel Yayınlar : Parlak, E.A., N. Kıymık, R. Çelik, **B. Ceylan**, H. Kocabaş, H.P. Akçin, H. Aytekin, H.H. Kaya, “Yaşamın Tıbbileştirilmesi Kapsamında Medyada Yer Alan Yaşlanmayı Dışlayan (Anti-Aging) Reklamların İçerik Analizi”, Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Dergisi, Sayı: 10, 2016.